



HAL
open science

Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance : étude qualitative dans une maternité de type III

Agathe André de L'Arc

► To cite this version:

Agathe André de L'Arc. Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance : étude qualitative dans une maternité de type III. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01698414

HAL Id: dumas-01698414

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01698414v1>

Submitted on 19 Mar 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**RESPECT DU CORPS, DIGNITE ET PUDEUR :
LE VECU DES FEMMES EN SALLE DE NAISSANCE**

ETUDE QUALITATIVE DANS UNE MATERNITE DE NIVEAU 3

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

André de l'Arc Agathe

Née le 7 Août 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**RESPECT DU CORPS, DIGNITE ET PUDEUR :
LE VECU DES FEMMES EN SALLE DE NAISSANCE**

ETUDE QUALITATIVE DANS UNE MATERNITE DE NIVEAU 3

MEMOIRE PRESENTÉ ET SOUTENU PAR

André de l'Arc Agathe

Née le 7 Août 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, **Madame V. Duvignau** et à ma co-directrice de mémoire, **Madame S. Taithe**, pour leur patience, leur disponibilité et surtout leurs judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion,

A **l'équipe pédagogique**, qui m'a fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires,

A **ma famille et mes amis**, qui m'ont apporté leur soutien et leurs encouragements tout au long de mon cursus et qui, sans eux, je ne serais pas là,

A **ma mère**, à qui, je pense tous les jours,

A **toutes les femmes** qui ont participé à l'accomplissement de ce mémoire et qui m'ont permis de devenir une meilleure sage-femme.

CITATION

« Etre de l'image de l'autre le miroir amical; réfléchir avant de lui réfléchir son image, réfléchir à son inaliénable et impeccable dignité, au respect qu'on lui doit : voilà bien ce que je puis lui offrir en vérité de plus précieux, et même lui doit. »

Eric Fiat, Philosophe, Pudeur et Intimité, mars 2007.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE	5
1. LA PUDEUR.....	5
a. Ses définitions et ses différentes distinctions	5
b. Son évolution dans l’histoire	5
c. Approches religieuses, culturelles, et sociales	8
2. LE RESPECT	8
a. Ses définition et ses grands principes	8
b. Le consentement de la patiente.....	9
3. LE CORPS	10
a. Ses définitions.....	10
b. Son évolution dans l’histoire	10
c. Ses représentation psychologiques et physiques.....	11
d. Le corps et la grossesse	12
e. Approche légale	13
f. Le projet de naissance.....	13
4. LA DIGNITE	13
a. Ses définitions.....	13
b. Approche légale.....	14
c. Son évolution dans la société.....	14
5. PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME EN SALLE DE NAISSANCE	15
a. Approche historique.....	15
b. Approche légale.....	16
c. Rappel sur les actes obstétricaux pratiqués en salle de naissance.....	16
d. Recommandations des pratiques selon le Centre Fédéral d’Expertise des Soins en Santé.....	17
e. Examen à l’anglaise	18
6. LA SALLE DE NAISSANCE.....	18
a. Le personnel en salle de naissance.....	18
b. Rôle des soignants	19
c. La salle d’accouchement.....	19
d. La notion de « <i>care</i> »	20
7. LA VIOLENCE OBSTETRICALE.....	21
a. Définition	21
b. Actualités	21
c. La dénonciation des violences	22
METHODE.....	19
RESULTATS	23
DISCUSSION	33
CONCLUSION.....	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....
ANNEXES.....

INTRODUCTION

La naissance de l'enfant est un moment intimiste, partagé entre une femme et une sage-femme. Ce moment particulier implique que le corps, la pudeur et la dignité de la femme, soient au centre de l'attention. Selon certains auteurs, comme Claude Habib, la pudeur « *a comme premier centre de gravité la nudité, puis elle s'étend à toute une série de désirs et de sentiments cachés, qui sont comme le prolongement de la question corporelle* » (1).

Le respect de ces trois principes, est à la base de notre métier. De nombreuses lois l'attestent tels que le code de déontologie des sages-femmes (2), la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006: « *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* » (3), et dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 (4) relative aux droits du patient qui précise son droit à l'information, au respect de sa vie privée et de sa dignité.

Il a été décrit par l'OMS que certains actes, paroles, ou gestes, peuvent laisser des marques, pour la femme, le couple, et même l'enfant tant sur le plan psychique, physique que sexuel (5).

La primauté de l'acte sur l'information a été étudiée par Guichet dans son livre *Technique et liberté* de Guichet. Il explique que la technique du geste ou de l'acte pouvait prendre le dessus sur l'humain : « *Ainsi, en forgeant un milieu artificiel qui prend l'aspect d'une seconde « nature », la technique désarticule l'être humain en modifiant sa nature propre* » (6).

Alors que l'image corporelle se dévoile de plus en plus dans notre société actuelle, la nudité et la pudeur restent des sujets tabous et complexes et semblent rarement évoqués par le personnel hospitalier avec les patientes. Certains actes ou gestes pourraient tendre à être banalisés par le praticien du fait de leur pratique quotidienne. « *On devrait considérer tout être humain comme une fin en soi* », montre Kant, autrement dit comme une personne et « *l'on n'en jouit que davantage à le traiter parfois – ou à être traité par lui – comme un moyen, comme un objet, comme une bête ou une chose* » (7). Ces situations où le corps doit se dévoiler semblent acceptées par les femmes du fait de la nécessité des soins. Pourtant certaines situations peuvent provoquer de la gêne, de la honte, ou un malaise chez la patiente, en particulier quand les soins sont observés ou réalisés par plusieurs intervenants.

L'apprentissage de ces principes fondamentaux n'est pas clairement définis dans l'arrêté du 11 mars 2013 relatifs au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, il est question d'« *Accompagner la femme, le couple et la famille dans le vécu d'une situation ou d'un événement en cours* » et d'« *Ajuster ses actions dans une démarche éthique et dans le respect des règles juridiques et déontologiques en rapport avec le futur exercice professionnel* » (8).

Ils sont peu traités dans la littérature médicale. Il en font l'objet essentiellement dans des mémoires de fin d'études d'étudiantes en sciences maïeutiques (9–13). Il s'agit généralement d'études observationnelles qui interrogent peu les femmes sur leur ressenti. Seuls certains mémoires récents, comme celui de Nicol traite davantage du vécu du toucher vaginal en salle de naissance (14). Ces thèmes sont abordés pendant les consultations prénatales (15) et plutôt durant le séjour en maternité (16). Pourtant, c'est au moment de la naissance que la femme doit particulièrement exposer les parties intimes de son corps. Sur le plan international, il s'agit surtout d'études datant de plus de 10 ans comme l'article de Broadmore (17) du *New Zealand Medical Journal*. Mais quelle place leur accorder compte-tenu de l'évolution rapide de la société et des différences culturelles qui nous opposent ?

Actuellement la maltraitance gynécologique fait beaucoup polémique depuis quelques mois : le respect de ces trois concepts a été remis en question par des témoignages forts de femmes maltraitées moralement et physiquement, recueillis sur les réseaux sociaux. Ils ont été rassemblés dans le livre noir de la gynécologie de Mélanie Déchalotte (18). Des propos vulgaires et des comportements à connotation sexuelle ont été réalisés à l'encontre de ces femmes qui ont pu créer, chez elles, des situations gênantes, humiliantes, ou offensantes.

C'est pourquoi, il nous semble important de connaître le ressenti des femmes pour pouvoir améliorer nos pratiques professionnelles et avoir conscience de l'impact de nos gestes, de nos actes, de nos paroles envers la femme et envers le couple. La connaissance et l'analyse de ces situations particulières, par l'évocation de souvenirs et d'expériences personnelles de chacune de ces femmes et de ces couples, vont permettre l'évolution positive de nos comportements et nos attitudes. Chaque femme (et/ou couple) est un être à part entière avec son histoire, sa sensibilité, sa religion, ses croyances, sa culture, son rapport au corps et à la douleur, et son besoin de relation humaine, ainsi ils peuvent nous apporter de riches et infinies connaissances sur le sujet.

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu des femmes en terme de respect du corps, de dignité et de pudeur en salle de naissance.

La réalisation d'une revue de littérature a permis dans un premier temps de définir le respect et de décrire les aspects historiques, législatifs et symboliques, du corps, de la pudeur et la dignité. Puis nous parlerons des pratiques des sages-femmes dans un lieu particulier, qu'est la salle de naissance, et nous aborderons la violence obstétricale.

Ensuite, nous décrirons dans une deuxième partie, la méthodologie de l'enquête et l'analyse des résultats obtenus. Enfin dans une troisième partie, nous mènerons une discussion sur le sujet en nous appuyant sur les données de la littérature et sur les résultats.

REVUE DE LA LITTERATURE

« La naissance d'un enfant nous convie au plus secret de nous-mêmes, au cœur de notre intimité la plus profonde, où se transmet la mémoire de nos ancêtres et où se renouvelle l'histoire de l'humanité » (19).

1. **LA PUDEUR**

a. Ses définitions et ses différentes distinctions

La nudité du corps serait le premier motif de la pudeur, ainsi intéressons-nous maintenant à cet aspect. La pudeur est un sentiment complexe et difficile à définir. Pour Jean-Claude Bologne se serait « *la honte de la nudité* », ou encore un « *sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve à faire, à envisager ou à être témoin des choses de nature sexuelle ; disposition permanente à éprouver un tel sentiment.* » (20). Elle touche l'intimité de la femme, et est donc en lien avec la grossesse et l'accouchement. De la conception de l'enfant à sa mise au monde, les zones sexuelles de la femme sont au centre du processus. Ce sentiment de pudeur est donc indissociable de ce moment particulier dans la vie d'une femme et du couple.

La définition du Robert introduit deux distinctions dans la pudeur : la pudeur corporelle consistant à ne pas faire quelque chose (par exemple : se déshabiller devant un étranger) et la pudeur des sentiments consistant ne pas dire ou montrer quelque chose (par exemple : pleurer, se plaindre, rougir). Jean-Claude Bologne, distingue aussi la pudeur individuelle et sociale. « *La pudeur individuelle, celle que l'on peut éprouver pour soi-même à se montrer (ou à se voir) nu ou peu dévêtu, se double donc d'une pudeur sociale qui définit, en fonction de l'époque et du lieu, les limites tolérées à l'exhibition.* » (20).

Naturalia non turpia « *il n'y a pas de honte à ce qui est naturel* ». Devant son médecin, il n'y a plus d'intimité. « *Plutôt les pires souffrances que ça !* » C'est ce qu'aurait déclaré sainte Macrine, vierge du IV^{ème} siècle, en apprenant qu'un chirurgien allait examiner, toucher, voire opérer la tumeur de son sein (20). La pudeur « *implique l'existence d'une frontière, d'une ligne de séparation, être ce qui est voilé et dévoilé, voilable et dévoilable, visible, dicible, audible ou non (...) elle dépend de la qualité d'un regard, d'un geste, d'un mot, ou d'une image et non de l'objet en soi* » (1).

b. Son évolution dans l'histoire

La pudeur, plus qu'une réaction à la nudité ou à une partie du corps, est une question de prise de conscience. C'est un processus dynamique qui naît à partir du moment où l'on se rend compte que l'on est nu. Le mythe d'Adam et Eve prend tout son sens: Adam et Eve qui se cachent lorsqu'ils découvrent leur nudité.

Dans l'Antiquité grecque, la pudeur est liée à la honte de la nudité. Elle peut s'exprimer dans l'enceinte des stades où certains grecs se battaient nus. La pudeur implique une séparation des espaces entre les femmes et les hommes. Les magistrats, peuvent user d'amendes ou du fouet pour faire respecter ces lois contre l'indécence. À Athènes, comme à Rome, on vénère la pudeur dans un petit sanctuaire à côté du temple d'Hercule. La pudeur est clairement liée à la honte et relève de la nécessité de cacher ce qui dégoûte c'est à dire les parties inférieures et les besoins naturels. Ainsi la matrone, et la femme mariée devaient cacher leurs corps.

Au Moyen-Âge, l'exhibition d'une personne nue nécessitait un châtiment. Ainsi la femme doit cacher sa nudité qui ne peut être source que de tentation (pour les parties supérieures du corps que sont le visage ou les seins) ou de dégoût (pour les parties inférieures : pieds, sexe, et fesses). A la Renaissance, c'est l'époque où débute la pratique des dissections. Le corps étant découvert, son exposition devient gênante, particulièrement en ce qui concerne la femme. Il est ainsi désormais formellement interdit de peindre tout sexe féminin

Diderot qui associe l'origine de la pudeur à l'instinct de propriété : la femme appartenant à l'homme, la pudeur a pour rôle de protéger cette propriété.

Lors de l'accouchement, les femmes étaient à l'abri des regards et leurs corps étaient cachés sous des masses de vêtements. Il était inconvenant pour tout homme de participer au processus intime de l'accouchement.

En 1542, le mot pudeur entre dans la langue française. Presque aussitôt réservé aux femmes, il tend à définir et à devenir l'essence même de la féminité. Il est désormais largement distingué du sentiment de honte dut à l'évolution de la différenciation des sexes et la relativité des comportements occidentaux. La sage-femme Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray prétendait que « *On ne doit point mettre la femme à découvert, comme plusieurs le font. Si l'on rougit point de l'indécence qu'il y a de la laisser ainsi nue, exposée à la vue des spectateurs, on doit au moins la cacher avec soin pour garantir ses parties de l'impression du froid, qui pourrait lui être préjudiciable ; d'ailleurs, la vue en ces cas là nous est inutile, puisque ce sont nos mains qui doivent sentir, et nous faire distinguer ce qui se passe. On devrait dès le commencement que l'on pratique l'art des accouchements, se faire un exercice d'apprendre, les yeux fermés, et de reconnaître tout par le tact* » (21).

Au XVII^{ème} siècle, la cour de Versailles suit une étiquette très stricte : une attitude peut être jugée décente ou indécente en fonction de la personne devant qui on l'adopte : ainsi, montrer son corps ou bien dévoiler ses sentiments devant une personne de rang inférieur n'est pas gênant. Mais ce n'est absolument pas permis devant une personne de rang supérieur.

Les reines devaient accoucher en public, plus précisément devant les membres de la famille royale et les plus grands seigneurs. En effet ils devaient être témoin que l'enfant se portait bien et qu'il n'y aurait pas de « substitution » en secret. Le 19 décembre 1778, la reine Marie-Antoinette est sur le point d'accoucher : « *Des flots de curieux envahissent brutalement la pièce*

(...) la tente qui jadis la dérobaît aux regards ? Elle est remplacée par de sommaires paravents, qu'il a fallu arrimer avec des cordes pour ne pas qu'on les renverse sur la reine (...) Malgré l'hiver, la chaleur humaine est trop forte. Dans le dernier effort pour mettre au monde la future « Madame Royale », Marie-Antoinette perd conscience » (20).

Dans l'Art, la feuille de vigne apparaît entre le XVI et le XVIIIe, pour cacher le sexe.

A la fin du 17^{ème} siècle, apparurent les premiers accoucheurs appelés « sages-femmes en culotte », du faite de l'augmentation de la fréquence des accidents lors des accouchements difficile qui peuvent demander une plus grande force musculaire. Jusqu'à cette époque, ils étaient non seulement rares mais ce serait un outrage aux bonnes mœurs si un homme réalisait un accouchement.

La Constitution française de 1791 faisant suite aux droits de l'homme, fait apparaître la notion de vie privée et ainsi, d'attentat à la pudeur. Désormais on dissocie la sphère privée de la sphère publique.

Au XIX^{ème} siècle, retour à une morale conservatrice, notamment avec les règles strictes de la bourgeoisie. Même seul chez soi, on se lave en chemise et les femmes accouchaient habillées. Le port du pantalon s'impose en France chez les femmes comme protection de leur pudeur. L'Angleterre victorienne est connue pour sa pudibonderie. Cependant apparaît parallèlement le romantisme, le courant par excellence des sentiments excessifs et passionnés. Cette époque se caractérise aussi par l'apparition d'un nouvel acteur, le médecin, qui redéfinit la pudeur sur des bases médicales, en fonction des particularités physiques des deux sexes et de leur caractère.

Enfin, en 1806, Napoléon nomme Baudelocque au poste de professeur d'obstétrique et l'enseignement des sages-femmes précédemment dirigé par Madame de Coudray va alors progressivement échapper aux femmes. Le Code Napoléon et la loi de 1891 ont introduit, par la suite, l'outrage à la pudeur. Ce code est toujours d'actualité (20).

Par la suite, le naturisme est accepté en lieu privé. D'autres domaines de « nudité partagée ou dévoilée » sont apparus dans les vestiaires sportifs et les hôpitaux.

Au XX^{ème} siècle, la déculpabilisation de la nudité corporelle permet aux individus d'exprimer ce qu'ils ressentent. C'est le début d'une libération qui sera particulièrement importante à partir de mai 1968, date à partir de laquelle les femmes s'émancipent et osent bronzer nu à la plage. Cette époque est marquée aussi par les hippies et notamment par leurs libertés ostentatoires dans leurs relations amoureuses. La pudeur corporelle disparaît au profit d'un accroissement d'une pudeur des sentiments. La pudeur s'exprime par le regard et l'attitude, et non plus par le fait de cacher telle ou telle partie du corps qui serait « honteuse ». Parallèlement, le nu a cessé de choquer dans les arts.

On assiste aussi à un accroissement d'une pudeur des fonctions excrémentielles et sexuelles avec l'apparition du bidet, des toilettes (WC) et la salle de bain qu'on peut verrouiller de l'intérieur, privatisant des gestes jusque-là publics.

Aujourd'hui, apparition d'un nouveau besoin, celui de faire reconnaître et valider socialement son intimité par autrui. Une revendication qui se retrouve sur Internet, dans les publicités, dans les films (pornographiques ou non) et dans la télé-réalité, espaces d'expression pouvant aller jusqu'à l'exhibitionnisme. Ainsi la pudeur, muette et secrète, se dissimule peu à peu (20).

c. Approches religieuses, culturelles, et sociales

On sait aussi que la pudeur est exprimée sous différentes formes selon les religions. Dans la religion chrétienne, le sentiment de pudeur est fortement lié au péché originel dans la mesure où la honte de la nudité est un corrélat de la malédiction divine. Une fois chassés du paradis terrestre, Adam et Eve éprouvent ce sentiment. Dans la religion musulmane, elle est une vertu cardinale de l'Islam, la pudeur est codifiée par le Coran et la Sunna. La pudeur est considérée comme « une branche de la foi ». Selon l'Islam, le corps est sujet aux pulsions, qui font obstacle au salut de l'individu. La pudeur doit exclure la nudité. Par conséquent, chez la femme, le corps tout entier, exception faite du visage et des mains, doit être caché. Le voile est tenu pour obligatoire pour la femme.

En Orient, la pudeur est une caractéristique de l'esprit rituel. Toujours rester en retrait de soi-même : le principe de modestie est un facteur d'harmonie qui vaut dans la famille, dans la société, dans les rapports humains et dans le monde naturel. Le sentiment de honte n'est pas généré par la faute ou la culpabilité d'un individu au regard de la loi, et encore moins par la notion d'un péché originel, il est perçu comme la conscience d'avoir manqué aux rites (1).

Cette histoire de la pudeur tend à nous montrer qu'il n'y a pas une pudeur, mais autant de pudeurs que de civilisations, chacune liée au milieu où elle s'est développée. La pudeur dépend du caractère du sujet (du sexe et de l'âge) et de la société (de l'époque, de la culture, de l'éducation, et des croyances). Cela nous pousse à penser que ce n'est pas la pudeur qui fait l'homme, mais l'homme qui fait la pudeur. Mais en tant que professionnel de santé devons-nous la protéger ou l'ignorer ? Elle doit s'efforcer d'être respectée dans la mesure du possible, mais qu'est-ce que le respect en tant que professionnels de santé ?

2. LE RESPECT

a. Ses définition et ses grands principes

Le respect est le « *sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers ; manifestations de ces égards* » (22). Dans notre profession, il prend tout son sens notamment vis-à-vis des patientes. D'après le code civil, article 16 : « *La loi assure la*

primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » (23).

