

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2019

**Le respect de la pudeur en salles d'accouchements :
perceptions des primipares en suites de naissance**

Enquête qualitative menée au CHRU de Brest du 29/09/2018 au 14/10/2018.

Présenté et soutenu par Morgane LANVIN, née le 27 mai 1995.

Mémoire guidé par Mme Béatrice LEBDIRI, sage-femme enseignante à l'École de sages-femmes de Brest.

Engagement de non plagiat

Je soussignée, LANVIN Morgane, assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur Internet, constitue une violation des droits d'auteur, ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

LANVIN Morgane

Remerciements

Je remercie tout particulièrement :

Mme Béatrice LEBDIRI, sage-femme enseignante à l'École de sages-femmes de Brest mais également guidante de ce mémoire de fin d'études, pour ses nombreuses relectures, ses conseils toujours bienveillants et pour l'intérêt porté à ce sujet.

Mme Anne COURTINE, sage-femme hospitalière et enseignante à l'École de sages-femmes de Brest, pour son expertise, ses précieux conseils et le temps accordé.

Mme Anne MOAL, Directrice de l'École de sages-femmes de Brest ainsi que toute l'équipe pédagogique : Mme Béatrice LEBDIRI, Mme Gaëlle DELPECH-DUNOYER, Mme Françoise JUBIL, Mme Martine LOCHIN- LE GALLAIS, Mr François ANOUILH, Mme Justine LE LEZ, pour votre accompagnement de qualité pendant ces cinq années. Merci pour tout ce que vous nous avez transmis et pour avoir contribué à ce que nous sommes aujourd'hui.

Merci aux patientes qui ont si gentiment accepté de participer aux entretiens, sans vous ce mémoire n'aurait pu voir le jour.

Mais surtout merci à ma formidable promotion de futur(e)s sages-femmes, pour votre présence et votre gentillesse. Grâce à vous j'ai passé de merveilleuses années à Brest et rencontrées des amies en or.

Merci à mes parents, Théo et Jeanne pour votre soutien indéfectible tout au long de ces années.

Je tiens aussi à remercier mes formidables ami(e)s pour avoir cru en moi et m'avoir encouragée à suivre cette voie qui m'a toujours passionnée. Votre soutien à été précieux, tout comme les moments passés à vos côtés.

Table des matières

I . Introduction.....	6
II . Méthodologie de l'étude.....	10
1) Objet de l'étude.....	10
1. Problématique.....	10
2. Hypothèses.....	10
3. Objectifs	10
2) Méthodologie.....	11
1. Étude.....	11
2. Population.....	11
2.1 Critères d'inclusion.....	11
2.2 Critères d'exclusion.....	12
2.3 Recrutement.....	12
3. Outils.....	12
4. Thématiques abordées.....	12
III . Résultats et analyse.....	14
1) Population interrogée	14
2) La pudeur en salle de naissances	15
1. L'accouchement et son vécu.....	15
1.1 Vécu, ressenti émotionnel et physique.....	15
1.2 Personnel hospitalier	16
1.3 Pudeur et place du conjoint.....	17
2. Les gestes techniques réalisés.....	18
3. La pudeur en salles de naissance.....	18
3.1 La pudeur corporelle.....	19
3.2 La pudeur émotionnelle.....	19
3.3 Les déterminants de la pudeur.....	19
4. Souhaits rétrospectifs et futurs.....	20

IV . Discussion.....	21
1) Principaux résultats.....	21
2) Limites et biais de l'étude.....	21
3) Les points forts de l'étude.....	23
4) Discussion des résultats.....	23
4.1 L'accouchement et son vécu.....	23
4.2 Les gestes techniques réalisés et les explications associées.....	24
4.3 La pudeur en salle de naissance.....	25
4.4 Les souhaits rétrospectifs et futurs.....	26
5) Perceptives de perfectionnement.....	26
6) Propositions.....	27
V. Conclusion.....	28
Bibliographie.....	30
Annexes.....	33

I. Introduction

Le milieu hospitalier et plus particulièrement la salle de naissance sont des environnements où les patientes rencontrent divers professionnels de santé, parfois pour la première fois. Elles livrent alors à ces inconnus leurs questions les plus intimes, leurs craintes. C'est également un des rares endroits où elles vont se dévoiler physiquement et se dénuder hors de leur sphère privée. Cette mise à nu est possible par une relation de confiance et de respect mutuel qui s'installe au fil des rencontres et des discussions, (1). Elle est parfois contrainte même face à des inconnus lors de situations d'urgence. Cette confiance est la "croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle ... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part la tromperie, trahison ou incompetence" (2). Elle permet par ailleurs la mise en place du sentiment de sécurité, notamment psychique de la patiente.