L'une des spécificités de la relation parturiente-sage-femme est précisément son caractère intimiste, notamment lors de l'accouchement. Vivre cette relation, c'est s'introduire dans le monde de la femme, être le témoin de sa nudité, assister aux manifestations de son désarroi, toucher et manipuler son corps qui ne se livre habituellement qu'à des mains maternelles ou amoureuses. « *Respecter l'autre, c'est alors s'efforcer d'être le dépositaire bienveillant et attentif de ses réactions et manifestations* » (24).

b. Le consentement de la patiente

La protection de la pudeur et du corps est assurée par l'obligation professionnelle d'information et l'obligation d'obtenir le consentement libre et éclairé de la patiente. C'est une exigence éthique et fondamentale. Dans un arrêt du 19 septembre 2014, le Conseil D'Etat sanctionne comme faute disciplinaire un manquement au respect de la pudeur du patient, se basant sur le consentement et le principe de dignité. L'information ou le consentement peuvent être sous la forme écrite ou orale. Le professionnel doit toujours se soucier de la bonne compréhension du malade, par rapport à l'information et aux explications qu'ils lui sont donnés, concernant le soin ou l'acte.

Ces principes sont décrits dans le Code de la santé publique aux articles R.4127-36 : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* » (25), L.1111-2 : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* » (26) et R. 4127-35 : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » (27).

Le fait d'intervenir sur une patiente contre son consentement et sans information préalable, est pour une sage-femme, une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire.

Il en découle que la patiente a le droit au respect de son corps et de sa dignité.

3. LE CORPS

« *La culture, les croyances, les normes s'inscrivent sur et dans le corps, entité naturelle et réelle, le dressent, le modèlent, le socialisent.* » (28).

a. Ses définitions

D'un point de vue scientifique, le corps est défini par « *La partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur* » (29).

Selon le point de vue philosophique de Lucrèce: « *Notre corps est l'enveloppe de l'âme, qui, de son côté, en est la gardienne et la protectrice* ».

b. Son évolution dans l'histoire

Les premières représentations du corps humain sont très anciennes, elles remontent à l'époque préhistorique avec des figures schématiques de l'art pariétal et des statuettes à caractère symbolique, dont leurs principales fonctions étaient rituelles et religieuses. Dans les civilisations anciennes, en Egypte et en Grèce, des figures humaines apparaissent dans la peinture (fresques murales), dans la sculpture (statuaire), sur les bas-reliefs et sur les objets (vases).

Au début du Moyen-Age, on assiste au statut paradoxal du corps religieux par l'incarnation du corps du Christ : il est centré autour de la haine avec le corps-martyre et le corps mortifié qui donneront l'expression « souffrir le martyre ». Le corps disparaît est caché sous de lourdes étoffes.

A la Renaissance, le corps est représenté par « le corps du Roi » : le corps naturel et le corps politique. Le corps du monarque fait désormais l'objet de saignées et de purges quotidiennes destinées à prolonger la vie du Roi. Par la suite, l'humanisme place l'homme au centre de toutes les préoccupations. Les sciences et la médecine sont basées sur l'expérimentation et s'intéressent à l'anatomie et au fonctionnement du corps humain. Le corps est découvert, ouvert, écorché, et disséqué. On fait la distinction entre le corps malade et le corps en bonne santé. Leonard de Vinci et Vésale révolutionnent l'anatomie. Les planches, les dessins et les cires anatomiques livrent de nouvelles images du corps.

A l'époque contemporaine, on donne plus d'importance à l'hygiène du corps, et à la pratique sportive, c'est ce que l'historien Georges Vigarello a appelé « le travail des apparences » (28).

Au XXe siècle, on assiste à une nouvelle image du corps grâce à l'imagerie médicale avec les radiographies, les scanners et les échographies. Par ailleurs, l'émancipation des femmes, débutant au 18^{ème} siècle, leur a permis de se réapproprier leurs corps, notamment en décembre 1967 par la loi Neuwirth, qui autorise la vente de contraceptifs et le 17 juillet 1975 par la loi Veil, qui légalise l'interruption volontaire de grossesse. Puis l'image du corps évolue au fil des années.

Le début du XXIème siècle confirme une révolution dans la considération du corps et de la santé. Tandis que l'Antiquité s'attachait à prévenir et restaurer l'équilibre naturel, le XXIème siècle, dans les pays industrialisés, témoigne du projet de modifier et transformer le corps, c'est-à-dire aussi la nature. La pharmacologie nouvelle, les greffes, les prothèses, le dopage supposent la plasticité du corps humain et sa perméabilité à l'invention technique. Une interrogation sur l'identité humaine se dessine, qui porte sur la définition d'un corps naturel et de ses limites éventuelles. S'ouvre l'ère d'un corps voulu, créé, projet volontaire et rationnel qui peut aller de la naissance médicalement assistée à la chirurgie esthétique, en passant par la pharmacologie, la diététique, la cosmétologie et le sport. Il existe maintenant une maîtrise de la nature et du hasard (30). La population est en quête d'une image de corps parfait et idéal assurée par les stars de cinéma, les top-modèles, et les mannequins. Mais quelles sont les causes de ces changements corporels à travers les âges ?

c. Ses représentation psychologiques et physiques

En effet, le corps n'est pas qu'un objet physique, c'est aussi et surtout la manifestation principale d'un « soi », d'un être subjectif porteur d'états mentaux et animé de comportements : *« L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous-mêmes »* (31). Mais, à quel moment débute la représentation de notre corps ?

On sait que sa représentation se façonne au fur et à mesure de notre développement. À la naissance, l'enfant n'est pas conscient du monde qui l'entoure, ni de son corps propre, ni de la séparation entre les deux. Le bébé prend peu à peu conscience de son corps et de la place qu'il occupe dans l'espace grâce aux expériences qu'il vit. *« Le corps est l'une des données constitutives et évidentes de l'existence humaine : c'est dans et avec son corps que chacun de nous est né, vit, meurt ; c'est dans et par son corps qu'on s'inscrit dans le monde et qu'on rencontre autrui »* (32).

Ainsi le corps permet d'exprimer ses souffrances, ses besoins, ses sentiments, et il permet aussi d'exprimer la beauté, au point qu'on lui voue un véritable culte de nos jours. Ce qui engendre, malgré nous, des différences entre les personnes, une perte d'estime et de confiance en soi et des complexes. Ce corps *« est mis au service de nos constructions culturelles et sociales. Il est analysé comme une matière à façonner au gré de nos envies variables et toujours insatisfaites mais il est aussi identifié au destin ou à la fatalité »* (32).

Il donne accès à une image, à un paraître, et qui en même temps renvoie à l'être même de la personne. *« Mais c'est aussi notre corps : un corps-image que nous pouvons contempler dans un miroir ; un corps morcelé, lorsque nous regardons nos mains ou nos pieds ; un corps pourtant qui bouge lorsque nous bougeons et qui souffre et jouit lorsque nous souffrons et que*

nous jouissons » (32). Le corps est à la fois un corps-sujet et un corps-objet, un corps que l'on « a » et un corps que l'on « est ».

d. Le corps et la grossesse

La grossesse, est l'un des évènements de la vie, qui induit une importante transformation corporelle. Ce corps que la femme connaît par cœur depuis sa naissance et qui n'est peut être pas encore accepté, montré, ou alors souligné de complexe... Va être confronté à une nouvelle transformation : d'un corps féminin en un corps maternel.

La grossesse est aussi un événement important dans le développement psychologique d'une femme. Il a été décrit comme une période de transition d'un état à un autre et même comme une crise. Le travail et naissance ont été décrits comme le point culminant du processus de transition au cours de laquelle la femme peut être confronté à des expériences précédentes de son développement psychosexuel (33).

Ainsi, on sait que les modifications physiologiques de la grossesse permettent le développement et la croissance du fœtus, l'adaptation de la mère à l'état gravidique, et la préparation de la mère à l'accouchement. Ainsi, l'état de grossesse a des répercussions sur l'ensemble du corps : notamment au niveau hormonal, cardiovasculaire, métabolique, digestif, respiratoire et nerveux. Une augmentation du poids, des signes de somnolence, d'asthénie, une augmentation du volume mammaire, des nausées, une aversion alimentaire, des modifications psychologiques (anxiété, irritabilité, stress), et des douleurs diverses sont retrouvés tout au long de la grossesse et peuvent perturber la femme enceinte (34).

La grossesse engendre chez la femme une labilité émotionnelle et une vulnérabilité affective qui peuvent la faire passer rapidement de l'amour à la peur de son enfant. Il existe un sentiment d'inquiétude lié à une angoisse de mort, et ce jusqu'à la naissance de l'enfant (35). La femme est face à une perte de repère et une perte de contrôle sur son corps, et une vulnérabilité s'installe jusqu'à l'épreuve de l'accouchement. Pendant l'accouchement, le corps est mis à nu devant un ensemble d'intervenants et subit de nombreux examens rapprochés, alors que pendant ce temps là, la femme essaie toujours de s'approprier ce « nouveau » corps.

Pendant l'accouchement, le corps est mis à nu devant un ensemble d'intervenants et subit de nombreux examens rapprochés, alors que pendant ce temps là, la femme essaie toujours de s'approprier ce « nouveau » corps.

En plus, de cette nudité « contrainte », se rajoute le fonctionnement naturel du corps avec des écoulements de sang, d'urine, de selle, de liquide amniotique, des pertes vaginales, des vomissements, des odeurs... Ce fonctionnement qui nous est propre et que l'on garde habituellement pour soi est mis à nu devant le personnel soignant.

Un autre aspect peut également être mis en valeur le jour de l'accouchement, l'aspect émotionnel. Le ressenti de la femme peut être extériorisé corporellement par la douleur,

l'appréhension, et le stress. Cela peut se manifester notamment par des cris, une respiration inhabituelle, des crispations, des pleurs, ou des gémissements. Les limites de la femme sont vite dépassées, voir exacerbées vis à vis d'elle, mais aussi vis à vis de ce qu'elle autorise à montrer aux autres habituellement.

e. Approche légale

Ce qui nous impose, à nous, personnel soignant le respect du corps, l'article 16.1 du code civil, chapitre II le souligne « *Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.* » (23), ainsi que l'article 16.3 « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* » (23).

f. Le projet de naissance

De ce fait, les femmes veulent être de plus en plus maîtres de leur corps, et actrices de leur travail et de leur accouchement, et ce, grâce notamment au développement du projet de naissance. Il est répertorié par l'Organisation Mondiale de la Santé comme une pratique qu'il convient d'encourager. Le projet de naissance est un document dans lequel les parents consignent leurs souhaits relatifs à l'accouchement et les gestes médicaux qu'ils veulent éviter (péridurale, monitoring en continue, perfusion d'ocytocine...etc.), positions durant l'accouchement, soins aux nouveau-nés...etc : tous les aspects de l'accouchement peuvent y être évoqués. L'initiative du projet de naissance peut venir du couple, mais aussi de l'équipe médicale. Le couple peut le rédiger seul, ils peuvent en discuter avec la sage-femme ou l'obstétricien, qui pourra apporter certaines objections, précisions, et explications médicales. L'objectif est de faire correspondre au mieux la volonté du couple avec les possibilités du personnel médical comme par exemple : « *Vivre mon accouchement avec le moins de touchers vaginaux possible. Et si possible avec la même personne à chaque fois.* ».

4. LA DIGNITE

a. Ses définitions

Pour finir, le dernier thème à aborder est celui de la dignité c'est à dire le « *Respect que mérite quelqu'un ou quelque chose* » (36). L'histoire de la dignité repose sur trois relations clés : entre l'humanité et Dieu, entre l'individu et la société, et entre le déterminisme et la liberté. Dans la Bible, et tout au long du Moyen Age chrétien, la dignité a été interprétée comme une qualité

possédée par l'humanité en raison de sa relation unique avec Dieu. Les êtres humains ont été créés à l'image de Dieu, et donc sur l'échelle de la création, ils se tenaient au-dessus de toutes les autres créatures (37).

A la renaissance, Kant semble lui donner la meilleure définition à l'époque : « *l'être humain est infiniment au-dessus de tout prix ; autrement dit, les personnes ont une valeur absolue* » (38). Dans le droit, elle est largement soulignée dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 : « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». Certains philosophes, comme Paul Ricœur, l'aborde comme « *quelque chose [qui] est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain* » (39).

b. Approche légale

Les sages-femmes ont l'obligation de respecter le code de déontologie des sages-femmes qui précise que « *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* » (2).

c. Son évolution dans la société

L'évolution des civilisations accorde une place de plus en plus centrale à la dignité du fait notamment à l'horreur totalitaire nazie et aux guerres actuelles qui rappellent que les conditions du vivre ensemble ne sont jamais acquises une fois pour toutes. C'est là que découle la solidarité fondamentale entre tous : la règle d'or ou « *Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fasse* ». Le concept de dignité est complexe, ambigu, et imprécis. C'est pourquoi il est difficile de lui donner une définition. D'après certains auteurs, pour être en mesure de dire ce qu'est la dignité, il faudrait décrire la signification fondamentale de l'homme. La dignité est décrite comme quelque chose d'inaliénable, mais aussi comme quelque chose qui peut être perdue ou détruite (37).

On distingue souvent deux types de dignité : la dignité humaine et la dignité sociale. La dignité humaine est la valeur inaliénable qui appartient à chaque être humain simplement par le fait qu'il soit un être humain. Elle est détenue par l'espèce, par des collectifs (groupes ou peuples), et par les individus. Elle ne peut pas être mesurée ou pesée et elle est fondée sur la rationalité des êtres humains et de leur capacité à agir comme agents moraux. Elle implique que tous les êtres humains soient égaux, et que, par conséquent, tous les individus doivent être traités avec un certain niveau de décence et de respect. La dignité sociale est fondée sur la dignité humaine, et est l'une des conséquences de sa reconnaissance. Elle est la notion abstraite de la valeur universelle dans le comportement, la perception et les attentes. Elle est expérimentée, accordée ou acquise grâce à l'interaction dans les milieux sociaux. Elle peut être perdue, gagnée, menacée, violée, ou promue. Les personnes ou les groupes peuvent constater que la dignité leur est attribuée que dans certaines circonstances. Ainsi, elle peut être accordée comme

récompense, retenu, ou comme punition pour certains comportements, ce qui permet de réguler le comportement social et de faire respecter les structures sociales (37).

La dignité est aussi évoquée dans les soins, et elle semble avoir commencé dans le contexte des soins palliatifs et de fin de vie dans les hôpitaux. Cette dignité montre comment la dignité des patients est maintenue et renforcée par le comportement respectueux des soignants. Son objectif est de trouver des moyens de fournir des soins qui maintiennent l'intégrité et l'estime de soi chez les patients. Dans notre pratique cette dignité est caractérisée par l'écoute, la sensibilisation, la responsabilité personnelle, l'engagement, la fraternité et la défense active envers le patient. Par contre, cette dignité peut être insultée ou violée de plusieurs manières: par le manque de respect démontré dans un mot ou un geste, par l'indifférence à la souffrance des patients, ou par l'humiliation utilisée comme une forme de correction (37).

La dignité reste attachée à la personne elle-même : selon que la vie d'une personne sera jugée conforme ou non à ce que l'on a posé au préalable comme vie de qualité, la personne sera jugée digne ou indigne de vivre (38). Parce que la femme a choisi de faire une interruption volontaire de grossesse, elle est indigne d'être accompagnée ou soutenue durant cet acte aussi douloureux mentalement que physiquement. Dans un monde devenu sans espérance, où l'individualisme devient un culte, et le narcissisme un droit, le patient revendique le privilège d'avoir le pouvoir de décision sur son corps. Ainsi dans le monde médical, la dignité humaine se mesure désormais à la faculté de pouvoir délibérer et décider par rapport à son corps. Qu'en est-il alors des femmes pendant l'accouchement, privées de leur moyen de discernement ? Soit, dû à la douleur, à la peur de l'inconnu, à une perte de contrôle ou soit dû aux différents examens exercés sur leur corps (38).

Donc, le personnel soignant se doit de respecter et de faire respecter dans sa pratique, le corps, la pudeur et la dignité de la femme tout au long de son travail et de son accouchement. Mais quelles sont les pratiques autorisées et exercées par les sages-femmes en salle de naissance ?

5. PRATIQUE DE LA SAGE-FEMME EN SALLE DE NAISSANCE

« En matière d'accouchement et de naissance, ce sont les femmes qui nous enseignent, et, ce depuis l'aube de l'humanité. Les femmes portent en elles, dans leurs corps, leurs cellules, la mémoire de la maternité et de la mise au monde » (19).

a. Approche historique

Pendant des siècles, dans la plupart des cultures, les femmes ont donné naissance à leurs enfants dans le contexte familial de leur domicile, avec l'entourage de quelques parentes, voisines ou amies et l'aide plus ou moins experte d'une femme « qui aide ». Les toutes premières sages-femmes, que l'on surnomme les « matrones », sont le plus souvent des mères ou des grands-

mères liées à la famille de la parturiente, ou au village. Leur particularité est d'être expérimentées ou d'avoir déjà eu des enfants. L'expérience de cet accueil du nouveau-né est alors transmise de femme en femme et de génération en génération, avant de devenir le métier que l'on connaît aujourd'hui. Avant, les hommes qu'ils soient époux ou médecins, sont dans un premier temps exclus de ce temps strictement féminin. Leur présence est alors considérée comme dangereuse, puisqu'il était coutume de croire que leur regard pouvait détourner la femme de son accouchement voir pire, susciter du désir sexuel, ce qui était particulièrement impur et donc fortement dangereux pour l'enfant à naître. La place faite aux pères en salle de naissance, de nos jours reste d'ailleurs assez récente (35).

En France, c'est seulement en 1952 que les naissances en milieu hospitalier ont dépassé les naissances à domicile. Plus tard on assiste à la disparition des naissances à la maison. Les sages-femmes se retrouvent donc en salle de naissance à l'hôpital pour suivre le travail et l'accouchement de la parturiente.

b. Approche légale

Selon le code de déontologie des sages-femmes, Article R.4127-318 du Code de la Santé Publique, « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant : (...) Les femmes pendant l'accouchement* » et « *la sage-femme est notamment autorisée à pratiquer (...) L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ; L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ; La délivrance artificielle et la révision utérine ; en cas de besoin* » (2).

c. Rappel sur les actes obstétricaux pratiqués en salle de naissance

L'épisiotomie est une incision périnéale chirurgicale de sécurité que la sage-femme ou l'obstétricien pratique au cours de l'accouchement afin de faciliter l'expulsion et éviter des déchirures sévères du périnée parfois invalidantes. Elle prévient également la survenue ultérieure de troubles de la statique pelvienne. Elle consiste à sectionner la muqueuse vaginale, les muscles périnéaux et la peau. La délivrance artificielle consiste en l'extraction manuelle du placenta hors de l'utérus. Ses deux indications sont une hémorragie survenant alors que le placenta n'est que partiellement décollé, enchatonné ou incarcéré dans l'utérus ou le non-décollement placentaire au-delà de 30 minutes, après l'accouchement. Une révision utérine peut être réalisée si la délivrance est incomplète avec une persistance de saignement, afin de vérifier la vacuité et une bonne rétraction utérine.

La sage-femme peut aussi dans le cadre du suivi du travail et de l'accouchement, faire des touchers vaginaux dans un but diagnostique : surveiller et apprécier la cinétique de l'avancement du travail ; l'état de la poche des eaux ; le type, la position, le degré d'orientation et la descente de la présentation fœtale ; et mettre en évidence certaines anomalies comme une procidence du cordon, d'un membre ou des anomalies du placenta. Certaines manœuvres obstétricales sont effectuées à l'aide du toucher vaginal comme l'amniotomie ou rupture artificielle de la poche des eaux, la pose d'un capteur interne de rythme cardiaque fœtal, du capteur de l'oxymétrie fœtale et du capteur de la pression intra-utérine. Ces manœuvres nécessitent l'introduction de l'index et du majeur dans le vagin. Elle peut également réaliser des sondages évacuateurs pour vider la vessie, si la patiente n'en ressent pas le besoin, notamment après la pose d'une analgésie péridurale pour éviter un claquage de vessie et par la suite une rétention vésicale.

d. Recommandations des pratiques selon le Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé

Selon les recommandations du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, « *Après rupture de la poche, le toucher vaginal doit être limité à maximum un toutes les quatre heures sauf signe d'appel ou demande de la parturiente* » ; « *Il est recommandé d'encourager la parturiente à adopter la position qui pendant le travail convient le mieux pour l'avancement du travail, son confort et son fœtus* » ; « *La rupture artificielle, routinière ou systématique de la poche des eaux n'est pas recommandée quand le travail évolue normalement* » ; « *Il est recommandé de laisser la parturiente qui n'a pas d'analgésie régionale et qui est à dilatation complète, pousser quand elle en ressent le besoin* » ; et « *Il est formellement recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie en routine* » (40). Mais qu'en est-il de leurs applications actuellement en salle de naissance ? Selon Doris Nadel, sage-femme, la modernité, aujourd'hui, est devenue une « valeur » en soi, et cela nous réduit à l'exigence de la technicité pour davantage de rapidité, d'efficacité, rentabilité et de sécurité au détriment de la chaleur et des solidarités humaines. Mais « *accompagner la naissance, c'est accompagner aussi une expérience unique dans la vie d'une femme, d'un couple d'une famille et c'est prendre en compte tous les aspects psychologiques, affectifs, et émotionnels dont recèle chaque naissance* » (19).

Cet aspect se retrouve notamment au niveau des positions lors de l'accouchement. Si historiquement, les femmes accouchaient accroupies, debout ou encore assises, maintenant la position en décubitus dorsal est la plus souvent imposée aux femmes pendant l'accouchement. La femme est sur le dos, les deux pieds sur les étriers pour faciliter les soins et les manipulations par le personnel soignant. Mais cette position bien connue des femmes notamment lors des examens gynécologiques est-elle forcément à appliquer le jour de l'accouchement ? Il n'y a pas d'études prouvées encore dans ce sens. Dans certaines cultures africaines, les positions accroupies, à quatre pattes, assises sur une chaise percée ou bien assises sur les genoux d'une

femme et soutenue sous les bras par deux autres, se pratiquent encore largement (35). De nombreuses positions peuvent être proposées à la femme, notamment pour faire avancer le travail et pour l'accouchement : sur le côté (décubitus latéral droite ou gauche), assise, accroupie (squatting), à genoux, ou bien debout. Selon les recommandations du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé « *Il est recommandé d'encourager la parturiente à adopter la position qui lui semble la plus confortable pour pousser à condition que le rythme cardiaque reste normal* » (40).

e. Examen à l'anglaise

Aujourd'hui certains professionnels acceptent d'examiner les femmes « à l'anglaise », c'est à dire allongées sur le côté. Une position moins gênante, et une petite révolution dans la relation entre la patiente et soignant. Dans son livre « *le chœur des femmes* », le docteur Martin Winckler, veut montrer à son interne que cette position présente des avantages pour sortir la patiente de la gêne. Certaines femmes n'en ressentent aucune au moment de mettre les pieds dans les étriers, d'écartier les cuisses et d'avoir leur vagin à quelques centimètres de la tête de leur médecin. D'autres, nombreuses, ne sont pas à l'aise : « *Allongez-vous en chien de fusil. Je le regarde sans comprendre. "En décubitus latéral gauche", dit-il avec un sourire. Ah ! Je m'exécute sans le quitter des yeux. Il fait le tour de la table se place derrière moi, se penche. Je dois seulement tourner la tête un peu pour le voir. En Angleterre, on examine depuis très longtemps les femmes dans cette position. Dans le temps, on parlait de "la posture anglaise".* » (41).

Comment s'organisent ces actes, ses soins et le personnel soignant, dans le lieu particulier, qu'est la salle de naissance ?

6. LA SALLE DE NAISSANCE

a. Le personnel en salle de naissance

En salle d'accouchement, de nombreux intervenants interviennent et entrent dans la sphère de la femme. Principalement la sage-femme, mais aussi l'étudiante sage-femme en formation, sont au cœur de cette sphère. Puis secondairement, l'aide soignante, qui est présente pour l'accouchement et les soins du nouveau-né. Pour la pose de l'anesthésie, sont présents l'anesthésiste et l'interne en anesthésie. Enfin s'il existe une situation pathologique, la présence du médecin est obligatoire. L'interne spécialisé en gynécologie-obstétrique et l'externe en étude de médecine peuvent être également présents.

Au cours de nos études de maïeutique ou de médecine, ces trois principes semblent abordés, par des formations abordant le consentement du patient, la communication, la relation soignant-

soigné, et les sciences humaines et sociales. Mais cela reste, pour une majeure partie, un enseignement de terrain. Pourtant nous sommes au cœur de l'intimité des personnes, que ce soit dans la santé ou dans la maladie. De plus la connaissance et l'application de ce respect, peuvent permettre la mise en place d'une relation de confiance entre soignant et soigné, ce qui est essentiel pour prendre soin des patient(e)s.

b. Rôle des soignants

Notre rôle dans le travail et l'accouchement est le même : accompagner et soutenir ; c'est à dire « *faire un bout de chemin avec la patiente et aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien* » (24). Pour cela, le climat de confiance est essentiel car on ne peut entrer en relation qu'avec quelqu'un envers qui l'on a confiance. Pour cela le personnel soignant se doit d'une écoute bienveillante et d'une attitude authentique. La complémentarité, le soutien, la reconnaissance, et la confiance des compétences de chacun et leur mise en commun, sont essentiels et bénéfiques pour les patientes et leurs bébés (19). La naissance « *est un instant secret, de l'ordre du sacré ; les femmes ont besoin de respect, d'intimité et d'amour. Le contenant sécurisant et empathique d'une équipe dont le projet est de favoriser le « bien naître » doit pouvoir offrir ce contenant, sans lequel une femme offrira davantage de complications au cours de son accouchement* » (19).

c. La salle d'accouchement

Le box d'accouchement représente le nouveau territoire de la femme, en salle de naissance, limités par une porte et quelques fenêtres opaques. La traversé de cette frontière peut être matérialisée, par exemple, en frappant avant d'entrer. Ce qui permet de laisser à la femme par ailleurs le temps de se préparer à cette intrusion ainsi qu'à son accompagnant.

Le soignant doit aussi s'intéresser à la place de l'accompagnant pendant les soins : est-ce que la femme veut qu'il reste ou bien au contraire qu'il n'y assiste pas ? C'est une chose importante qu'il faut prendre en considération d'après Jean Marie Jacquemier, obstétricien : on « *doit éloigner les importuns qui s'imposent par affection et que la femme n'ose repousser. Parmi ceux-ci se trouvent souvent sa mère, ses proches, son mari. Le sentiment de pudeur a quelquefois plus à souffrir de la présence d'une personne qui lui est chère, et dans l'intimité de laquelle elle a vécu, que de la présence d'une étrangère ; d'autres fois c'est le contraire ; plusieurs femmes désirent avoir près d'elles leur mari ; Ce sont autant d'impressions que l'accoucheur doit s'attacher à saisir afin de mettre la femme en travail à son aise* » (7). Parfois c'est la présence même du soignant qui gêne la femme, cela varie selon le caractère ou de l'intimité plus ou moins grande qui existe entre elle et le soignant. Ainsi, il est parfois

nécessaire de laisser de l'intimité à la femme et ou au couple de façon à ce qu'il puisse, sans gêne, exprimer leurs émotions.

Le soignant entre alors dans le territoire de la femme. Une première différence les oppose : la tenue vestimentaire. Le personnel soignant est entièrement vêtu d'un uniforme bleu face à une femme simplement vêtue d'une blouse d'hôpital ouvert dans le dos, allongée dans son lit ; ce qui crée un climat de soumission. Malgré tout, cette différence ne lui retire pas sa citoyenneté, la patiente est avant tout un être humain, et doit être reconnue comme tel.

Une deuxième différence les oppose : la connaissance de l'autre, le soignant a eu accès à l'identité, au dossier médical et obstétrical de la patiente, par conséquent à son intimité, ses secrets, ses antécédents, ses conditions de vies, ses résultats d'examen...ect. Alors que la femme, de l'autre côté, ne connaît rien de la personne soignante. Il est donc important de souligner que la présentation de la personne soignante est essentielle, de par son identité et par sa fonction dans l'hôpital. Ce qui permet d'hors et déjà de créer une première étape dans la mise en place du climat de confiance entre le soignant et la parturiente.

Une troisième différence les oppose : la connaissance ultime et par conséquent la toute puissance du personnel soignant par rapport au diagnostic et aux soins pratiqués. « *Le fait d'être sage-femme offre un savoir sur le corps de celles que nous accompagnons et le processus de l'accouchement* » (19). Ainsi pour rétablir l'équilibre, le personnel soignant se doit d'expliquer à la patiente tout ce qui la concerne pour elle et son enfant, pour donner un sens à son acte ou à son diagnostic afin de le rendre acceptable pour la patiente. « *Combien de paroles anxieuses, voire culpabilisantes, le discours médical ne prononce-t-il pas pour justifier des actes souvent inutiles et délétères pour des femmes en bonne santé ?* » (19).

d. La notion de « care »

C'est là que la notion de *care* c'est à dire la capacité de prendre soin d'autrui, rentre en compte car faire des soins et prendre soin sont des notions complémentaires. Soigner, c'est agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie et faire des soins, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est à dire unique. « *En obstétrique [on apprend] à donner des soins, mais ce sont les femmes elles-mêmes qui [nous font] accoucheuse, en [nous] faisant découvrir que prendre soin évite bien souvent d'avoir à en donner* » (42). Ainsi chaque acte ou geste ne doit pas être banalisé par notre pratique et doit être adapté pour chaque patiente avec la même intention bienveillante.

Mais certaines fois cette relation de soin peut être mise à mal, et est rarement évoquée par les patientes, soit par manque de connaissance, soit par peur des représailles, ou soit sans en être

vraiment consciente. Récemment les patientes tentent de rétablir l'équilibre en partageant leurs mauvaises expériences en terme de soin.

7. LA VIOLENCE OBSTETRICALE

a. Définition

Selon certains auteurs, la violence obstétricale serait une « *forme de violence systémique ou institutionnelle, consiste en une intervention ou son absence par laquelle un ou une professionnelle de l'obstétrique cherche à contrôler la femme en train d'accoucher en utilisant des moyens de différents ordres par exemple physique: la force, la contrainte, ou des dimensions psychologiques: la menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité, ou un geste posé sans son consentement libre et éclairé et explicite* » (43).

b. Actualités

Actuellement, la « violence obstétricale » fait parler d'elle : plusieurs polémiques sur des violences et des maltraitances obstétricales ou gynécologiques ont connu un certain écho dans les médias et les réseaux sociaux (points du mari, touchers vaginaux sans consentement). Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements irrespectueux et abusifs, lors de l'accouchement en établissement de soins. Ceci constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

Cette violence se traduit par des formes de traitement déshumanisé, par la médicalisation et la pathologisation des processus reproductifs des femmes à travers l'appropriation de leurs corps, de leurs capacités reproductives et de leur sexualité. Parmi les pratiques dénoncées : non information sur les procédures appliquées pendant l'accouchement, humiliations, comportement non respectueux, taux excessifs de césariennes, pratiques médicales pratiquées en routine sans preuve de leurs bénéfiques (lavement, épisiotomie, sédatifs, position sur le dos imposée). Au Brésil, par exemple, 82% des bébés naissent par césarienne dans les hôpitaux privés et plus de la moitié dans les hôpitaux publics. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux de césarienne de devrait pas dépasser les 15% (5).

Selon certains articles répertoriés dans le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) (5), il existerait différents types de violences: thérapeutiques, systémiques, psychologiques. Exemple: une femme dont on rompt la poche des eaux sans raison (violence thérapeutique). On retrouve aussi dans ces articles, des discours de femmes victimes d'accouchements traumatiques qui utilisent les mêmes mots que les victimes de viol. Beaucoup de femmes vivent l'accouchement comme traumatique et 2% développent des syndromes de

stress post traumatique. Certaines fois, les femmes se voient souvent refuser le droit de prendre des décisions informées sur les soins. Elles peuvent être « punies » pour avoir revendiqué leur droit au refus.

c. La dénonciation des violences

La dénonciation des violences obstétricales va généralement de paire avec celle de la médicalisation de l'accouchement, l'autoritarisme médical, des attitudes sexistes dans le système de soins. Cette dénonciation a permis d'engager, d'hors et déjà, le dialogue autour de cette violence pour y mettre fin. L'OMS reconnaît que les soins maltraitants et non-respectueux dans les maternités sont un facteur contributif à la mortalité maternelle et infantile, et la communauté internationale a pris des mesures pour tenter d'identifier et éradiquer toutes les formes de violences obstétricales dès à présent. Depuis février 2012, le CIANE a mis en ligne une enquête permanente sur le vécu de l'accouchement. Elle permet d'évaluer notamment quelle information a été donnée aux femmes et si leur consentement a été recherché (43).

La dénonciation de cette violence va-t-elle permettre une prise de conscience des professionnels de santé et améliorer la prise en charge des patientes à l'avenir ? Pour cela le dialogue est essentiel entre soignant et soigné pour améliorer notre pratique. Ainsi, il me semble intéressant d'explorer le vécu des femmes en terme de respect du corps, de dignité et de pudeur en salle de naissance.

METHODE

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu des femmes en terme de respect du corps, de dignité et de pudeur en salle de naissance, lors de leur hospitalisation en post-partum dans une maternité de type III.

2. Type d'étude

Dans une volonté d'authenticité, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative de type exploratoire. Elle permet aux femmes de s'exprimer librement sur leur vécu et d'explorer leurs gestes, leurs paroles et leurs attitudes pendant les entretiens. Ainsi le choix de cette étude paraissait justifié.

3. Durée de l'étude

L'étude s'est déroulée du 13 juillet 2016 au 19 juillet 2016.

4. Lieu de l'étude

L'étude s'est passée dans le service de suites de couche d'une maternité de type 3 de la région Auvergne, à Clermont-Ferrand.

5. Echantillon

Critères d'inclusion :

Les femmes qui ont été inclus devaient répondre aux critères suivants :

- Primipare ou multipare
 - o Pour cibler une population plus large susceptible de répondre aux entretiens
 - o Les multipares permettent de partager d'avantage d'expériences
- Accouchement par voie basse spontanée
- Femmes acceptant de participer à l'étude

Critères d'exclusion :

Les femmes qui ont été exclues devaient répondre aux critères suivants :

- Femmes ne parlant pas français
- Accouchement par voie basse instrumentale et par césarienne car ce sont des situations d'urgence avec une prise en charge particulière.

6. Mode de recueil de données

Afin de répondre à l'objectif principal de cette étude, les témoignages de femmes ont été recueillis. Les variables récoltées ont été obtenues grâce aux comptes rendus et aux enregistrements d'entretiens semi-directifs réalisés. Ces derniers ceux sont effectués à l'aide d'une grille d'entretien (annexe I) élaborée au préalable. Celle-ci abordait tout d'abord des informations sur les caractéristiques sociodémographiques de la patiente puis plusieurs thèmes concernant le respect du corps, de la dignité et de la pudeur.

Les entretiens ont été semi-directifs et enregistrés par dictaphone. Ils ont été réalisés le 2^{ème} ou le 3^{ème} jour après l'accouchement. Les entretiens se sont terminés jusqu'à saturation des données.

L'enquêteur n'a pas porté de blouse dans le but de réduire la distance, et de rechercher un climat de confort pour la conduite de ces entretiens. L'enquêteur a évité de se positionner en face de la patiente pour éviter d'introduire un rapport trop frontal 'patient-soignant' et donc de mettre mal à l'aise la femme pour s'exprimer. Il a pris quelques notes pendant l'entretien, en plus de l'enregistrement, s'il en ressentait le besoin.

Les entretiens se sont réalisés selon la disponibilité des femmes. Ils ont été réalisés par le même enquêteur, du 13 juillet 2016 au 19 juillet 2016.

La saisie des données s'est faite par l'enquêteur, après que tous les entretiens ont été réalisés. Ils ont été retranscrits en totalité sur ordinateur par traitement de texte type Word.

Deux entretiens exploratoires ont été menés ce qui a permis de réajuster la trame et ainsi le discours tenu aux patientes pour en améliorer la qualité et combler le manque d'expérience en conduite d'entretien.

7. Mode d'analyse des données

a. Les critères d'analyses

Les données recherchées au travers des entretiens constituent ainsi les critères d'analyses qui sont essentiellement basées sur le vécu des femmes.

Il a été réalisé une analyse ascendante thématique de contenu grâce à des tableaux de synthèse, c'est à dire qu'il a été retranscrit tout d'abord le verbatim, puis regroupé les idées en catégories. Ces catégories ont été classées en fonction de leur nature.

Il a été réalisé par la suite une analyse verticale pour chaque individu et enfin une analyse horizontale pour l'ensemble des individus.

Budget :

Le budget de l'étude a été très raisonnable. Un dictaphone, du papier, des stylos et un ordinateur ont suffi. Les frais de déplacement ont été minimisés du fait que l'hébergement de l'étudiant était très proche du centre hospitalier universitaire.

b. Aspects éthique et réglementaire

Une information orale a été réalisée à propos de l'étude, auprès des femmes, la veille de l'entretien (souvent le 1^{er} jour après l'accouchement) pour permettre de laisser le temps de la réflexion aux femmes.

Une fiche d'information (annexe II), à compléter par les femmes, a été également distribuée pour respecter leur choix de participer ou non à l'étude.

Un consentement écrit (annexe III) a été recueilli le jour de l'entretien concernant l'étude et l'enregistrement de l'entretien.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). L'identité des patientes a été substituée par une lettre (une lettre différente pour chaque patiente) en début d'entretien, ce qui a permis l'anonymisation. Les données ont été classées dans un dossier sécurisé et accessible uniquement par l'étudiante sage-femme pour préserver le secret professionnel. L'étudiante sage-femme est soumise au secret professionnel.

RESULTATS

Pour cette étude, dix-huit entretiens ont été réalisés. Les témoignages recueillis ont été analysés et synthétisés ci-après. Cette partie « résultats » comporte, tout d'abord, une partie générale correspondant à la description de chaque femme interviewée. Puis, un second paragraphe est consacré à l'ensemble des thèmes abordés lors des entretiens concernant le respect du corps, de la dignité et de la pudeur. L'entretien a abordé les parties suivantes :

- Les soins et les actes pendant le travail et l'accouchement
- Le moment de l'accouchement
- La représentation de la femme par rapport à son corps
- L'attitude, les actes, les gestes, les paroles des différents intervenants et de leur personne accompagnante
- Déroulement de leur suivi de grossesse
- Partage de leurs expériences

Les observations annotées, les messages infra-verbaux, l'atmosphère et le lieu des entretiens seront précisés. Toutes les citations relatées par les femmes interrogées seront retranscrites entre guillemets (« ») et en italique.

1. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été réalisés du 13 juillet 2016 au 19 juillet 2016. Dix-huit femmes ont été sélectionnées. Elles ont, toutes, accepté de participer. Leurs dates d'accouchement s'étendent du 10 juillet 2016 pour le plus ancien, au 16 juillet 2016 pour le plus récent. Elles étaient soit au deuxième ou soit au troisième jour du post-partum. Les entretiens ont eu lieu une maternité de type III en suite de couches, dans les chambres des patientes (chambre individuelle).

Les femmes ont été sélectionnées grâce à leur dossier de suite de couches. La veille de l'entretien, une information a été faite concernant l'étude, et un consentement ainsi qu'une lettre d'information a été distribuée (annexes ... et ...) aux patientes. Le lendemain, avant chaque entretien, leur consentement écrit et oral a été recueilli. Les entretiens ont duré de 10 minutes à 21 minutes. L'ensemble des entrevues était équivalent à 245 minutes d'enregistrement audio, retranscrit intégralement. Sept primipares et onze multipares ont constitué la totalité de l'échantillon. Leur âge variait de 16 ans à 40 ans.