Le soignant se distingue des patients par le port de l'uniforme. Il est le témoin d'une asymétrie existant entre ces deux rôles : celui de patient et celui de professionnel de santé (3). Pour les usagers du système de santé, la blouse blanche des soignants est porteuse de représentations, elle est associée au savoir, à une certaine autorité, mais confère aux professionnels qui la porte des responsabilités et des devoirs. Pour les patients, il n'est pas naturel de dévoiler ses maux, ses émotions, son corps à des étrangers. On parle de dénudement à la fois physique et psychique des patients. Lorsque leur intimité n'est pas respectée, les patientes peuvent se sentir gênées et vulnérables (1). L'intimité est définie comme la " vie privée propre à tel individu ou tel couple ; ce qui est strictement personnel et généralement préservé des curiosités indiscrettes"(4). Afin de garantir leur sécurité et le respect de leur intimité au sein des établissements de santé, les patients bénéficient de droits et de devoirs. Au fil des dernières décennies, les droits des patients ont évolué et de nombreuses lois y font désormais référence. La loi Kouchner du 4 mars 2002 (5) relative aux droits des usagers de santé, précise leur droit à l'information, le respect de leur dignité et de leur vie privée. On retrouve également ces notions dans la Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie (CDLPA) (6) , dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (7) et dans le Code de la Santé Publique (CSP). "Exceptées les qualifications pénales de droit commun, le droit ignore la nudité du corps et la négation de la pudeur des soignés" (8). Il est cependant primordial d'y attacher une importance particulière, notamment en salle de naissance où la nudité est omniprésente. En outre, la pudeur est définie par le Comité National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme une

"disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle, ou de montrer, d'observer, de faire état de choses considérées comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel" (9). On distingue donc la pudeur corporelle (difficulté à dévoiler certaines parties de son corps) de la pudeur émotionnelle (crainte d'exprimer ses émotions, ses sentiments, sa douleur) (10). De plus, la dignité elle, correspond à la "prérogative ou prestige inaliénables dont jouit une personne en raison de son comportement, ou qui sont attachés à une chose, et qui leur valent considération et respect ou y donnent droit " (11).

Du côté des soignants, ces dispositions ont été inscrites dans leurs Codes de Déontologie respectifs (12). La sage-femme doit notamment exercer "sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine" (article R4127-302 du CSP). La notion de bientraitance est mentionnée dans les politiques publiques et des dispositifs d'évaluation et d'amélioration du secteur médico-social. Une démarche de bientraitance consiste à rendre les organisations plus respectueuses des besoins et des attentes des personnes, à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance (13).

Cependant, malgré les progrès accomplis en terme de législation, la pudeur et parfois même la dignité des parturientes sont bafouées. D'où l'idée de création d'un observatoire national de maltraitance envers les patients émise par le Comité Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) dans son dossier de presse le 17 octobre 2017. La pudeur des patientes est également exprimée par leur nudité, si fréquente en salle de naissance et aux yeux du personnel soignant. On pense par exemple aux situations d'urgences obstétricales, où la salle d'accouchement se remplit brusquement de personnel, où les prises de décisions médicales se font parfois au détriment du respect de la pudeur de la parturiente (examen vaginal, pose de sonde urinaire à demeure, rasage du pubis). La femme enceinte est plus vulnérable psychologiquement (14), certains gestes peuvent être mal vécus ou mal interprétés, par manque de communication mais aussi parce que le rapport au corps change pendant la grossesse. Ce corps est désormais porteur de vie, en se couvrant la femme protège aussi son enfant du monde extérieur. Ces constatations sont tout aussi notables dans un contexte de travail physiologique, on pense notamment à la position dite "gynécologique", initialement instaurée pour le confort des professionnels de santé, à l'agencement des salles d'accouchement, au port de la chemise d'hôpital par la patiente (15), au nombre de personnes présentes dans la salle de naissance (accompagnant, sage-femme, aide-soignante, auxiliaire de puériculture, gynécologue-obstétricien, anesthésiste et étudiants). Historiquement, la position dite "gynécologique" a été généralisée au XVII^{ème} siècle. Elle