2. Description des entretiens et présentation des femmes rencontrées

TABLEAU I : RECAPITULATIF DE LEURS CARACTERISTIQUES
SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

	MESDAMES	(%)
<u>AGE</u>		
15 à 20 ans	N	6
21 à 25 ans	B	6
25 à 30 ans	A - E - H - I - J	27
30 à 35 ans	D - F - G - L - M - O - R	39
35 à 40 ans	C - K - P - Q	22
<u>CATEGORIE SOCIO-PROFESIONNELLE</u>		
Artisans	J	6
Cadres	L - P - R	16
Professions intellectuelles supérieures	O	6
Professions Intermédiaires (Santé/ Social)	E - H - I - K	22
Employés et Ouvriers	A - D - F - G - M - Q	34
Inactifs	B - C - N	16
Agriculture		0
Commerçants		0
Chefs d'entreprise		0
<u>ORIGINE GEOGRAPHIQUE</u>		
Française	B - C - D - E - F - G - H - I - L - N - O - P - Q - R	77
Portugaise	J - K	11
Autrichienne	A	6
Turque	M	6
<u>JOUR DE POST-PARTUM</u>		
J1	A	6
J2	B - C - D - E - H - J - L - O - P - Q	55
J3	F - G - I - K - M - N - R	39
<u>PARITE</u>		
Primipare	B - E - F - K - M - N - O	39
Multipare	A - C - D - G - H - I - J - L - P - Q - R	61

a. Madame A

L'entretien avec Madame A, a eu lieu dans sa chambre. Elle a accueilli l'enquêteur avec le sourire. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle s'est assise sur son lit. Pendant l'entretien son mari est entré dans la chambre, madame A a demandé si cela dérangeait, puis son mari est resté. Cela n'a pas perturbé le reste de l'entretien et son mari a même participé sous les

encouragements de Madame A. Au milieu de l'entretien, son bébé a commencé à pleurer, Madame A l'a regardé plusieurs fois à ce moment-là, mais une fois qu'elle l'a pris dans ses bras, elle a répondu spontanément à mes questions. Lorsque des moments particuliers ont été abordés, notamment l'accompagnement en salle de naissance par une étudiante sage-femme, Madame A avait les larmes aux yeux. Au fur et à mesure de l'entretien Madame A semblait plus à l'aise avec un débit de parole plus important. Elle a aussi fini par plaisanter avec l'enquêteur et avec son mari. A la fin de l'entretien Madame A, a conclu par « *Ca va il y a quand même un grand respect* ».

b. Madame B

L'entretien avec Madame B a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée allongée sur son lit. Elle a dégagé un certain mutisme pendant l'entretien. Elle se qualifie de « *pudique* ». C'est une femme seule qui a été accompagnée par sa belle-sœur pendant son accouchement. Madame B détournait le regard, ne trouvait pas ses mots à l'évocation de cette situation lors de l'entretien. Par la suite, Madame B répondait spontanément aux questions, sans gêne apparente. Ces réponses étaient plutôt brèves avec un entretien qui a duré environ 10 min.

c. Madame C

L'entretien avec Madame C a eu lieu dans sa chambre. A l'entrée dans la chambre, elle était en train de changer son enfant qui pleurait sur la table à langer. Elle a proposé, quand même, de commencer l'entretien. Ainsi, au début de l'entretien, l'enquêteur était debout à côté d'elle, tandis qu'elle continuait à changer son bébé. Par la suite, Madame C s'est installée sur son lit avec lui dans les bras et l'enquêteur s'est installé près d'elle sur une chaise. Elle m'a demandé de répéter certaines questions, lors des pleurs de son bébé.

Madame C se qualifie de femme très pudique : « *tout me gêne* » ; même le fait d'allaiter, devant l'enquêteur : « *Ne serait-ce que même donner le sein en fait devant vous, pour moi je trouve ça très gênant* ». Par la suite, Madame C a donné le sein à son enfant pendant l'entretien.

A l'évocation de ses accouchements, Madame C avait la voix qui tremblait en expliquant qu'elle a toujours eu de lourdes lésions au niveau de son périnée « *J'avais une grosse angoisse concernant l'accouchement parce que justement j'ai eu des séquelles concernant le périnée et que j'avais peur que ça recommence quoi (...) Bon au final je dit pas que ça été pire mais presque...* ».

d. Madame D

L'entretien avec Madame D a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée allongée sur son lit. C'est une femme qui a beaucoup souri et parlé avec un débit de parole important. L'entretien a duré environ une quinzaine de minutes, interrompu vers la fin, par une auxiliaire de puériculture, sans perturber la suite de l'entretien. Elle a évoqué une bonne prise en charge de son accouchement par les professionnels de santé : « *On se sent quand même (...) bien entouré* ».

e. Madame E

L'entretien avec Madame E a eu lieu dans sa chambre. Elle était accompagnée de son conjoint lors de l'entretien, l'enquêteur s'est installé à côté d'eux tandis qu'ils étaient allongés sur le lit tous les deux. Son conjoint lui caressait souvent le bras et l'embrassait pendant l'entretien sans la perturber par ailleurs. Pendant toute la durée de l'entretien Madame E avait les seins nus.

Au début de l'entretien, elle répondait rapidement et brièvement aux questions mais au fur et à mesure de l'entretien elle a développé une forte logorrhée. Elle m'a expliqué qu'elle avait un projet de naissance, et qu'elle aurait souhaité un accouchement sans péridurale, hors celui-ci n'a pas pu aboutir et elle a croisé les bras à cette évocation.

Pendant l'entretien, son conjoint a participé activement et contredisait parfois les propos de Madame E. Elle a élevé la voix à plusieurs reprises pour le reprendre.

f. Madame F

L'entretien avec Madame F a eu lieu dans sa chambre. Elle était accompagnée de son mari lors de l'entretien. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame F est restée allongée sur son lit et son mari est resté assis sur une chaise derrière nous.

Au début de l'entretien, elle a tout de suite évoqué le manque d'explications vis-à-vis de son hémorragie pendant son accouchement, en haussant légèrement le ton de sa voix et en parlant beaucoup avec les mains. Après cela, Madame F a diminué l'intensité du ton de sa voix et répondait à mes questions. Son mari n'est pas intervenu durant l'entretien. Selon elle, la naissance de son enfant est « *la plus belle chose qu'on peut avoir !* ».

g. Madame G

L'entretien avec Madame G a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame G est restée allongée sur son lit. L'entretien a été interrompu par le téléphone de Madame G, deux fois, sans la perturber par ailleurs. Elle se définit comme

quelqu'un de « *pas très pudique* », ainsi ses réponses étaient plutôt courtes et brèves avec un entretien qui a duré environ dix minutes.

h. Madame H

L'entretien avec Madame H a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame H est restée allongée sur son lit. Ses réponses étaient courtes et brèves, avec un entretien qui a duré environ dix minutes.

i. Madame I

L'entretien avec Madame I a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame I est restée allongée sur son lit avec sa fille de 5 ans qui jouait sur son lit avec des jouets. La présence de sa fille pendant l'entretien ne l'a pas dérangé. L'entretien a été souvent interrompu par la petite fille qui interpellait ou embrassait sa mère, qui criait, ou qui jouait avec la télécommande du lit. De plus, l'entretien a été interrompu par une visite mais elle a patienté dehors par la suite. Malgré cela, Madame I répondait spontanément à mes questions sans faire attention aux perturbations.

j. Madame J

L'entretien avec Madame J a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame J est restée allongée sur son lit en positionnant sa main sous sa tête et en mettant un coussin sous ses jambes, avant de commencer l'entretien. Elle ne se qualifie pas comme quelqu'un de pudique. Elle répondait rapidement aux questions. Elle a conclu par « *Qu'ils continuent comme ils font (...) c'est très bien* ». L'entretien a été bref, n'a pas été interrompu et a duré, environ, une dizaine de minutes.

k. Madame K

L'entretien avec Madame K a eu lieu dans sa chambre. Madame K était accompagnée de son conjoint lors de l'entretien. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle était assise sur un fauteuil près de la fenêtre et son conjoint est resté debout, derrière nous. Au début de l'entretien, son conjoint essayait de calmer leur bébé qui pleurait beaucoup. Puis, une fois que leur bébé a été dans les bras de maman, il s'est arrêté de pleurer et l'entretien a pu continuer sans interruption. Madame L a allaité son enfant devant moi, sans gêne apparente.

Son conjoint a participé activement à l'entretien, coupant la parole à certains moments à Madame K. Madame K hésitait beaucoup sur ses mots lors de ses réponses aux questions et évitait le regard de l'enquêteur. Parfois sa voix tremblait, notamment lors de l'évocation de la déchirure de son périnée.

l. Madame L

L'entretien avec Madame L a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée allongée sur son lit. L'entretien a été interrompu une seule fois par son conjoint qui a frappé à la porte pour lui demander quelque chose, puis il est reparti par la suite. Cela n'a pas perturbé la suite de l'entretien.

Elle a souri de nombreuses fois pendant l'entretien et répondait rapidement aux questions. C'était un entretien assez bref, d'environ dix minutes, avec des réponses très courtes.

Madame L conclut l'entretien par « *j'ai été très satisfaite, tout le monde a été très respectueux, très professionnel* ».

m. Madame M

L'entretien avec Madame M a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée assise sur le fauteuil près de la fenêtre. Elle était accompagnée de son mari lors de l'entretien. Madame M était en train de rassembler ses affaires avec son mari pour rentrer chez eux quand l'enquêteur est arrivé. Son mari faisait les valises et n'est pas intervenu pendant l'entretien. Son bébé s'est mis aussi à pleurer pendant l'entretien. Malgré cela, Madame M n'a pas été perturbée et répondait spontanément aux questions. A l'évocation de son accouchement, elle a beaucoup parlé avec les mains.

n. Madame N

L'entretien avec Madame N a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée assise sur le fauteuil près de la fenêtre.

Son regard oscillé entre la télévision et l'enquêteur. Elle a gardé ses mains serrées et a dévié souvent le regard pendant l'entretien. Elle répondait très rapidement aux questions avec un entretien qui a duré 7 min.

o. Madame O

L'entretien avec Madame O a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame O est restée allongée sur son lit. Elle se qualifie comme quelqu'un de « *très pudique* ». Elle a beaucoup ri à l'évocation de la peur d'aller à la selle et de l'utilisation du lavement pour l'éviter. L'entretien s'est déroulé sans interruption et a duré environ 15 min.

p. Madame P

L'entretien avec Madame P a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis qu'elle est restée allongée sur son lit. Madame P ne trouvait pas ses mots et ses mains

tremblaient pour répondre à certaines questions. Par la suite, elle avait un débit de parole plus fluide. L'entretien a duré 15 min et a été interrompu par quelques pleurs de son enfant sans la perturber pour autant.

q. Madame Q

L'entretien avec Madame Q a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame Q est assise allongée sur son lit. Elle était très souriante pendant l'entretien et écoutait attentivement l'enquêteur en le regardant droit dans les yeux et en s'approchant de lui pour répondre aux questions. Selon elle, Madame Q ne s'est pas « *sentie gênée ou mal à l'aise* » pendant son travail et son accouchement. Par contre elle a commencé à hésiter sur ses mots et à se frotter les mains à l'évocation du cordon ombilical qui émanait d'elle au moment de l'expulsion. Puis elle s'est mise à rire. L'entretien n'a pas été interrompu et a duré environ 10 minutes.

r. Madame R

L'entretien avec Madame R a eu lieu dans sa chambre. L'enquêteur s'est installé à côté d'elle, tandis que Madame R est assise allongée sur son lit. Son mari et sa petite fille étaient également présents, ils sont restés assis sur une chaise derrière nous. Son mari est intervenu deux fois pendant l'entretien. Madame R rougissait et évitait mon regard pendant l'entretien. Elle a regardé plusieurs fois son mari avant de répondre aux questions. Elle a serré les poings et haussé la voix à l'évocation d'une expérience avec un anesthésiste, sur son premier accouchement. Ses réponses étaient assez brèves avec un entretien qui a duré moins de dix minutes.

3. « Ou'est ce que cela évoque pour vous ? » : respect du corps, dignité et pudeur de la femme en salle de naissance

Pour cinq de ces femmes de l'étude (Mesdames A, F, D, G, J, M et P), c'est s'exposer à la nudité : « *Fin c'est normal (...) pour accoucher, on est obligé de se mettre à nu quoi !* », Madame D ; « *Pour elle* (désignant son bébé dans le berceau), *j'étais obligée malheureusement de plus avoir de soutien-gorge, ni de culotte* », Madame J ; « *on expose vraiment notre intimité* », et Madame P.

Le mot intimité est au cœur des discours de ces femmes (Mesdames D, E, F, G, L et P) : « *pendant le moment de l'accouchement, c'est vrai qu'on est exposé. C'est notre intimité* », Madame F ; « *c'est quelque chose d'intime, de très personnel* », et Madame P.

Pour d'autres cela impose que ce moment soit signe d'une absence de pudeur (Mesdames A, D) : « *Faut pas être pudique* », Madame A ; « *On est obligé d'être tout le temps à se dévoiler donc (...) il n'y a pas trop de pudeur* », et Madame D.

Certaines se qualifient de femmes pudiques (Mesdames B et O) : « *A la base, moi je suis très pudique* », Madame O et d'autres non (Mesdames J et K) : « *C'est vrai que il y a des femmes qui sont plus pudiques que d'autres. Très sincèrement moi non* », Madame J.

Mesdames A, G, J et O déclarent que c'est un moment naturel, à la base de la naissance de l'humanité : « *C'est naturel et qu'à un moment donné il faut passé outre ça (...) et il faut bien que la nature fasse les choses aussi* », Madame A ; « *On y pense plus, de toute façon, c'est la nature* », et Madame G.

Madame M et Q sont satisfaites de ce moment et n'ont ressenti aucune gêne : « *Il n'y a rien qui m'a gêné, moi je trouve que ça s'est très bien passé* », madame M ; « *Enfin, pour moi ça répondait parfaitement à ces trois critères. Y'a pas une seule fois où je me suis sentie gênée ou mal à l'aise...* », et Madame Q.

Pour Mesdames D, G, I, et R, c'est une habitude qu'elles ont prise au cours de leur suivi gynécologique et leur grossesse : « *Et puis c'est vrai que tout au long de la grossesse, on est tellement ausculté tout les mois, fin c'est un peu (...) une habitude entre guillemets* », Madame G ; « *Le suivi tous les mois, bon après on s'habitue aussi* », Madame R.

Pour Madame E, c'est une route vers « *l'inconnu. Au départ on sait qu'on va devoir se mettre à nu et lâcher prise devant les autres* » et pour Madame C c'est « *un acte qui...Qui est très important mais qui...Qui désinhibe totalement* ».

Madame A, a énoncé qu'un « *accouchement de toute façon c'est un déballage* ».

Pour finir, Madame J a rétorqué que « *il faut quand même qu'on nous respecte comme on est !* ».

4. Hiérarchie des priorités maternelles

Pour huit de ces femmes de l'étude (Mesdames A, B, C, J, K, O, Q, et R), la priorité n'était plus au corps et à la pudeur. Ces femmes étaient concentrées sur la naissance de leur enfant : « *J'avais qu'une idée, c'est que la petite sorte* », Madame A ; « *Non parce que j'avais qu'une hâte c'était de la voir et qu'elle sorte* », Madame J ; « *Vous pensez à rien d'autre que faire*

sortir votre bébé », Madame O; et « *On a tellement hâte que le bébé arrive, on oublie tout ça* », Madame K.

Certaines, étaient plongées dans l'action et ne faisaient plus attention au monde qui les entoure : « *On est tellement focalisé sur ce qui va se passer que le reste... On fait abstraction* », Madame Q ; « *Après c'est vrai qu'on est tellement (...) dans l'action !* », Madame R ; et « *On a pas eu le temps de m'installer, ni quoi que ce soit en fait il est sorti tout seul (...) Donc du coup les sondes, les machins...* », Madame C.

Par contre, pour Madame B, la douleur était au centre de l'attention: « *Tellement que j'avais mal ! J'étais pressée !* ».

5. L'endormissement du corps

Pour Mesdames A, B ; D, E, F, J et M, l'effet de l'analgésie péridurale a provoqué une totale désinhibition des sensations corporelles : « *Je ne m'en rendait pas compte parce que c'est vrai que sous l'effet de la péridurale je ne savais plus* », Madame A ; « *Avec la péridurale, j'ai même pas senti* », Madame B ; « *De toute façon je sentais rien, je savais pas si ça poussait* », Madame D ; « *Même si je ne sentais pas, j'avais besoin de savoir aussi ce qu'elle faisait ! Parce que justement je ne sentais rien donc j'avais envie de savoir où elle mettait ses mains quoi !* », Madame E ; et « *Justement quand on a la péridurale (...) on ne sent plus rien* », Madame J.

Chez certaines femmes, le fait de ne rien sentir était un soulagement : « *Après une fois qu'on a pris la péridurale c'est pas pareil* », Madame M et « *Heureusement qu'il y a la péridurale* », Madame F.

6. La présence de l'accompagnant

Pour six de ces femmes (Mesdames C, E, H, N, I, et P), la présence du père, provoquait une réelle gêne vis-à-vis de leurs corps ou de leur état face à la douleur : « *oui de base sa présence m'a gênée (...) parce que justement ce genre d'exams... le toucher...* », Madame C ; « *Après, avec le personnel non, par exemple moi, mon conjoint j'aimais pas qui... Fin s'il était à côté de moi ça allait mais par contre s'il était devant ou quoi c'était plus... Ca devenait plus gênant, ouais !* », Madame H « *Voilà parce que y'a eu des phases où ça été plus compliqué pour lui... Quand ça été douloureux, quand il m'a entendu crier et tout.* », Madame I ; et « *Cette fois-ci, c'est pareil, d'habitude on le mettait sur le côté avant de s'installer et là en fait je sais pas pourquoi, (...) J'étais déjà en position quand elles lui ont dit de....D'aller de l'autre côté. Et du coup bon voilà c'est mon mari et c'est... Mais c'est vrai que ça...ca m'a gênée...* », Madame P.

Certaines avaient même passé un accord avec leur conjoint, avant le moment de l'accouchement, concernant le fait qu'il regarde ce qui se passe : « *Euh, non mais c'était un accord entre nous qu'il ne resterait pas, qu'il ne regarderait pas* », Madame Q et « *Humm...Ouais je ne préférais pas ! (...) Non il ne regardait pas, ouais. On s'était mis entre guillemets d'accord* », Madame R.

Le fait de se déshabiller pour enfiler la blouse devant leur conjoint était un moment gênant aussi pour Madame N et Madame C : « *me retrouver à me déshabiller quasiment entièrement, (...) pour mettre une blouse et donner mes habits à mon mari, je trouve ça gênant* ».

Pour Madame B, accompagnée de sa belle-sœur, exposer sa nudité devant elle, était assez gênant aussi : « *C'est ma belle sœur, du coup elle m'avait jamais vu toute nue et tout...* ».

Au contraire, pour Madame A, aucune gêne n'a été ressentie car son mari avait déjà assisté la sage-femme sur son premier accouchement « *c'est le papa qui l'avait fait parce qu'ils étaient en pénurie de sage-femme ce jour-là et il a donné un coup de main comme il a pu* » ; de même pour d'autres femmes : « *Ah non, après c'est mon mari, ça me pose pas de problème. (...) Il faut qu'ils nous soutiennent et qu'ils se mettent aussi à notre place et je pense que c'est vachement important que le mari soit là* », Madame G ; « *Oui, il a vu sa fille sortir et au contraire il était que content, il m'a bien soutenu* », Madame J ; et « *Non. Ça ne me dérange pas. De toute façon, même lui, ça le dérange pas mais dès qu'il voyait que ça truquait, il préférait sortir* », Madame M.

7. Le travail et l'accouchement

a. Le corps de la femme pendant le travail et l'accouchement

Pour Mesdames B, C, F, G, H, I, O et Q la partie du corps la plus difficile à dévoiler reste l'appareil génital féminin : « *Oh bah je pense que c'est, justement, tout ce qui attire en fait au bas, ouais au génital. Je pense que c'est la partie la plus, fin la plus intime et du coup la plus gênante* » Madame C ; et « *On voit tout votre...Votre appareil génital donc c'est assez gênant (...) il y a des gens que vous ne connaissez pas qui vous regardent. Mais encore une fois ça reste dans le cadre d'un accouchement donc...Il n'y a pas de honte à avoir ?* » Madame O.

Pour trois de ces femmes (Mesdames A, P et R), la partie du corps la plus gênante reste la poitrine : « *C'était mes seins parce que j'ai les seins ombiliqués...Et que...C'était presque une gêne de se dire que je peux pas allaiter mon enfant comme je veux (...) Le fait de me dire je suis pas normale en faite* » Madame A.

Pour d'autres, comme Mesdames N et C, le corps entier est gênant : « *Pour le reste, moi je considère que tout est gênant. (...) Tout me gêne, maintenant on le fait parce que de toute façon on a pas le choix, donc y'a pas le choix, on fait confiance et puis c'est comme ça.* », Madame C. Madame F a évoqué aussi qu'elle était gênée de montrer ses fesses lors de la pose de l'analgésie péridurale : « *Après le dos c'est pas un problème mais après le reste oui, on a pas l'habitude de poser les fesses... Enfin vous voyez ce que je veux dire ?* ».

A l'évocation de la période de l'accouchement, ces femmes évoquent un moment de gêne et un moment désagréable : « *A chaque fois c'est une épreuve quoi ! Fin pour quelqu'un de pudique c'est une épreuve !* », Madame C ; « *On est toujours gêné, je pense que toute femme est gênée pendant l'accouchement* », Madame F ; « *Malheureusement on est obligé de dévoiler plusieurs parties de son corps* », Madame D ; « *C'est pas un moment agréable* », Madame G ; et « *Ça fait mal. Ça fait mal et puis on sent tout qui se... On est bien faite les femmes on va dire... (...) Je ne pensais pas souffrir autant !* », Madame J.

Le moment de la poussée a déstabilisé certaines de ces femmes : « *Mais le tout petit moment du début, euh les premières poussées où elle m'expliquait aussi un peu comment faire et tout ça, c'est vraiment ça qui m'a gêné (...) J'imaginai mon corps comment il pouvait être à ce moment-là mais je savais pas exactement, je ressentais voilà des choses mais sans, sans savoir exactement* » ou « *Bah là par exemple, on va tirer, on va tirer... Fin je sais que mon ami a vu qu'en fait ils ont tout écarté avec les mains et tout ça. Et ça j'aurais aimé qu'on me le dise parce que je l'ai pas forcément senti et je voyais qu'il se passait des choses* », Madame E ; « *Le moment de poussée, ça été dur. C'est vrai que ce n'est pas facile...* », Madame M et « *Une des premières poussées où elle m'a dit "Je vois, je vois les cheveux !" Là, ça m'a fait un effet... Euh, bœuf ! J'avais les jambes en l'air, je tenais mes cuisses, ça m'a fait... Euh, oui ça m'a fait un drôle d'effet !* », Madame Q.

Le moment l'expulsion du fœtus a aussi perturbé Madame Q : « *Alors j'ai juste vu le morceau de cordon qui sortait de moi hein ! Je... Je vous... Ca m'a... J'ai tourné la tête du coup ! J'ai continué à regarder les soins de la petite. Ouais... C'est... Fin je sais pas comment dire... C'est... Je suis pas habituée à tout ça donc... Euh... Limite j'ai, j'aurai craint de tourner de l'œil* ».

b. Multiparité : facteur protecteur contre la pudeur ?

Pour cinq de ces femmes (Mesdames A, D, I, L, et R), le fait d'avoir déjà accouché, leur a permis d'être plus à l'aise et d'être plus expérimentée vis-à-vis de leur corps : « *Ouais, on y va*

un peu plus détendue », Madame A ; « *Maintenant non, avant mes enfants, oui (...) j'étais un peu gênée de me mettre fin voilà de (...) fin d'enlever la culotte* », Madame D, « *Pour la première, on appréhende plus, parce que bah on connaît pas, on sait pas !* », Madame I ; « *Donc c'est vrai que le deuxième, après on est... On est plus à l'aise je pense* », Madame L et « *j'aurais pas répondu pareil pour la première naissance que pour la deuxième (...) Je savais déjà à quoi m'attendre* », Madame R.

Pour Madame K, le fait d'être plus âgée, lui a permis d'être moins pudique : « *Euh peut-être qu'à un notre âge ça aurait été plus... Compliqué (...) je pense que j'aurais été un peu plus pudique.* ».

Un autre facteur protecteur contre la pudeur a été noté par Madame G : « *j'ai fait du sport collectif pendant des années donc ça aide aussi ! (...) Et j'ai passé trois ans en internat pour ma scolarité* ».

c. Actes et soins réalisés

L'acte de sondage évacuateur a gêné certaines femmes comme Madame N et aussi Madame A : « *Bah... C'est pas des choses naturelles aussi, on va nous vider la vessie... Ce genre de chose, c'est jamais très...* » et Madame Q « *Parce que j'arrivais pas à uriner, il a fallu me sonder ! Et là je reconnais que j'ai eu plus de mal...* ».

Le fait de réaliser une toilette vulvaire a embarrassé certaines de ces femmes comme Madame N, Madame Q : « *Oui parce que bon... Fin entre... Les pertes sanguines et tout... C'est un petit peu... J'ai eu plus de mal, ouais, à ce moment-là* » et Madame D « *Ca me dérange pas de faire ma toilette à leur place quoi (...) Après je comprends c'est leur travail mais des fois ça peut être... Un peu... Ouais un peu gênant* ».

Tandis que Mesdames E, H, J et N ont eu des mauvaises expériences lors des touchers vaginaux : « *Non non, c'était hop direct ! J'ai pas eu le temps, bon, de savoir. Je savais qu'elle allait faire l'examen... (...) Mais elle m'a pas demandé "vous êtes prête ?".* » ; « *Elles étaient assez brute genre "Bon bah là vraiment va falloir tout donner" (...) Bon elle avait de l'expérience, on sentait que voilà quoi ! Fallait dépoter quoi ! Et en fait, alors au début, ça m'a fait très peur, je me suis dit "Ouh là là ! Elle est pas très douce* », Madame E ; « *Sur le coup je l'ai pas pris pour moi parce que j'ai compris, mais en fait elle me faisait donc le toucher vaginal et elle a un peu galéré parce qu'il était un petit peu postérieur ou quoi et du coup elle a sorti "Oh la vache" à un moment* », Madame H et « *c'est pas non plus une partie de plaisir ! C'est vrai que suivant la personne (...) on est sensible je veux dire ! On n'est pas des bêtes !* », Madame J.

d. Fonction excrémentielle et rites

Pour dix de ces femmes (Mesdames A, B, F, H, I, L, M, O, P, et R), le fait de déféquer lors de l'accouchement les a fortement embarrassé : « *Euh oui, bah je vais pas vous mentir, je me suis fait dessus...* », Madame B ; « *Non, on a plus peur d'avoir des selles ou des choses comme ça. Je pense que toutes les femmes pensent comme moi* », Madame F et « *Ah ouais mais c'est ce que j'ai dit, moi j'ai peur de...D'avoir fait la selle. Et j'ai même ! Un moment j'y ai cru et j'ai même demandé ! Dès que j'ai mis au monde, j'ai demandé : « Excusez-moi si j'ai... »* », Madame M. Madame I a été gêné aussi par ses gaz « *Enfin même au niveau des gaz, des trucs gênants comme ça* ».

Certaines femmes ont même mis en place un rituel pour éviter de déféquer pendant l'accouchement : « *C'est la raison d'ailleurs pour laquelle on est arrivé un peu tard...C'est que j'avais fait le rituel que m'avait conseillé mon premier gynéco quand j'avais accouché de la première, j'avais pris un laxatif et tout ça, mais en fait j'ai perdu beaucoup de temps à la maison. Et je suis arrivée ici le travail était déjà bien avancé* », Madame A et « *C'était ma hantise depuis le début de ma grossesse, ça a été une hantise. (...) J'avais prévu un lavement en fait et j'ai pas eu du tout eu le temps de le prendre et au final j'ai pas eu besoin* », Madame O.

e. La position gynécologique sur les étriers

La position gynécologique sur les étriers est évoquée comme une position plutôt gênante pour dix de ces femmes (Mesdames A, B, C, E, H, J, K, N, O, et Q) : « *Effectivement quand on a les jambes...Euh...Sur les étriers...C'est assez particulier* », Madame A ; « *Euh ouais j'étais gênée, certaines positions surtout celle où ils font mettre...Euh...Le grand écart...* », « *le fait d'être en position gynécologique devant le corps médical pour commencer l'accouchement...Je pense que c'est ça qui m'a gêné le plus* », Madame C ; « *C'est pas agréable, fin vraiment là...Ouais avec toutes les têtes devant...Bon faut lâchez prise !* », Madame E ; « *Euh...Peut-être, celle, en étriers justement* », Madame B et « *La plus gênante c'est la position pour accoucher* », Madame H.

f. Les déchirures périnéales et l'épisiotomie

Pour onze de ces femmes (Mesdames C, D, E, H, I, L, M, N, P et R), il y avait une forte appréhension et anxiété concernant les déchirures et la pratique de l'épisiotomie : « *j'ai pas de chance, c'est que à chaque fois j'en garde malheureusement des séquelles. Y'en a chez qui ça passe comme une lettre à la poste et puis bah moi (...) J'avais une grosse angoisse concernant l'accouchement parce que justement j'ai eu des séquelles concernant le périnée et que j'avais peur que ça recommence quoi* », Madame C ; « *Un peu d'avoir une épisio, parce que pour mon*

premier j'ai déjà eu une épisio et ça a été assez douloureux sur la semaine suivante donc j'avais un peu peur d'avoir une épisio. », Madame G ; « *J'appréhendais, oui, parce que j'avais déjà eu une épisio et qui n'avait pas très bien (...) cicatrisé. Et là par contre j'ai eu de nouveau une épisio qui est pas du tout douloureuse* », Madame J ; « *Ah déchirer, oui ! J'ai eu peur et ça pas été déchiré, non* », Madame M ; et « *Ca me faisait encore plus peur que celui d'avant, parce que j'avais eu une épisiotomie* », Madame P.

g. La vue du placenta

Pendant le moment de la délivrance, à la vue du placenta, certaines femmes ont été perturbées : « *Oui je voulais pas trop y voir, j'y ai pas trop regardé* », Madame B ; « *je l'ai vu ça m'a quand même un peu gêné de le voir...Fin parce qu'elle me l'a montré genre...Euh...Comme un gros placenta et voilà* » Madame C ; et « *J'ai pas cherché à voir non plus* », Madame G. Le conjoint de Madame K a été impressionné aussi : « *Moi ça m'a gêné (...) Parce qu'ils tripotent ça pendant un quart d'heure, tout de suite après la naissance et ça fait...Bizarre, ouais ! Qu'ils fassent ça devant nous quoi !* ».

Alors que d'autres femmes étaient plutôt curieuses et rassurées de voir le placenta : « *Et vu que je m'étais dit je vais peut-être pas revoir ça de si tôt et si on m'expliquait un peu, j'étais au contraire curieuse de voir comment ça se passait dans le ventre* », Madame A et « *Elle nous a bien expliqué et ça s'est rassurant (...) parce que j'ai vu ce qui sortait* », Madame E.

8. Le personnel soignant

a. Un accompagnement et un soutien : la satisfaction des femmes

La plupart de ces femmes étaient satisfaites de la prise en charge pendant leur travail et leur accouchement :

Pour Madame A, « *à partir du moment où j'ai été prise en charge, après il y a rien eu à dire* ». Elle s'est aussi rappelé le côté humain d'une étudiante sage-femme qui l'a aidé à respirer lors des contractions : « *Mais après ce que j'ai peut-être oublié de mentionner c'est qu'il y avait quand même le côté humain parce qu'il y a eu un moment... (...) Elle a été vraiment très avenante, elle a respiré avec moi, elle voyait que je lui serrais les mains, j'espère que je lui ai pas arraché les doigts...Et elle m'a accompagné vraiment ! (...) Elle a été là mentalement et ça c'était un moment important parce que je me sentais perdu à ce moment-là.* ». Elle a fini par me dire qu'on « *n'est pas traité comme du bétail quand même !* ».

Le personnel soignant était, selon ces femmes, rassurant, aidant, attentif à leurs besoins, et respectueux, ce qui a pu favoriser une relation de confiance :

Madame A est arrivée un peu tardivement à la maternité et a risqué de ne pas pouvoir accéder à l'analgésie péridurale. Ainsi, elle a apprécié que le personnel fasse tout pour qu'elle puisse l'avoir : *« Ils ont été à l'écoute d'autant plus comme je vous disais tout à l'heure je suis arrivée assez tard à l'hôpital (...) ils m'avaient prévenu que c'était fort probable que j'ai pas de péridurale. Donc en fait ils ont tout fait pour que je puisse l'avoir. »*.

Selon les paroles de Madame D : *« Franchement c'est des bonnes équipes et elles sont quand même là pour rassurer. Et non, on se sent quand même... On se sent bien entouré »*.

Madame E a été rassurée par les explications des soignants : *« Tout ce qu'il faisait, il m'expliquait. Le fait de le dire à l'avance, du coup, ça m'a rassurée aussi (...) Chaque personnalité à peut-être aussi son intérêt à ce moment-là. »*.

Madame G s'est très bien entendue avec l'équipe qui l'a prise en charge : *« On a eu une bonne entente avec la sage-femme et l'aide-soignante de la salle d'accouchement (...) elles aident (...) quand j'ai eu mal, elles étaient là »*.

Madame I a apprécié que la sage-femme tienne compte de ses remarques et de ses angoisses : *« j'ai pas du tout eu affaire à l'épisiotomie, elle m'a fait prendre des positions, elle m'a fait souffler, fin de manière à ce que j'en ai pas eu besoin et ça j'ai énormément apprécié parce que en fait j'ai gardé un mauvais souvenir de l'épisiotomie pour la première fois. (...) Voilà ce que j'ai apprécié c'est qu'ils ont vraiment bien pris en compte tout ce qui m'avait dérangé lors de la première »*.

Mesdames J, L, M, et N, ont relevé la qualité de la prise en charge et du travail des soignants : *« Qu'ils continuent comme ils font, que c'est très bien (...) On a eu une très bonne équipe et tout (...) J'ai été très bien pris en charge »*, Madame J ; *« J'ai été très satisfaite, tout le monde a été très respectueux, très professionnel »*, Madame L ; *« Très gentilles, ça c'est très bien passé, elles ont été adorables ! (...) elles m'ont bien expliqué et ça c'est bien passé (...) les sages-femmes, elles sont là pour nous aider »* et *« Pendant l'accouchement, elles m'ont bien assisté et même pendant mon séjour à la maternité. Dès que j'avais besoin de quelque chose pour le petit, elles sont là, à l'écoute »*, Madame M ; et *« Globalement ça c'est bien passé (...) j'ai trouvé l'équipe bien »*, Madame N.

Mesdames B, O, et Q ont souligné le fait que les sages-femmes les ont mises à l'aise tout de suite et que cela a permis de créer une relation de confiance : *« ils mettent super à l'aise, vu que moi en plus moi j'avais pas le papa... (...) oui moralement c'était vraiment bien ! »*, Madame B ; *« Non mais vraiment les sages-femmes mettent vraiment bien à l'aise (...) comme ci l'accouchement c'était rien en fait. Comme ci c'était peu important (...) je me sentais vraiment en confiance avec les deux personnes qui étaient là »*, Madame O et *« J'ai trouvé vraiment l'équipe... Très sympathique, qui mettait à l'aise, non je ne peux pas... J'ai vraiment pas d'a*

priori négatifs ou de ressentis négatifs ! (...) J'ai vraiment senti le regard professionnel ! Elles sont concentrées sur ce qu'elles font », Madame Q.

Madame P a aussi abordé le fait qu'il y ait une bonne entente entre les équipes soignantes et que cela était rassurant pour elle et son conjoint : *« On a trouvé qu'y avait une très bonne ambiance. (...) Et à chaque fois les personnes qu'on a vues étaient très gentilles avec nous et très serviables etc...Et très accueillantes, mais aussi entre elles ! On voyait que vraiment, elles travaillent bien, sans tension... (...) Et ça...Je trouve ça, vraiment hyper important ! Et donc merci ! ».*

b. Respect de la patiente

Certaines de ces femmes (Mesdames A, B, D et H) ont abordé clairement la notion de respect du patient lors de leur travail et de leur accouchement : *« Ca va il y a quand même un grand respect », Madame A ; « Très respectueux, puis j'ai eu toujours eu la même personne donc du coup je n'ai pas eu de soucis là-dessus », Madame B ; « Je pense qu'il y a quand même un respect de la pudeur, fin je veux dire elles font leur travail aussi », Madame D et « Je les ai trouvé bien, respectueuses », Madame H.*

Concernant les examens et les actes, d'après ces femmes (Mesdames A, C, D, E, F, G, H, M, P, et R), le consentement a toujours été réalisé : *« même si ça paraissait clair qu'ils me disaient "je vais vous examiner", vraiment au moment d'examiner ils redisent "attention là j'y vais", c'est pas : "bon allez j'y vais je suis là comme à la maison" (...) Bon après c'est vrai que quand on nous demande la permission, qu'on nous prévient bien à chaque fois c'est toujours plus agréable », Madame A ; « ils ont bien demandé la permission, là-dessus, fin justement la notion de respect est bien présente », Madame C ; « on nous demandait la permission », Madame D, « Oui, enfin à chaque fois elle me disait " je vais...", " si vous permettez", oui, oui c'est vrai oui (...) elles demandent à chaque fois oui », Madame G ; « parce que ça a vraiment été fait, bien, avec respect, en disant bien "vous êtes prête " ? », Madame H, « Même pour le toucher : "est-ce qu'on peut y aller, est-ce que je peux mettre le doigt...". Ah oui ! Elles m'ont demandé la permission à chaque fois ! », Madame M ; « Ca a été toujours très...Respectueux ! Justement à chaque fois on m'a demandé, on m'a prévenu », Madame P ; et « Non, non parce qu'elle avait demandé aussi, fin prévenu. Donc ça été », Madame R.*

Le fait de recouvrir par un drap d'examen la nudité de la personne, a aussi été relevé par ces femmes (Mesdames B, D, F, et Q) : *« ils ont justement à chaque fois qu'ils sortaient, ils remettaient un drap. », Madame B ; « généralement on nous couvre », Madame D ; « ils nous*

couvrent et ils nous changent quand le drap est sale », Madame F ; et « De par leur attitude et par leur geste ! Je trouve qu'elles ont au contraire, enfin elles ont bien fait, elles ont pris soin de me couvrir avec des draps, de toujours demander si tout se passait bien. (...) J'ai trouvé que tout est fait dans le respect de la personne », Madame Q.

Seize de ces femmes (Mesdames A, B, C, E, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, et R) ont notifié que le personnel soignant s'était présenté à elles et qu'il avait frappé à la porte du box d'accouchement à chaque fois qu'il entrait : *« Moi je trouve par leur attitude corporelle...enfin, rien que leur manière d'entrer dans la salle, de se présenter ect...C'est des petites choses des fois, en fait on se rend pas compte », Madame E ; « elles ont frappé à chaque fois qu'elles sont rentrées " Voilà on est la sage-femme de jour, celle de nuit, je suis telle personne... », Madame M ; « Elles se sont présentées, (...) elles ont été très aimables et gentilles » Madame P et « Tout le temps ils se sont présentés ! Leurs fonctions. Non j'ai trouvé vraiment, mais mon conjoint serait là, il vous dirait la même chose, une équipe géniale ! (...)Des gens très agréables malgré tout le travail qu'ils ont...Vraiment super ! », Madame Q.*

Par contre, Madame E a noté que le personnel soignant n'avez pas forcément frappé à chaque à la porte du box pour entrer : *« A deux reprises on a pas frappé avant de, avant d'entrer. Ca, ça m'a surprise quoi. »*

Madame P a relaté aussi qu'il y a : *« une façon de le faire qui peut être plus ou moins respectueuse (...) la façon d'exposer l'intimité ».*

Ces femmes (Mesdames A, F, et O) ont montré qu'elles étaient rassurées par le fait que la nudité était au cœur du métier de sage-femme et que les sages-femmes avaient une certaine habitude à voir cela : *« Après c'est aussi rassurant de ce dire que les gestes sont...Récurrents qu'ils ont l'habitude de les faire, on se dit aussi », Madame A ; « Il y en a beaucoup qui pensent comme moi, de plus en plus. Après je pense que vu votre métier, vos expériences et tout, que tous les jours y'a des naissances et que vous en voyez tous les jours », Madame F et « Oui le fait que ça soit peut-être répétitif pour elles aussi ! (...) Que c'est quelque chose d'assez banal et d'ailleurs, elle a dit à l'accouchement qu'il ne fallait pas avoir peur ou d'avoir d'appréhension parce que c'est leur travail en fait », Madame O.*

Le fait que le personnel soignant demande l'accord de la patiente pour que l'accompagnant puisse rester pendant les soins a été noté chez huit de ces femmes (Mesdames : A, B, C, J, L, M, Q, et R) : *« ils demandent à chaque fois et mon mari était là ! Je pouvais demander s'il pouvait rester (...) Y'a un champ où...Les sages-femmes font bien écran pour pas qui voit. », Madame C.*

c. Multipllicité des soignants

Sept de ces femmes (Mesdames B, C, D, E, F, H, K) ont remarqué qu'il y avait beaucoup de soignants en salle de naissance : « *Oui surtout qu'il y avait beaucoup de monde !* », Madame B ; « *vous retrouvez examiné par quinze mille personnes* », Madame C ; « *des personnes différentes à chaque fois* », Madame E ; « *on aimerait bien avoir un suivi avec la même équipe (...) le temps de faire confiance.* », Madame F ; « *Il y avait plusieurs équipes aussi (...) plusieurs personnes qui regardent (...) plusieurs fois* », Madame H et « *le premier ça a été un accouchement en siège par voie basse et du coup il y avait beaucoup plus de monde pour regarder l'accouchement et c'était peut-être pour moi plus gênant.* », Madame K.