correspond à "un aménagement du décubitus dorsal avec les cuisses écartées et fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses. Les jambes sont le plus souvent placées sur les étriers pour permettre l'hyperflexion" (16). C'est Mauriceau (1637- 1709), un célèbre accoucheur français qui a recommandé pour la première fois la position couchée ou semi-couchée pour accoucher. Auparavant, il était rare que les femmes accouchent dans cette position. Elles accouchaient plutôt dans des positions dites verticales (assises, debout, accroupies, à quatre-pattes) en extérieur ou à domicile. Les avancées dans le monde de l'obstétrique ont favorisé cette transition. C'est au XVIII^{ème} siècle que les sages-femmes, ayant jusqu'à présent le monopole dans l'art des accouchements, se voient remplacées par des accoucheurs. Ce changement s'est accompagné de la mise en place d'une nouvelle position d'accouchement. En effet, Louis XIV pendant son règne, encourage les accouchements en décubitus dorsal et insiste pour qu'ils soient réalisés par des accoucheurs hommes. Ces derniers réalisaient les examens vaginaux sous les jupes de ces dames ou sous un drap afin de respecter la pudeur de leurs patientes. Outre le problème de la pudeur, c'est la mortalité en couches qui a interrogé les professionnels de santé. C'est ainsi que dans un but de réduction de la mortalité mère-enfant, les sages-femmes ont été davantage formées à l'obstétrique par madame Du Coudray, à la suite d'une ordonnance royale (1). Afin de garantir la sécurité des naissances, les femmes accouchaient désormais majoritairement au sein des hôpitaux et non à domicile. C'est dans ce cadre que la position gynécologique s'est généralisée, permettant donc un accès facilité au périnée des parturientes. Cette position ne devrait pas leur être imposée. En effet, selon les recommandations l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) émises en février 2018, les femmes ont le droit de choisir librement leur position d'accouchement (17). Certaines de ces positions exposent davantage les parties anatomiques intimes, on comprend donc que la pudeur puisse faire choisir une position plutôt qu'une autre.

La grossesse est une période de transformations tant physiques que psychiques. Au fil des mois le corps des femmes change, passant d'un corps sujet et donc sexualisé à un corps objet porteur de vie. Le vécu des transformations corporelles est variable d'une femme à l'autre. Lorsque les femmes y donnent un sens (la croissance de leur enfant, protection extérieure), ces dernières sont d'autant mieux acceptées. Dans son ouvrage, J-C. Bologne déclare que "La pudeur est ce qui cache, ce qui voile, ce qui retient d'agir" (18). Au moment de l'accouchement, les femmes enfouissent leur pudeur sous d'autres priorités et notamment le bien-être de leur enfant et la gestion de la douleur (19). Cependant elle est bien présente au moment de la naissance, où la peur d'uriner ou d'émettre de selles peut effrayer complètement certaines femmes et leur faire perdre confiance.

Ce moment si particulier qu'est la naissance d'un enfant est un moment riche en émotions. Lorsqu'il s'agit d'une première expérience, il est d'autant plus teinté d'interrogations, d'angoisse. Cette peur de l'inconnu est accentuée par le fait que ce moment est l'un des plus impudiques que va connaître la femme durant sa vie. En effet, accoucher c'est aussi s'exposer au regard et au toucher des soignants dans un moment des plus intimes. D'où cette "obligation comportementale d'être un bon patient" mentionnée par une mère dans le mémoire de fin d'études d'une sage-femme E.Morlier en 2017 (20).

Récemment, de nombreux médias ont abordé le sujet des violences dites obstétricales. Les témoignages de femmes et de professionnels de la santé ont permis de mettre en lumière certaines situations inacceptables. Le 17 octobre 2017, un article du CIANE intégrait "l'absence d'accompagnement ou de bienveillance" et "l'absence de respect de l'intimité et de la pudeur" aux violences obstétricales (21). Parmi les conséquences de ces pratiques on retrouve le syndrome de stress post-traumatique, la peur ou le refus d'une grossesse ultérieure, la perte d'estime et de confiance en soi (22).

Il est donc légitime de s'interroger sur la pudeur et son respect en salle de naissance, en analysant les perceptions des femmes au travers des concepts précédemment cités. La pudeur évolue-t-elle au moment de la naissance d'un premier enfant ? Quels sont les déterminants intervenant dans ce processus ? Quelles peuvent être les perspectives de changement afin de respecter au mieux la pudeur de chaque patiente ? Pour répondre à ces questions une enquête prospective qualitative a été menée dans une maternité de niveau III : le CHRU de Brest, grâce à des entretiens enregistrés semi-dirigés auprès des patientes dans le service de suites de naissance.

II. Méthodologie de l'étude

1) Objet de l'étude

1. Problématique

Nous avons cherché à savoir quelles sont les perceptions des femmes en suites de naissance concernant le respect de leur pudeur en salle de naissance.

2. Hypothèses

Afin de répondre à notre problématique, nous posons quatre hypothèses.

- Au moment de l'accouchement, les femmes enfouissent leur pudeur sous d'autres priorités et notamment le bien-être de leur enfant.
- Les femmes sont gênées par la présence de plusieurs personnes dans la salle d'accouchement au moment de la naissance de leur premier enfant.
- Le non respect de la pudeur des femmes en salle de naissance a des répercussions négative sur le vécu de l'accouchement.
- Les femmes n'osent pas exprimer leurs souhaits quant au respect de leur corps et de leur intimité en salle de naissance.

3. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de cerner le concept de pudeur auprès des primipares interrogées.

Les objectifs secondaires sont de mettre en lumière un lien entre la pudeur et le vécu de l'accouchement. Puis dans un deuxième temps, de faire un état des lieux des attentes des primipares au sujet de la pudeur en salle de naissance en vue d'améliorer la prise en charge de la pudeur.

2) Méthodologie

1. Étude

Une étude prospective, unicentrique, qualitative a été menée par des entretiens semi-directifs du 29/09/2018 au 14/10/2018 2018 au CHRU de Brest, maternité de niveau III. Les femmes ont été interrogées sur la base du volontariat pendant leur séjour en maternité.

2. Population

2.1 Critères d'inclusion

Les primipares parlant et comprenant le français, ayant accouché par voie basse au CHRU de Brest et étant au moins à J1 du post-partum au moment de l'entretien ont été incluses dans l'étude.

Interroger les primipares nous a semblé intéressant, en effet dans son mémoire de fin d'études de sage-femme, Élodie Harroué nous dit que "la parité semble également induire une diminution de la pudeur. Toutes les femmes ayant déjà eu un enfant ont expliqué " avoir été moins pudiques " lors du deuxième accouchement" (9). Recueillir l'expérience de ces femmes, devenant mères pour la première fois, a constitué un axe de travail pertinent.

Nous avons intégré tous les types d'accouchement par voie basse (eutociques, dystociques, sièges, grossesse gémellaire et extractions instrumentales) mais choisi d'exclure les césariennes. En effet, le cadre est différent, pour une césarienne l'accouchement a lieu au bloc opératoire, le personnel est différent et il s'agit d'une intervention chirurgicale avec un protocole spécifique et des règles d'asepsie différentes des salles de naissances. Il nous a cependant semblé intéressant de questionner des femmes ayant eu des accouchements différents afin de pouvoir représenter au mieux la population accouchant en salle de naissance.

Les grands centres d'accouchements (maternité de niveau III) sont connus pour leur nombre important de naissances, il nous a donc semblé intéressant d'y réaliser une étude portant sur le respect de la pudeur afin de constater un éventuel lien entre la technicité d'un établissement de santé et la satisfaction des patientes en terme de pudeur. De plus, il y a dans ces structures un nombre plus important de personnel en salle de naissance (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, anesthésistes, infirmier(e)s et étudiants hospitaliers). Les femmes ayant accouché à domicile ne sont pas incluses à l'étude. Leur profil est différent et leur projet de naissance aussi. Le domicile est également un lieu bien différent d'une salle de naissance, ils sont donc difficilement comparables.

2.2 Critères d'exclusion

Les patientes refusant de participer à l'étude ont été exclues ainsi que les multipares et les patientes n'accouchant pas en salle de naissance

2.3 Recrutement

Le recrutement a eu lieu dans le service des suites de naissance du CHRU de Brest entre le 29 septembre 2018 et le 14 octobre 2018.

Les patientes répondant aux critères d'inclusion ont été sollicitées pendant les périodes de recrutement. Un tirage au sort a été réalisé afin de déterminer l'ordre du premier passage dans les chambres. Ce premier contact avait pour objectifs de présenter le sujet de la recherche, les modalités et d'obtenir un consentement oral de la patiente. Si la patiente n'était pas disponible (soins en cours, absence), nous avons rencontré la patiente suivante. Le nombre de premiers passages était fonction du nombre d'entretiens réalisables pendant la période donnée. L'enquête s'est arrêtée lorsque la saturation des données obtenues pendant les entretiens a été atteinte, soit au bout de neuf entretiens.

3. Outils

Préalablement aux investigations menées auprès des patientes, un guide d'entretien a été rédigé sur Open Office Writer®. Il a été testé à trois reprises auprès de femmes de notre entourage. Les dossiers des patientes ont été consultés afin de recueillir les informations nécessaires à la réalisation des entretiens.