Même le conjoint de Madame A, a été perturbé par cela : « *Non mais vous êtes très nombreux ici c'est ça qui moi m'a surpris (...) A la fin on comprenait plus quoi. Moi je demandais mais qui c'est qui va faire accoucher ma femme* ».

D'autres femmes (Mesdames G, H, I) ont apprécié le fait d'être en petit comité pour leur accouchement : « *En plus, là elles étaient que deux parce que l'accouchement s'est bien passé, y'a pas eu de complications* », Madame G ; « *en fait il n'y avait pas tant de monde que ça, il y avait juste la sage-femme et une élève sage-femme c'est tout. Après l'aide-soignante (...) était à coté de moi (...) mon conjoint aussi donc il n'y avait pas de soucis* », Madame H et « *Et ça c'est ce que j'ai beaucoup apprécié, c'est que je n'ai pas eu affaire à plusieurs sages-femmes* », Madame I.

d. Le personnel masculin

Huit de ces femmes (Mesdames D, H, I, J, K, L, N, et R) ont déclaré qu'elles seraient gênées si le personnel soignant pendant leur travail et leur accouchement était du genre masculin : « *Voilà, pour une question de pudeur là par contre ouais. Ouais, ouais, par contre quand c'est un homme ça me gêne ouais !* », Madame D ; « *moi après si c'est des femmes j'ai (...) aucune gêne mais c'est vrai que quand c'est des hommes bon...* », Madame J ; « *je suis beaucoup plus à l'aise avec des femmes qu'avec des hommes.* », Madame K, et « *Bon là c'est vrai que il y avait un interne...Donc...C'est un peu plus euh... (...) Le fait que ça soit un garçon ouais...* », Madame R.

Madame O a expérimenté le fait d'avoir un aide-soignant homme. Elle avait des appréhensions au début mais après elle était très satisfaite de la prise en charge : « *Enfin il y avait une sage-femme et un aide-soignant. Donc sur le coup ça m'a fait bizarre parce que je ne m'attendais pas à avoir un homme. Mais honnêtement il a été très...Professionnel. (...) Donc voilà y'avait pas de regard...On va dire...Suspect* » et « *enfin j'avais peur justement au départ si...Ca allait*

être un homme, comment ça allait se passer et en fait ça c'est très bien passé (...) Ils sont peut-être même plus doux que...Que les femmes donc bon... ».

Pour Madame Q : *« les médecins, ils n'ont pas de sexe en fait ».*

e. Peur du jugement ou de déranger

La peur du jugement ou de déranger a été confiée par six de ces femmes (Mesdames B, C, E, J et P) : *« Ouais j'avais un peu peur qu'on me juge...Bah vu que j'étais maman toute seule quoi ! »*, Madame B ; *« Je pense qu'on a toujours peur, soit de mal faire ou pas être, enfin...Ouais mal faire ! Pas être bien placé... »*, Madame C ; *« Je vais peut-être paraître ridicule et finalement en fait je me rends compte que maintenant je peux poser toutes mes questions »*, Madame E ; *« Après on vient pour accoucher aussi donc on n'est pas là pour, j'espère, ne pas être jugé ! (...) Je me dis ça reste des médecins et donc après faut mettre, entre guillemets, les préjugés et tout, de côté »*, Madame J et *« Voilà on se sentait pas...Mal à l'aise ou gêné d'appeler ou de poser des questions (...) Quand on a l'impression que on dérange...Tout de suite on se sent très mal à l'aise »*, Madame P.

f. Les autres moments gênants vécus par les femmes

Madame I a été affectée par ses propres cris de douleur devant son conjoint : *« Voilà parce que y'a eu des phases où ça était plus compliqué pour lui, quand ça été douloureux, quand il m'a entendu crier et tout ».*

Le fait de ne pas être préparé et épilé a pu créer des moments de gêne chez Madame K et O : *« Parce que pendant la grossesse, vous n'avez pas le temps de vous épiler...Enfin les derniers jours....Enfin c'est compliqué et du coup voilà ça c'était une grosse gêne de ne pas être... ».*

Madame M, a été aussi embarrassée par ses nausées et vomissements pendant son travail : *« Ce n'est pas que ça m'a gêné, mais moi en plus comme je dis, j'ai, pendant l'accouchement, je me suis mis à avoir des nausées, j'ai vomi ».*

Enfin Mesdames F, N et P ont rapporté que la blouse d'hôpital était quelque chose de gênant aussi car elle dévoilait leur nudité : *« la chemise, que j'avais (...) est tombée vraiment bas et j'essayais de la remonter »*, Madame P.

g. Principaux regrets des femmes

Madame A aurait préféré qu'on prenne plus au sérieux sa douleur à l'arrivée aux consultations d'urgence obstétrique car son travail été déjà très avancé : *« Juste peut être prendre plus en*

considération quand on arrive, demander vraiment ce qu'il en est. (...) Parce que du coup ils se sont même paniqués puisqu'ils m'ont piqué deux fois le bras dans la panique ».

Madame C se décrit comme une femme qui aime contrôler son quotidien et pendant son accouchement, elle n'a pas pu faire ce qu'elle souhaitait : *« Vous êtes obligé de vous en remettre à l'équipe médicale (...) Parce que justement, moi qui aime maîtriser les choses, je ne maîtrise absolument rien et là pour le coup faut absolument s'en remettre au corps médical ».* Certaines paroles des sages-femmes l'ont aussi perturbé pendant l'expulsion : *« Quand on entend les sages-femmes commencer à dire qu'elles vont appeler le médecin parce que l'accouchement ne se passe pas bien, forcément ça fait toujours peur ».* Elle a aussi noté un manque de personnel pendant son travail et son accouchement : *« Je pense que le problème principal c'était le manque de personnel parce qu'ils étaient débordés et que du coup, moi ils m'ont fait patienter ».*

Mesdames D, E, G, H, et I ont dénoncé le fait qu'on ne leur demande pas la permission pour que leur conjoint puisse regarder son périnée lors de l'expulsion : *« on propose toujours à mon mari de venir en face et on ne me demande peut-être pas la permission »*, Madame D ; *« Mais pendant la poussée et tout ça, c'est vrai que toi t'as vu ce qui s'est passé...Bah on m'a pas demandé si j'étais d'accord... (...) J'aurais aimé qu'on me demande »* Madame E ; *« Non moi ça me dérange pas qu'il soit là. Mais ils n'ont pas forcément demandé. »*, Madame G et *« C'était juste un moment, un examen quand je suis arrivée où justement il était devant et elle l'a fait sans se poser la question »*, Madame H.

Madame E a aussi rapporté un épisode gênant lors de son accouchement : *« Je voyais leur tête en vue sur mon périnée, alors je les voyais un peu discuter entre elles (...) Plus en messes basses où je savais pas ce qu'elles disaient alors je me disais ça se trouve il y a quelque chose qui va pas ».* Elle aussi relaté le fait qu'elle n'ait pu faire ce qu'elle avait prévu dans son projet de naissance : *« je voulais accoucher plus assise ».*

L'inexpérience des étudiants en formation, était aussi perturbante pour ces femmes (Madame E et I) : *« Bon y'avait une interne, après je dis rien, faut qu'elles apprennent, mais qui m'a raté des points donc il a fallu refaire et tout ça, donc c'est vrai que c'était un peu périlleux. »*, Madame E et *« En faite ce que j'aurai apprécié c'est que ok il y a les étudiantes mais qu'il y ait quelqu'un qui passe vérifier derrière »*, Madame I.

Madame F et K ont relevé le manque d'explications apportées lors de l'accouchement : *« En fait, quand une personne rentre dans le bloc opératoire, on voudrait des explications (...) Après*

ils connaissent leur travail mais juste plus d'explications ! Parce qu'on est là, on est vraiment inquiets ! », Madame F et « *Peut-être plus d'explications. Par rapport à tout ce qui est déchirure...Déchirements ou épisio.* », Madame K.

Madame I, J et P ont dénoté ne pas avoir été toujours couverte pour certains examens : « *La première fois, non, on m'a pas du tout couverte. Je me rappelle que je suis descendue une fois pour le monito et j'ai pas du tout été couverte.* », Madame I et « *Pas nous laisser les jambes...Donc après, soit de mettre un drap ou quoi* », Madame J et « *La jeune fille qui était là, m'a enlevé l'autre blouse et ensuite est allée chercher la deuxième donc je suis restée un peu...Nue !* », Madame P.

Madame I a aussi déclaré que son accouchement avait été médicalisé : « *L'accouchement s'était médicalisé donc pour moi ça paraissait logique. Donc du coup c'est vrai que...Fin je m'y faisais en fait (...) je me mets dans un monde médical et non pas dans un monde d'intimité* ».

Madame Q aurait aimé que le personnel soignant l'appelle par son prénom, ce qui lui aurait permis d'être plus en confiance : « *J'ai été surprise au moment du travail qu'on m'appelle pas, par mon prénom !* ».

Madame R n'a pas apprécié les propos du personnel soignant en particulier lors de la mise en place de l'analgésie péridurale : « *C'était plus au niveau de l'anesthésiste...J'avais trouvé certains propos...Par contre là un peu...Un peu choquants quand même ! (...) Que en gros...On ferait, enfin on mettrait un placebo ça serait pareil quoi !* ». Cette situation l'avait angoissé pour la suite de son travail : « *Parce qu'on sait pas du coup sur quelle équipe on va tomber non plus, si ça va être pareil* ».

9. Le suivi de grossesse

a. Le suivi en libéral

Neuf de ces femmes (Mesdames E, G, I, J, L, Q, P, et O) ont réalisé leur suivi de grossesse en cabinet libéral soit avec une sage-femme ou soit avec un gynécologue.

Madame E a préféré un suivi en libéral car elle trouve cela plus intimiste : « *C'est, alors c'est complètement différent oui, c'est complètement différent. C'était très intimiste, j'étais en individuel, je l'ai vu sur plusieurs séances donc il y a eu un suivi dans le temps* » et à l'hôpital, selon elle « *c'est des gens qu'on connaît pas forcément* ».

Mesdames G, J, L, et P n'ont pas trouvé de différence entre le suivi en libéral et les consultations à l'hôpital et qu'il existait un respect du patient des deux côtés : « *Une différence oui mais pas en degrés de qualité inférieure ou supérieure. C'est-à-dire que ma gynécologue, comme on se connaît, plus, je me sens plus en confiance...Voilà et du coup je pense que ça change les choses par rapport à l'hôpital où on a à chaque fois affaire à quelqu'un de différent. Mais comme à l'hôpital les gens sont...enfin moi je suis vraiment tombée à chaque fois sur des gens vraiment très gentils et très...Attentionnés et puis très professionnel, ça fait que je n'ai jamais été gênée.* », Madame P.

Madame I et Q ont été suivies depuis plusieurs années par la même personne, ce qui leur ont permis d'être en confiance : « *j'ai été suivie par la même personne et ça fait des années qu'elle me suit (...)* En milieu hospitalier, j'avais peur justement (...) D'avoir affaire à trop de monde différent, enfin de pas toujours avoir affaire à la même personne, voilà. Bon après ça c'était mon avis, j'avais peur de ça et j'avais pas envie justement, par le respect de mon corps, de pas avoir affaire à plusieurs personnes »,

Madame I et « *J'ai un gynécologue extérieur. Donc il me connaît bien, ça fait une dizaine d'années* », Madame Q.

Madame O a trouvé qu'en libéral il y avait une attitude plus prévenante des soignants et un caractère plus intimiste du cabinet: « *Peut-être que en libéral, ils sont peut-être un peu plus prévenants (...)* C'est plus une attitude un peu sur la retenue, on va dire, alors que c'est vrai qu'à l'hôpital il y a de la retenue mais peut-être un peu moins vis-à-vis du fait que c'est un établissement, on va dire public. Enfin les endroits sont assez grands alors qu'en libéral c'est des tous petits cabinets, c'est très confiné, c'est plus intimiste. »

b. Le suivi en hôpital

Dix de ces femmes (Mesdames A, B, C, D ont été suivi à l'hôpital. La plupart sont satisfaites de leur prise en charge et ont trouvé l'attitude des soignants respectueuse (Mesdames A, B, H, M, N, et R): « *le gynéco était toujours très pudique ...très ...très respectueux. Donc aucune gêne à ce niveau-là* », Madame A ; « *Très respectueux, puis j'ai eu toujours eu la même personne donc du coup j'ai pas eu de soucis là-dessus* », Madame B et « *c'était tout à fait la même attention et j'ai trouvé que l'équipe était très bien. Les sages-femmes qui m'ont suivi été très bien. Je suis peut-être tombé sur les bonnes !* », Madame K.

Madame D a apprécié le fait qu'en consultation, il n'y avait qu'elle et le soignant « *C'est différent parce que y'a juste...Y a moi et la sage-femme, enfin moi et la gynéco ou la sage-femme. (...)* Donc on est entre nous donc ça va encore ! ».

Madame F a dénoncé le fait que le personnel soignant ne passait pas assez de temps avec les patientes pendant les consultations et qu'il y avait beaucoup de monde : « *Chaque consultation, j'étais assise dans l'une des salles d'attente avec des mamans, des futures mamans (...) et on discutait et on était toutes du même avis en fait. Ca ne dépasse pas plus de 20 min. (...) C'est à la chaîne...* ».

DISCUSSION

1. Atteintes des objectifs

Grâce aux entretiens semi-directifs réalisés, il a pu être exploré le vécu de dix-huit femmes en terme de respect du corps, de dignité et de pudeur en salle de naissance.

2. Forces et faiblesses de l'étude

a. Forces

Cette étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs a permis aux femmes de s'exprimer librement, surtout sur un sujet aussi personnel prenant racine dans l'intimité même de la femme. C'était une expérience humaine singulière, parfois déstabilisante mais de manière générale extrêmement enrichissante permettant de recueillir des données pertinentes et authentiques. Elle a permis, non seulement de recueillir des discours, mais aussi des attitudes physiques et des comportements permettant l'expression de toutes les facettes de la pudeur et du corps, autant physiquement que psychologiquement.

La diversité concernant leurs profils en particulier leurs personnalités et leurs âges ont permis d'apporter une réelle puissance à l'étude.

Dans la littérature, peu d'études ou de documents portent sur ce sujet, en particulier au moment de la naissance. Certaines ne permettent pas vraiment d'explorer en profondeur le vécu de ces femmes.

Ce sujet d'actualité montre que les femmes veulent être de plus en plus maître de leur corps et de leur santé et par conséquent de leur accouchement. Les femmes osent s'exprimer sur les atteintes à leur corps et à leur pudeur, ce qui constitue une première étape pour briser le silence concernant les maltraitances. La prise de conscience peut engendrer une réelle réflexion par les professionnels de santé autour du respect. L'exploration de ces expériences est donc nécessaire et peut permettre d'améliorer nos pratiques à ce niveau.

b. Faiblesses

- Manque d'expérience en matière d'entretiens

La réalisation des entretiens n'a pas été aisée, il a fallu s'adapter à la situation pour chaque participantes, ne pas parler trop vite, marquer des temps de silence, s'effacer pour laisser s'exprimer librement les femmes. Cela a représenté un réel apprentissage tout au long des entretiens.

- Analyse du verbatim

La richesse et le volume important de verbatim, ainsi que le manque d'expériences en matière de méthodologie a créé une réelle difficulté. Ce fut un exercice complexe et particulièrement long.

- Etude unicentrique

Cette étude s'est déroulée à une seule maternité de la région Auvergne, et s'est intéressée à un moment singulier qu'est l'accouchement. Elle aurait pu être développée davantage sur d'autres maternités et à d'autres moments tels que les consultations de grossesse ou pendant des consultations de gynécologie.

- Influence de notre propre ressenti

Nous ne pouvions pas être complètement neutres sur ce sujet puisque notre vécu, nos connaissances, nos représentations, et nos valeurs ont une influence certaine sur le discours tenu. Ainsi nous avons pu modifier et influencer les entretiens sans nous en rendre compte

- Un conjoint ou leurs enfants présent pendant l'entretien

La présence d'autres personnes pendant l'entretien a pu influencer les propos de la femme. Néanmoins, le discours de certains conjoints a pu apporter une autre dimension par rapport à ce sujet.

3. Données générales

Les dix-huit entretiens se sont réalisés dans les conditions souhaitées, au calme et le consentement a été recueilli auprès des femmes après leur avoir donné les informations nécessaires et une fiche d'information en supplément leur a été distribuée. Un échantillon important et la diversité des profils des femmes ont pu apporter une réelle puissance à l'étude. Le fait d'inclure les multipares à l'étude a permis d'apporter des données supplémentaires du fait d'avoir plusieurs vécus en matière d'accouchement.

4. Discussion des résultats

a. La pudeur exprimée par ces femmes

- Ses expressions physiques lors des entretiens

La pudeur ne s'exprime pas seulement par les mots mais elle s'exprime aussi par le corps. Ces femmes n'expriment pas de pudeur quand elles sont seules. La pudeur ne commence en elles, qu'en présence d'autres personnes, ici, en présence de l'enquêteur.

Elle peut s'exprimer sous différentes formes : certaines de ces femmes l'ont exprimé par le rire, notamment Madame A, en décrivant ses seins ombiliqués « *Le fait de me dire je suis pas normale en faite. Juste ça* » ; Madame B, en racontant le fait qu'elle ait déféqué lors de son accouchement « *Euh...Oui, je vais pas vous mentir, je me suis fait dessus... Je pensais pas et tout...Avec la péridurale, j'y ai même pas senti* » ; ou Madame D en parlant de son corps « *malheureusement on est obligé de dévoiler...plusieurs parties de son corps, c'est sur !* ».

D'autres, l'ont exprimé par le fait de ne pas trouver leurs mots lors des réponses aux questions, par la lenteur de leur parole, ou l'intonation de leur voix, comme Madame A en parlant du sondage évacuateur : « *Et bien... c'est des choses naturelles aussi, on va nous vider la vessie... Ce genre de chose c'est jamais très...* » ; Madame J à l'évocation des toilettes vulvaires: « *Euh...Non. Non parce que j'avoue quand on ne peut pas...Ou justement quand on a la péridurale et que on ne sent plus rien, c'est vrai que...Moi je dit... C'est vrai qu'ils ne font pas un boulot facile non plus...Pour le coup...* » ; ou Madame P en discutant du fait que le sage-femme soit un homme : « *Euh...C'est...Je ne sais pas...Parce que c'est jamais arrivé...Euh...C'est possible...C'est possible mais je peux pas dire parce qu'en fait...Euh...Parce que comme à chaque fois...Ouais ! Je, je pense que ça dépend de la façon...Finalement si ça reste...Euh...Vraiment...Euh...Enfin si ça...Sa, son comportement est...Professionnel, médical et que...* ».

Mesdames B et N, quant à elles, répondaient très brièvement à mes questions et rougissaient facilement à l'évocation des actes médicaux (touches vaginaux, sondages évacuateurs...etc.), de la position sur les étriers pour accoucher, ou simplement à l'évocation de leurs corps et de leurs parties intimes.

Madame N, évitait le regard de l'enquêteur à certains moments, notamment à l'évocation des toilettes vulvaires et de l'installation sur les étriers « *Ouais c'est vraiment...C'est très gênant* ».

Pour allaiter son enfant, Madame C s'est totalement tournée à l'opposé de l'enquêteur : « *Rien à voir, mais justement ne serait-ce que même donner le sein en fait devant vous, pour moi je trouve ça très gênant donc moi je le fais, parce qu'il faut qu'il mange* ».

A l'inverse, Madame E, a réalisé la totalité de l'entretien, les seins nus.

La pudeur est donc un sujet complexe qui s'illustre par une communication verbale mais aussi non-verbale. Comme l'a abordé Jean-Claude Bologne, il y a deux type de pudeur : la pudeur corporelle et aussi la pudeur qui concerne les sentiments et les émotions (20). Il apparaît donc

que la pudeur n'existerait pas sans le regard d'autrui. Elle nous permet de nous préserver, face aux regards extérieurs.

- Sa construction

La pudeur a dû être sûrement influencée par les différents milieux sociaux, culturels, professionnels et religieux de ces femmes. Dans les entretiens, ces différences n'ont pas été très marquées dans les entretiens. Seul, Madame G les a fait remarquer par son discours : « *Et je pense que la pudeur de chacun vient aussi du vécu qu'on a ! Avant moi, je sais que par exemple, j'ai fait du sport collectif pendant des années donc ça aide aussi ! J'ai passé 3 ans en internat pour ma scolarité et voilà. Et je pense que tout ça fait aussi...Puis après y'a les origines culturelles et tout ça qui rentrent en compte. (...) Je pense que selon les femmes s'est perçu tellement différemment* ».

- Selon l'âge

Il semblerait que l'âge aurait un effet protecteur sur la pudeur. Plus on est jeune, plus la pudeur serait marquée, selon Madame K, âgée de 40 ans : « *A un notre âge, je pense que j'aurais été un peu plus pudique, là...* ».

- Rôle de la multiparité

La multiparité aurait aussi un effet protecteur sur la pudeur : Madame A ; « *Maintenant non, avant mes enfants, oui (...) j'étais un peu gêné de me mettre fin voilà de (...) fin d'enlever la culotte* ». Le mémoire de Harroué avait aussi montré que la parité semblait induire une diminution de la pudeur (44). Selon Lazarus et Launier en 1978, ce phénomène pourrait être expliqué par un concept nommé « le coping ». « *L'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'événements qu'il peut percevoir comme menaçants. Ces expériences mineures ou majeures (deuils, séparation, divorce, naissance d'un enfant, changement d'emploi, promotion, etc.) induisent des perturbations émotionnelles face auxquelles le sujet ne reste pas passif : il essaie de faire face. On parle de coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles.* » (45).

- b. Perception du corps

- La douleur et l'effet de l'analgésie péridurale

La douleur des contractions utérines lors de l'accouchement semblait pendre le dessus sur toutes les perceptions concernant le respect de la pudeur, du corps et de la dignité : « *On est tellement focalisé sur ce qui va se passer que le reste...On fait abstraction* », Madame Q.

Dans le mémoire de Nicol, et Harroué on retrouve, aussi, que la pudeur est totalement mise de côté au profit de l'expression de la douleur (14,44).

Même sous l'effet de l'analgésie péridurale, les femmes semblaient ne plus rien ressentir, comme Madame A « *Je ne m'en rendais pas compte parce que c'est vrai que sous l'effet de la péridurale je ne savais plus* ».

Mais ce n'est pas parce que l'analgésie est présente, qu'il faut négliger le respect du corps et de la dignité de la femme selon Madame D ; « *Même si je ne sentais pas, j'avais besoin de savoir aussi ce qu'elle faisait ! Parce que justement je ne sentais rien donc j'avais envie de savoir où elle mettait ses mains quoi !* ».

○ Hiérarchisation des préoccupations maternelles

Dans les entretiens, le fait du respect du corps, de la pudeur et la dignité n'était pas une priorité pour la plupart de ses femmes. La priorité était la naissance de leur enfant et que cet enfant soit en bonne santé. C'est ce que le psychiatre-psychanalyste Donald Winnicott, a appelé, en 1956, la préoccupation maternelle primaire : C'est un état d'hypersensibilité qui précède la naissance, une « maladie normale » qui permet à la mère d'utiliser toutes les ressources pour s'identifier, pour s'ajuster aux tous premiers besoins de son bébé et à ses états internes. Cet état lui permet de mettre tous ses sens en éveil pour offrir à son enfant un environnement le plus propice à son développement (46). La mère ne perçoit plus l'environnement et les personnes qui l'entourent pour se consacrer seulement à son bébé et à sa santé.

○ Rituel et inquiétude autour de la défécation

La peur de déféquer pendant le travail et l'accouchement était l'une des craintes principales de ces femmes.

Le fait de déféquer est généralement caché, tu, et quand on le cite, c'est soit par dérision, soit par mépris en suscitant à la fois le rire et la gêne. Son nom est une insulte, un cri de dédain, et un mouvement d'humeur. Déféquer reste aujourd'hui un véritable tabou, un interdit social qui provoque le dégoût.

Les selles étaient déjà sales et infamantes dans l'Antiquité et au Moyen âge. Au XIV^e siècle, certains des pécheurs décrits dans *L'Enfer* de Dante sont condamnés à se noyer éternellement dans un « *fleuve de merde* ». Alors qu'au 17^{ème} siècle, à la cour de Louis XIV, on se soulageait en public sans que personne ne soit choqué outre mesure. Jusqu'au XIX^e siècle, il était fréquent de faire ses besoins dans la rue (47).

Cela peut s'expliquer aussi par les premières expériences affectives durant l'enfance. Freud les a décrites et expliquées dans ses écrits concernant le développement du corps et de la sexualité chez l'enfant. Chez l'enfant se développe tout d'abord le stade oral puis ensuite stade anal. Ce

stade se construit pendant la deuxième à la troisième année de vie : c'est le stade prégénital. Il s'agit de la période où se développe le contrôle sphinctérien anal volontaire.

L'évacuation devient une fonction active : l'enfant a le choix soit de pousser et d'expulser ou soit de retenir. La zone érogène prédominante (source de la pulsion) est la muqueuse de la zone intestinale d'excrétion (ano-recto-sigmoïdienne).

Elle est excitée par le contenu intestinal : le boudin fécal, considéré comme une partie du propre corps de l'enfant. Il peut soit le conserver à l'intérieur de lui, soit l'expulser au-dehors, en s'en séparant. Ce qui permet à l'enfant de distinguer : objet interne et objet externe. Se développe alors une angoisse anale : le fait d'être vidé (48). Bien plus, le passage au pot constitue en fait notre tout premier contact avec un concept moral. Faire caca dans le pot, c'est bien. Faire caca à côté, c'est mal. Cet épisode déterminant de notre existence s'apparente donc à un véritable rite d'initiation. Il marque le début d'un conditionnement social et culturel qui durera toute la vie. A partir de ce moment et jusqu'à notre mort, nos activités excrémentielles se verront confinées en un lieu clos tenu à l'abri des regards extérieurs: le cabinet de toilette. Tout écart à cette règle se verra immédiatement condamné par la société. Au fond, nos excréments représentent ce que la société ne peut tolérer. En l'éliminant, et en la reléguant dans un espace caché, nous nous efforçons d'organiser notre milieu (47). Cela peut expliquer que Mesdames A et O ont mis en place un rituel pour éviter d'aller à la selle avec lavement ou un laxatif.

c. La place du père en salle de naissance

o Une gêne pour les femmes

La présence de l'accompagnant avait créé une réelle gêne pour ces femmes lorsque leur corps et leurs parties intimes étaient dénudés : « *Après, avec le personnel non, par exemple moi, mon conjoint j'aimais pas qui...Fin s'il était à côté de moi ça allait mais par contre s'il était devant ou quoi c'était plus...Ca devenait plus gênant, ouais !* », Madame H. Aussi, le fait de demander la permission à la femme pour que son conjoint puisse rester ou regarder lorsque le corps est dénudé n'était pas forcément réalisé. Pour certaines, cela a été plus facile car elles avaient passé un accord avec leur conjoint, à l'avance, pour qu'ils ne regardent pas.

D'autres femmes étaient gênées par l'expression orale et physique de leur douleur lors des contractions : « *Voilà parce que y'a eu des phases où ça était plus compliqué pour lui... Quand ça été douloureux, quand il m'a entendu crier et tout.* », Madame I. On retrouve, ici, l'expression de la pudeur émotionnelle qui a aussi été remarquée dans le mémoire de Harroué (44).

- La place du père dans la maternité

Historiquement et culturellement les pères n'avaient pas leur place pendant l'accouchement. Le monde de l'accouchement était réservé aux femmes. Aujourd'hui en France, la place du conjoint aux côtés de la femme qui accouche est un acquis. Certains pères, par peur de décevoir ou de manquer à leur virilité, n'osent pas évoquer le fait qu'ils n'aient pas envie d'assister à l'accouchement. Il est essentiel de connaître le souhait des pères à ce niveau, car assister à l'accouchement de sa compagne peut créer des chocs émotionnels ou des interférences dans la sexualité du couple dans leur vie future. On peut assister par la suite à une dépression post-natale, un éloignement, une séparation, des fuites physiques ou psychiques, ou des difficultés à reprendre une sexualité. Nombreuses sont les conséquences de cette présence « obligatoire » à l'accouchement, et trop nombreux sont les couples qui en souffrent sans parfois oser même en parler.

Le conjoint de Madame K a été impressionné, lui, par la vue du placenta : « *Moi ça m'a gêné (...) Parce qu'ils tripotent ça pendant un quart d'heure, tout de suite après la naissance et ça fait...Bizarre, ouais ! Qu'ils fassent ça devant nous quoi !* ».

- d. Vécu de l'accouchement et des actes et soins

- La position pour accoucher

La position sur les étriers a été la position la plus évoquée comme gênante par ces femmes. Ces femmes ont toutes accouché en décubitus dorsal sur les étriers. Madame E avait un projet de naissance d'accoucher assise et elle n'a pas pu le réaliser : « *je voulais accoucher plus assise* ». Depuis le début de la vie, les femmes bougent en accouchant. Durant les dernières décennies, avec la médicalisation et l'instrumentation, les femmes ont été restreintes dans leur mouvement. La position sur les étriers en décubitus dorsal est la position la plus largement pratiquée. Pourtant, on sait que le mouvement pendant l'accouchement permet la diminution des interventions, du temps du travail, de la douleur et donne du pouvoir aux femmes (49). Nombreuses sont les positions pour accoucher : debout, à quatre pattes, accroupies, sur le côté, assises...ect. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise d'évoquer avant le moment de l'accouchement le projet de la femme concernant le choix de sa position pour accoucher.

- Le placenta

La vue de placenta après la délivrance a été évoquée aussi comme embarrassant pour certaines et rassurant pour d'autres femmes.

La sage-femme doit vérifier l'intégrité du placenta après l'accouchement pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rétention placentaire et que cela ne provoque pas d'hémorragie du post-partum chez la femme. La vérification se fait souvent sous le regard de la femme et du père qui peuvent

être dérangés par la vue du sang ou, au contraire, sécuriser par la vacuité utérine. Le fait de demander au couple s'ils veulent voir le placenta ou obtenir des informations concernant la délivrance pourrait éviter les inquiétudes à ce sujet. Comme Madame F qui a évoqué le manque d'explications apportées lors de l'accouchement : « *En fait, quand une personne rentre dans le bloc opératoire, on voudrait des explications (...) Après ils connaissent leur travail mais juste plus d'explications ! Parce qu'on est là, on est vraiment inquiets !* ».

○ Les déchirures périnéales et la pratique de l'épisiotomie

Les femmes qui avaient déjà fait l'expérience de déchirures périnéales ou de la pratique de l'épisiotomie étaient généralement inquiètes et anxieuses que cela se réitère une nouvelle fois : « *j'ai pas de chance, c'est que à chaque fois j'en garde malheureusement des séquelles. Y'en a chez qui ça passe comme une lettre à la poste et puis bah moi (...) J'avais une grosse angoisse concernant l'accouchement parce que justement j'ai eu des séquelles concernant le périnée et que j'avais peur que ça recommence quoi* », Madame C.

La douleur est associée à une multiplicité de sensations pénibles se manifestant sous différentes formes (crampe, étirement, piquûre, etc.) d'intensité et d'extensions variables. La douleur est souvent liée à des lésions internes ou externes, réelles ou potentielles, ou décrites comme si ces lésions existaient. L'expérience de la douleur reste une épreuve redoutable pour ceux qui la vivent. Elle rappelle que nous ne sommes pas un corps associé à un esprit mais une personne tout entière. Elle n'est pas seulement sensation, mais aussi émotion et perception (50).

○ Les actes médicaux réalisés en salle de naissance

La fatigue, la douleur des contractions ainsi que l'inquiétude et l'angoisse de la finalité de l'accouchement a pu influencer le ressenti des actes réalisés.

Les touchers vaginaux, les sondages évacuateurs et les toilettes vulvaires sont des actes globalement gênants pour les femmes : « *c'est pas non plus une partie de plaisir ! C'est vrai que suivant la personne (...) on est sensible je veux dire ! On n'est pas des bêtes !* », Madame J.

Il existe aussi une notion de nécessité et d'obligation qui a pu aider ces femmes à accepter et mieux vivre ses actes : « *Vous êtes obligé de vous en remettre à l'équipe médicale (...) Parce que justement, moi qui aime maîtriser les choses, je ne maîtrise absolument rien et là pour le coup faut absolument s'en remettre au corps médical* », Madame C.

L'intimité de ces femmes a été exposée lors de ces actes, « *celle que l'éducation et la société [leur ont apprise] à cacher et à préserver, celle liée à tous les mystères donc à tous les dangers, son "origine", que nous allons demander à [nos patientes] de dévoiler. La voilà ici encore cette inégalité dans la relation, car ces regards et ces gestes sur le corps de l'autre sont nôtres et*

nôtres exclusivement, aussi devons-nous ne jamais oublier que rien, là, n'est banal pour [les patientes, étendues demi-nues] et jambes écartées sur une table qui n'est pas un lit » (51).

e. Le rôle des soignants

o La relation soignant-soigné

La qualité de la prise en charge de l'équipe médicale a un rôle considérable car elle a des effets sur le ressenti de ces femmes concernant le respect de leurs pudeurs, leurs corps et de leurs dignités.

Les qualités professionnelles des soignants retrouvées dans le discours de ces femmes sont nombreuses et variées. On retrouve le « *côté humain* » des sages-femmes, l'accompagnement global de la femme physiquement et mentalement, et l'écoute attentive. Le fait d'aider, de rassurer et d'entourer ces femmes pendant leur travail et leur accouchement a été souligné aussi. Ces femmes sont globalement satisfaites de leurs prises en charge : « *Qu'ils continuent comme ils font, que c'est très bien (...) On a eu une très bonne équipe et tout (...) J'ai été très bien prise en charge* », Madame J et « *J'ai été très satisfaite, tout le monde a été très respectueux, très professionnel* », Madame L.

Les femmes ont pu se sentir en confiance et à l'aise avec le personnel soignant qui l'a pris en charge. Elles ont « *sentí le regard professionnel* ».

Toutes ces qualités sont retrouvées dans l'éthique du *care*. Le *care* est la « capacité à prendre soin d'autrui ». Celui-ci est présenté soit comme une disposition : l'aptitude, la façon de donner les soins ; soit comme une activité : la pratique des soins.

Le *care* se décline alors sous deux aspects :

- Le *caring about*, « se soucier de » : il s'agit de constater l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse
- Le *taking care of*, « prendre en charge » : assumer une responsabilité par rapport à ce qui a été constaté, c'est-à-dire agir efficacement en vue de répondre au besoin identifié (52).

Pour perfectionner la relation soignant-soigné, il semble important d'être formé dans l'art de l'échange et de la communication qui s'inscrit dans l'interaction qu'est toute relation entre êtres humains. Nous avons été formés à l'université pour affronter la physiologie comme la maladie et même la mort, mais pas pour affronter la patiente elle-même. Or, la santé selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : c'est la vie dans sa qualité au moins autant que dans sa quantité. Il faut donc essayer de considérer la patiente comme un tout, un être humain dans sa globalité et non limité aux organes et aux symptômes qui nous concernent, ou qu'elle nous apporte (51).

○ Respect de la patiente

La notion de respect a été présente pendant le travail et l'accouchement de ces femmes. Selon Madame A : « *Ca va il y a quand même un grand respect* ». Le respect de ces femmes est aussi passé par le consentement lors des actes médicaux. Le fait de prévenir et d'expliquer l'acte a été aussi très apprécié : « *c'est vrai que quand on nous demande la permission, qu'on nous prévient bien à chaque fois c'est toujours plus agréable* » Madame A et « *parce que ça a vraiment été fait, bien, avec respect, en disant bien "vous êtes prête" ?* », Madame H. Cela a permis un respect de leur dignité. On retrouve, ici, les principes fondamentaux de la charte de la personne hospitalisée : « *Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient* » et « *la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité* » (3).

Les femmes se sont senties plus rassurées quand le personnel soignant s'est présenté à eux (leurs noms et fonctions dans l'hôpital). Elles ont pu déjà créer une relation de confiance avec le personnel soignant qui les prenait en charge : « *Moi je trouve par leur attitude corporelle...enfin, rien que leur manière d'entrer dans la salle, de se présenter ect...C'est des petites choses des fois, en fait on se rend pas compte* », Madame E. Le fait de cacher la nudité des femmes par un drap d'examen et de frapper à la porte avant d'entrer dans la salle de naissance a permis aussi d'instaurer un climat de confiance et d'être plus à l'aise avec leur corps et donc d'être moins pudique.

Le fait que le corps féminin et la nudité soient au cœur du métier de sage-femme, a pu aussi diminuer la pudeur de ces femmes : « *Après c'est aussi rassurant de ce dire que les gestes sont...Récurrents qu'ils ont l'habitude de les faire, on se dit aussi* », Madame A.

Selon la gynécologue Michèle Lachowsky : « *on sait, depuis Hippocrate au moins, que se réchauffer les mains avant de palper un ventre ou des seins ne peut qu'améliorer la qualité de l'examen et la qualité de la relation. Et que dire de tout ce qui rend sa dignité à la malade hospitalisée, horizontale quand nous sommes verticaux, infantilisée par le lit et parfois par la nudité-spectacle qui lui est imposée. Les salutations les plus banales "dehors" deviennent capitales "dedans", frapper à la porte et se présenter nommément sont des attitudes aussi banales qu'évidentes mais propres à situer d'emblée la relation médecin-malade dans une plus juste perspective.* » (51).

○ Genre du soignant

Le fait que le personnel soignant, qui accompagne la femme sur son travail et son accouchement, soit un homme, a été relevé par plusieurs de ces femmes. Historiquement, le soin de continuité de la vie était le fait des femmes c'est le « care » c'est-à-dire prendre soin. Alors que le soin de réparation était plutôt attribué à l'homme. Dans ce cas-là, soigner devenait synonyme de traiter, de réparer : le « cure ».

Aussi, le moment de l'accouchement, historiquement, socialement et culturellement était réservé au monde féminin. Madame P a souligné cela : « *Peut-être aussi le fait d'être entre femmes fait qu'il y a moins de pudeur* ». Une équipe soignante du genre masculin qui accompagne une femme pendant son travail et son accouchement n'est pas encore bien acquis de nos jours. Il existe une appréhension que l'homme voit le corps et les parties génitales de la femme et que le vice s'installe.

Madame O a été surprise par la présence d'un soignant du genre masculin durant son accouchement : « *Donc sur le coup ça m'a fait bizarre parce que je ne m'attendais pas à avoir un homme. Mais honnêtement il a été très...Professionnel. (...) Donc voilà y'avait pas de regard...On va dire...Suspect* ».

Le ou la soignante doit s'efforcer de toujours respecter le corps, la pudeur et la dignité de la patiente.

Jocelyne Lawler dans son livre *la Face cachée des soins* définit le soin au corps comme : « *la relation inhabituelle de proximité avec le corps d'autrui au cours des situations de soin* ».

Ce sont les soins qui ont nécessité « *des compétences sociales extrêmement sophistiquées et subtiles* » que les soignants ont développé « *pour faire face à ce qu'elles savaient être potentiellement ou réellement gênant, menaçant, terrifiant et dérangent pour les patients* ». Ce sont toutes les situations où la/sage-femme ou le ou l'aide soignante, quand il/elle va soigner un corps, devra franchir les limites sociales acceptées et acceptables de l'intimité du corps, enfreindre les conventions sociales pour donner des soins à quelqu'un qui se trouve dans l'incapacité de les assumer (53).

Le genre masculin a aussi été évoqué comme gênant pendant le travail et l'accouchement dans le mémoire de Nicol (14).

○ Multiplicité des soignants

En salle de naissance, la femme est suivie par un binôme : une/un sage-femme et un/une aide-soignante ou un/une auxiliaire de puériculture. Ce binôme demeure inchangé jusqu'à la fin de la prise en charge de la femme sauf s'il y a un changement de garde. Le fait que l'accouchement se fasse avec ces seules personnes a été largement apprécié par ces femmes et leur a permis d'être moins gênée par rapport à leur corps. Madame H n'a pas pu bénéficier de la même équipe

pendant son travail et son accouchement et a regretté cela : « *Il y avait plusieurs équipes aussi (...) plusieurs personnes qui regardent (...) plusieurs fois* ».

Être suivi par une même équipe aurait pu permettre aux femmes d'installer déjà une relation de confiance : « *on aimerait bien avoir un suivi avec la même équipe (...) le temps de faire confiance.* », Madame E.

La multiplicité des soignants a aussi été remarquée dans le mémoire de Nicol. C avec une patiente qui avait formulé une gêne face au fait de se faire examiner par une personne à chaque fois différente (14).

f. Le suivi de grossesse

Le suivi en libéral a permis à ces femmes d'instaurer une relation de confiance avec le praticien qui les suivait. Cette relation a pu se mettre en place grâce à un suivi de longue durée avec ce même praticien, dans un cabinet de petite surface qui a permis de créer une certaine intimité selon les femmes.

Tant sur le suivi en libéral qu'en hôpital, ces femmes n'ont pas trouvé de différence en matière de respect. Les deux types de suivi ont montré autant de professionnalisme chez l'un que chez l'autre.

Madame F a noté qu'à l'hôpital, il y avait un manque de moyens et de temps au niveau du suivi de grossesse. Ces manques pourraient alterner la relation soignant-soigné : « *Chaque consultation, j'étais assise dans l'une des salles d'attente avec des mamans, des futures mamans (...) et on discutait et on était toutes du même avis en fait. Ca ne dépasse pas plus de 20 min. (...) C'est à la chaîne...* ».

5. Perspectives d'avenir

Le moment de la naissance est au cœur de notre sujet mais il serait intéressant aussi de connaître le vécu des femmes pendant les consultations de grossesse et gynécologiques. Nous avons pu voir que c'est pendant ces périodes que la violence obstétricale se fait plus présente (18). Nous pourrions, ainsi, générer une prise de conscience de nos actes et de nos paroles, sur l'ensemble de la prise en charge de la femme enceinte de la période prénatale jusqu'à la période postnatale. Pendant les entretiens quand les pères étaient présents, certains participaient activement à la conversation. Je pense qu'il serait intéressant d'interroger les pères sur leur vécu pour mieux prendre en charge le couple en salle de naissance dans sa globalité.

Aborder le corps et la pudeur d'une patiente se relève une tâche complexe puisqu'il faut prendre en compte l'histoire, la sensibilité, la culture pour chacune des patientes en peu de temps. C'est pourquoi il semble aussi important de connaître les pratiques, les habitudes et les difficultés

rencontrées par les sages-femmes pour partager le savoir-faire de chacun et d'aider à mieux prendre en charge les patientes.

Il semble aussi important de favoriser davantage l'enseignement de ces principes durant notre formation initiale, car l'étude a pu montrer que le respect du corps de la dignité et de la pudeur apporté aux patientes a pu créer ou alors améliorer la relation de confiance entre soignant-soigné. Cette confiance est essentielle dans notre métier pour aider et accompagner les patientes.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer le vécu de dix-huit femmes concernant le respect du corps, de la pudeur et de la dignité. Ce respect a pu être mis en avant soit par une attitude, un geste, une parole ou par la seule présence du consentement. Les femmes sont généralement satisfaites de leur prise en charge. Une prise en charge qui a été marquée par le professionnalisme et l'humanité de l'équipe soignante.

Les différentes situations considérées comme gênantes pour ces femmes, vont permettre aux professionnels de santé, d'anticiper les inquiétudes et les angoisses qu'elles peuvent générer. La présence de l'accompagnant et de ses souhaits sont à prendre en compte, aussi, pour diminuer la sensation de gêne perçue par ces femmes.

Par ailleurs, le respect du corps, de la pudeur et de la dignité n'était que secondaire dans les priorités maternelles. Les femmes étaient plutôt centrées sur la douleur des contractions utérines et la naissance de leur enfant. Le genre masculin, la multiplicité des soignants, et le manque de temps et de moyens ont eu une forte influence sur leur ressenti.

Ces résultats ont pu montrer les nombreuses perceptions du corps et de la pudeur perçue par ces femmes. Ces perceptions sont modelées selon l'histoire de chacune de ces femmes et rendent la prise charge personnalisée, un travail complexe et long pour le soignant. Le suivi de ces femmes sur le long terme avec une même personne pourrait favoriser la relation de confiance et de respect mutuel. Mais le manque de temps semble être le pire ennemi du soignant. Il semble essentiel de revenir simplement au premier principe que nous apprenons pour nous permettre de vivre en société, c'est-à-dire le respect d'autrui : « respecter l'autre parce que nous reconnaissons qu'il est un autre nous-même ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Habib C. La pudeur, la réserve et le trouble. Autrement. Paris; 1992. 207 p.
2. Code de la santé publique - Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
3. Ministère de la santé. Charte de la personne hospitalisée [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
4. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
5. CIANE. Maltraitements obstétricaux : les actions du Ciane [Internet]. 2016 [cité 26 juin 2016]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>
6. Guchet Y. Technique et liberté. Chevallier J-J, éditeur. Paris: Nouvelles éditions latines; 1967. 338 p.
7. Arnaud-Lesot S. Pratique médicale et pudeur féminine au XIXème siècle. Histoire des sciences médicales. 2004;38(2):207-18.
8. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
9. Vidal A. La pudeur aux urgences obstétricales - Evaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal [Internet] [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014 [cité 5 sept 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01060974/document>
10. Talvat E. La pudeur en milieu hospitalier [Internet] [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier]. [Tours]: Université de Tours; 2005 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: http://www.infirmiers.com/pdf/la_pudeur_en_milieu_hospitalier.pdf
11. Millet A, Magnin G, Desurmont S. La pudeur en salle de naissance: ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical. Revue médecine périnatale. déc 2009;1(4):193-9.
12. Appere M. Médicalisation de la naissance : quelle intimité pour les femmes ? [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Nantes]: Université de Nantes; 2014.
13. Salvaggio C. Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel médical [Internet] [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier de Grenoble; 2015 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176516/document>
14. Nicol C. Naissance et intimité : Regard des femmes en salle d'accouchement [Internet] [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Lyon Sud]: Université Claude

Bernard Lyon; 2013 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/>

15. Morvan P. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales [Internet] [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Caen]: Ecole de sages-femmes de Caen; 2015 [cité 30 sept 2015]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194852/document>

16. Tabouy T. La place de la pudeur pendant la maternité [Internet] [Mémoire de fin d'étude de maïeutique]. [Nantes]: Université de Nantes; 2013 [cité 3 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/>

17. Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton J. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. *N Z Med.* 22 janv 1986;99(794):8-10.

18. Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie : maltraitances gynéco-obstétriques : l'enquête. First editions; 2017. 288 p.

19. Nadel D. Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? Parcours d'une sage-femme engagée. Yves Michel. Gap (France); 2015. 267 p.

20. Bologne J-C. Histoire de la pudeur. Paris: Olivier Orban; 1986. 375 p.

21. Arnaud-Lesot S. Pudeur et pratique obstétricale au XIXème siècle. *Hist Sci Médicales.* 2009;43(1):39-48.

22. Dictionnaire « Larousse ». Définitions : respect [Internet]. [cité 10 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>

23. Code civil - Article 16 [Internet]. Code civil. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

24. Amouroux. Réflexions Ethiques [Internet]. Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmier(e)s de Paris 75. 2008 [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page_id=65

25. Code de la santé publique - Article R4127-36 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

26. Code de la santé publique - Article L1111-2 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

27. Code de la santé publique - Article R4127-35 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>

28. Corbin A, Courtine J-J, Vigarello G. Histoire du corps. Vol. 1-2. Paris: Seuil; 2005. 1537 p.

29. Dictionnaire « Larousse » É. Définitions : corps [Internet]. [cité 28 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>

30. Queval I. Le corps : entre performance et identité ? [Internet]. 2016 [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: <http://culture.univ-lille1.fr/fileadmin/lna/lna64/lna64p07.pdf>
31. Jeannerod M. De l'image du corps à l'image de soi. *Rev Neuropsychol.* 15 nov 2012;2(3):185-94.
32. Marzano-Parisoli MM. *La philosophie du corps.* Vol. 1. Paris: Presses universitaires de France; 2007. 127 p.
33. Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery.* mars 1998;14(1):23-9.
34. Masson E. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse [Internet]. EM-Consulte. [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/7852/modifications-de-l-organisme-maternel-au-cours-de->
35. Teissiere E, Suarez B. Naître, de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance. *Sauramps médical.* Montpellier; 2008. 118 p.
36. Dictionnaire « Larousse ». Définitions : dignité [Internet]. [cité 10 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/>
37. Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* 1982. janv 2007;64(2):292-302.
38. De Koninck T, Larochelle G. La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine [Internet]. Presses universitaires de France; 2005 [cité 28 mai 2015]. 175 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reliance-2006-2-page-85.htm>
39. Legifrance. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
40. Mambourg F, Gailly J, Zhang W-H. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. KCE- Centre fédéral d'expertise des soins en santé. 2010 [cité 28 mai 2016]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/>
41. Winckler M. *Le Choeur des femmes.* Gallimard. Vol. 1. Paris; 2009. 602 p.
42. Knibiehler Y. *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle.* ENSP. Rennes; 2007. 189 p.
43. CIANE. Maltraitements obstétricaux : les actions du Ciane [Internet]. 2016 [cité 26 juin 2016]. Disponible sur: <http://ciane.net/2016/05/maltraitements-obstetricales-actions/>
44. Harroué E. *La pudeur en salle de naissance : concepts et analyse à partir du ressenti des patientes [Mémoire de fin d'étude de maïeutique].* [Marseille]: Université de Marseille; 2015.

45. Mariage A. Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *Trav Hum.* 2001;64(1):96.
46. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.
47. Monestier M. Histoire et bizarreries sociales des excréments. *Le cherche Midi*; 2012. 287 p.
48. Adeline Vanek-Dreyfus, Mareau C. L'indispensable de la psychologie. Vol. 1. Levallois-Perret: Studyrama; 2004. 223 p.
49. Núria Vives Parés, Calais-Germain B. Bouger en accouchant comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. *Adverbium*. Vol. 1. Meolans-Revel: Désiris; 2009. 174 p.
50. Bass H-P. La douleur : expérience et subjectivités. *J Psychol.* 1 déc 2010;(246):22-22.
51. Lachowsky M. La relation médecin-malade en gynécologie. Etude et approche. *Journal SOGC.* août 1998;20(9):878-83.
52. Zielinski A. L'éthique du care. *Etudes.* 2010;413(12):128.
53. Chekroun S. Soigner au masculin, les hommes dans la profession infirmière. [Internet] [Diplôme d'Etat Infirmier]. [Paris]: IFSI Emile Roux; 2007 [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: www.accoce.com/Soigner%20au%20masculin%2013.doc

ANNEXES

ANNEXE I :

Grille d'entretien

ANNEXE II :

Lettre d'information

ANNEXE III :

Formulaire de consentement

ANNEXE I : Grille d'entretien

Pourquoi s'intéresser au respect du corps, de la dignité et de la pudeur ? Car, pendant mon cursus, lors de mes stages, ou simplement par mes expériences personnelles, j'ai été confronté à des situations où ces thèmes n'avaient plus de signification, ou alors n'existaient plus. Alors je me suis intéressée plus particulièrement à ces thèmes pendant le travail en salle de naissance où le corps de la femme est au centre de l'attention. Ainsi je vais essayer de comprendre et de connaître le ressenti des femmes pour mesurer l'impact de nos actes, nos gestes et de nos paroles au quotidien et ainsi améliorer notre pratique.

Donc comment va se dérouler notre rencontre ? C'est un partage entre vous et moi sur votre vécu, votre ressenti... Je vous rappelle que je suis tenue au secret professionnel et que cet entretien est totalement anonyme bien sûr. Ce partage va être guidé par des questions que je vais vous poser au fur et à mesure. Dans un premier temps, on va prendre le temps de faire connaissance, je vous poserai quelques questions toutes simples, puis ensuite on rentrera dans le vif du sujet et vous pourrez ainsi me faire partager votre expérience.

Pour commencer :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre profession ?
- Quelle est votre nationalité ? Avez-vous d'autres origines ?
- Est-ce votre premier bébé ?

Nous allons maintenant rentrer au cœur du sujet : le respect du corps, de la dignité et de la pudeur de la femme en salle de naissance :

- Est-ce que cela évoque quelque chose pour vous ?
- Y-a-t-il un acte ou un moment qui vous a particulièrement gêné en salle de naissance ? Et si oui pourquoi ? Par exemple :
 - o Au moment de vous déshabiller pour enfiler la blouse d'hôpital ?
 - o Au moment de l'installation sur le lit ?
 - o Pendant la péridurale ?
 - o Pendant certains actes et soins ? (Toucher vaginal, sondage, petite toilette, rupture artificielle de la poche des eaux...)
 - o Positions à adopter ?
 - o Emotions, attitudes, paroles (dû à la douleur ou au stress) difficile à montrer au personnel soignant ?

- L'accouchement était-il un moment gênant pour vous vis-vis de votre corps ? A quel moment ? Par exemple :
 - o Non préparée à l'accouchement ?
 - o L'installation sur les étriers ?
 - o Regard des soignants sur votre périnée ?
 - o Ressenti du toucher sur votre corps ?
 - o Pousser « comme pour faire caca » ?
 - o Bruits ou odeurs gênants ?
 - o Effet miroir quand vous regardez au plafond ?
 - o Lumière ?
 - o Regard de votre mari au niveau de votre périnée ?
 - o Déchirure ? Episiotomie ?
 - o Peur d'aller à la selle pendant l'accouchement
 - o Pendant la délivrance ? Vue du placenta ?
 - o Appuis sur le ventre ?
 - o Pendant la suture ?
- Y-a-t-il une ou des partie(s) de votre corps difficile à dévoiler au corps médical ? A quel(s) moment(s) ?
- Comment avez-vous trouvé l'attitude du personnel soignant vis à vis du respect de votre corps ou de votre pudeur ?
- Votre consentement a-t-il été demandé ? A quel(s) moment(s) ? Par exemple :
 - o Présentation du personnel soignant ?
 - o Gêné, si la sage-femme est un homme ?
 - o Frapper à la porte pour rentrer dans le box ?
 - o Permission pour que votre conjoint ou accompagnant reste pendant les soins ?
 - o Peur du jugement ?
 - o Peur de déranger ?

- Y-a-t-il eu des regards, des paroles, ou des gestes gênants selon vous ? Par exemple :
 - o Gêné(e) par la présence d'autres personnes soignantes pendant les soins ?
 - o Aide à la première mise au sein avec le personnel soignant ? Gêné(e) au toucher de votre poitrine ?
- Considérez-vous que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire vos demandes ou vos souhaits compte tenu du déroulement de l'accouchement ?
- Étiez-vous accompagné(e) pendant votre accouchement ?
 - o La présence de votre accompagnant(e) vous a-t-elle gênée ?
 - o Pourquoi ?
 - o A quel(s) moment(s) ?
- Pendant votre grossesse, votre suivi s'est-il effectué en libéral ou en hôpital ? Avez-vous perçu une différence entre les deux, par rapport au respect de votre corps, de votre dignité ou de votre pudeur ?
- Je pense avoir toutes les données nécessaires. Y-a-t-il quelque chose d'autre que vous voudriez partager avec moi sur ce sujet ?
- Avez-vous des suggestions ? Des questions par rapport à l'entretien ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps pour ce partage, pour toutes les questions auxquelles je souhaite trouver une réponse. Ce fut un témoignage riche et qui, je l'espère, permettra de faire avancer les choses, de changer la vision du personnel soignant et de permettre une prise de conscience par rapport à ce sujet.

ANNEXE II : Lettre d'information

Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance

Madame,

Une étude sur « Le respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance » est engagée au sein du service de suites de couches de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand et vous êtes invitée à y participer. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

En cours ou lors de nos stages, nous sommes confrontés à des situations où le respect du corps, de la dignité ou de la pudeur se perdait ou n'existait plus. Ces notions concernent notamment les femmes qui accouchent car leur corps est alors au centre de l'attention des professionnels de la salle de naissance. Ainsi nous allons essayer de comprendre et de connaître le ressenti de ces femmes pour mesurer l'impact de nos actes, nos gestes et de nos paroles au quotidien et améliorer si besoin nos pratiques.

2. L'étude en pratique

Cette étude est réalisée sous forme d'entretien, guidée par des questions préétablies. Cet entretien sera enregistré par dictaphone et retranscrit par la suite. Il se fera entre l'enquêteur et vous, dans votre chambre en service de suites de couches, selon votre disponibilité.

3. Confidentialité et sécurité des données

Votre identité sera substituée par une lettre. Toutes les données nominatives de l'entretien, seront, également, anonymisées. Ainsi, aucune information nominative ne sera prononcée. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires. Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

ANNEXE III : Formulaire de consentement

Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance

L'étudiante sage-femme m'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Respect du corps, dignité et pudeur : le vécu des femmes en salle de naissance ».

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire.

J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge. Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté.

J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude

Je refuse de participer à l'étude

Fait à :

Le :

Signatures

RESUME :

Introduction : Le travail et l'accouchement sont des moments intimistes qui impliquent que le corps, la pudeur et la dignité de la femme, soient au centre de l'attention. Le respect de ces principes est au cœur du métier de sage-femme et un devoir légal. L'amélioration de notre prise en charge, à ce niveau, est essentielle.

Méthode : L'objectif de l'étude était d'explorer le vécu des femmes en terme de respect du corps, de dignité et de pudeur en salle de naissance. Une étude qualitative de type exploratoire a été réalisée dans une maternité de type III à Clermont-Ferrand. 18 vécus ont été rapportés grâce à des entretiens semi-directifs.

Résultats/Discussion : Ce sujet complexe, évoluant au cours du temps, a été influencé par l'histoire personnelle de chacune de ces femmes. Leur priorité était centrée sur la douleur des contractions utérines et la naissance de leurs enfants. Les touchers vaginaux, les sondages évacuateurs et les toilettes vulvaires ont été les actes les plus gênants. La délivrance, la position gynécologique sur les étriers, les déchirures périnéales et la peur de la défécation ont engendré une augmentation de la pudeur. Le genre masculin, la multiplicité des soignants et le manque de temps et de moyens ont aussi eu une forte influence sur leur ressenti. Le respect a pu être mis en avant par le professionnalisme et l'humanité de l'équipe soignante.

Conclusion : Une relation de confiance avec le soignant, a permis aux femmes de diminuer leur pudeur et d'accepter les soins vis-à-vis de leur corps dénudé. Le respect passe notamment par l'écoute du soignant, sa bienveillance, ainsi que sa façon dont il répond aux besoins et attentes de la patiente.

Mots-clés : Respect – Pudeur – Dignité – Corps – Salle de naissance – Vécu – Ressenti

ABSTRACT :

Background : Labour and childbirth are intimist moments which involve that the body, the modesty and the dignity of the woman, are in the center of the attention. The respect for these principles is at the heart of midwife's job and legal duty. The improvement of our coverage at this level is essential.

Study design : The objective of this study was to explore the experience of the women in term of respect for the body, for the dignity and for the modesty in the delivery room. A qualitative study of exploratory type was realized in a type III maternity in Clermont-Ferrand. 18 experiences were brought back, thanks to semi-directive interviews.

Results/Discussion : This complex subject, evolving in time, was influenced by the personal history of each of these women. Their priority was centered on the pain of the uterine contractions and the birth of their children. Vaginal examination, urinary catheterization and vulvar grooming were the most embarrassing acts. Delivery, gynecological position on stirrups, perineal tears and fear of the defecation engendered an increase of the modesty. Male gender, multiplicity of caregivers and the lack of time and means also had a strong influence on their feeling. The respect was able to be put forward by the professionalism and the humanity of the medical team.

Conclusion : A relationship of trust with caregiver allowed the women to decrease their modesty and to accept the care towards their naked body. The respect passes in particular by the pay attention of the midwife, its benevolence, as well as its way it meets the needs and expectations of the patient.

Keywords : Respect - Modesty - Dignity - Body - Delivery room - Experience - Feeling