Après des explications données aux patientes concernant les conditions d'entretien et obtention de leur consentement, les propos échangés ont été enregistrés grâce à un dictaphone et retranscrits littéralement de façon anonyme avec le site OTranscribe® puis sur Open Office Writer®. Les verbatims ont ensuite été analysés .

4. Thématiques abordées

Quatre thèmes ont été abordés lors de ces entretiens :

- L'accouchement et son vécu
- Les gestes techniques réalisés et les explications associées
- La pudeur en salle de naissance
- Les souhaits rétrospectifs et futurs

L'analyse a été réalisée en fonction de ces quatre thèmes, grâce à une analyse longitudinale puis transversale des neuf entretiens.

III. Résultats et analyse

1) Population interrogée

ENTRETIENS	AGE	JOUR	TERME	MODE D'ACCOUCHEMENT	DUREE DE L'ENTRETIEN
Mme A	27 ANS	J2	41 SA+3	AVB/APD - DS	25 minutes
Mme B	28 ANS	J3	39 SA +2	AVB/APD - ELD	17 minutes
Mme C	31 ANS	J3	41 SA +2	AVB/APD + spatules, RU - DS	22 minutes
Mme D	28 ANS	J2	39 SA +2	AVB/APD -ELD	31 minutes
Mme E	28 ANS	J2	36 SA +5	AVB/ADP + ventouse, RU - ELD	37 minutes
Mme F	23 ANS	J1	38 SA +4	AVB/ADP -PI	21 minutes
Mme G	37 ANS	J3	40 SA	AVB + ventouse, sans APD – éraillures	31 minutes
Mme H	27 ANS	J3	41 SA +6	AVB/APD + ventouse – PCNC	25 minutes
Mme I	30 ANS	J3	41 SA +3	AVB/APD + ventouse + spatules – ELD et DS	28 minutes

Abréviations :

J 1-2-3 : jour 1-2-3 du post-partum

SA : semaines d'aménorrhée

AVB : accouchement voie basse

/APD : sous analgésie péridurale

RU : révision utérine

DS : déchirure simple

ELD : épisiotomie latérale droite

PI : périnée intact

PCNC : périnée complet non compliqué

Sur notre échantillon, l'âge des femmes interrogées s'étend de 23 à 37 ans. On observe que les entretiens ont principalement eu lieu à J3 du post-partum. Seule une femme sur neuf a accouché prématurément (36 SA et 5 jours) et quatre d'entre elles ont donné naissance à leur premier enfant à un terme prolongé (supérieur à 41 SA). Le recours à l'analgésie péridurale a concerné la majorité des patientes interrogées, à savoir huit sur neuf. Malgré un souhait d'accouchement sans douleur, la seule femme à n'y avoir pas eu accès a eu un travail très rapide et n'a donc pas pu en bénéficier. En ce qui concerne le recours à l'épisiotomie, elle a été pratiquée sur quatre des mères interrogées. Les extractions instrumentales ont concerné cinq patientes sur neuf, notamment par ventouse.

2) La pudeur en salle de naissances

1. L'accouchement et son vécu

1.1 Vécu, ressenti émotionnel et physique

Le vécu de ce premier accouchement est majoritairement ressenti de manière positive par les parturientes. Il l'est d'autant plus lorsqu'une préparation à la naissance a pu être réalisée. Cette préparation en amont a permis une intégration de la grossesse à la fois sur les plans physique et psychique mais également une préparation à l'accouchement. On retrouve cette idée dans les propos de Mme A qui s'est sentie « détendue » : *"j'étais quand même détendue parce qu'on a été bien préparées par les préparations à l'accouchement. C'était très important pour nous"* et de Mme E : *"je savais ce qu'on allait me faire, ça m'a permis de maîtriser"*. Cette expérience est teintée de beaucoup d'émotions, et c'est le stress qui domine *"j'étais sereine, même si au moment où j'ai compris que euh... Que j'allais accoucher, là j'ai eu un gros moment de stress...J'arrivais même pas à stopper mes tremblements tellement j'étais stressée"* nous dit Mme E. La peur fait également partie des émotions les plus fréquemment évoquées, elle prend différentes formes. Peur de la césarienne chez Mme A *"on avait peur qu'il ne passe pas et que euh... je sois obligée de faire une césarienne"*, peur de la douleur pour Mme B *"j'avais peur d'avoir mal avec les contractions"*, crainte à la vue du matériel d'extraction *"ça amène une crainte... Le mental n'a pas besoin d'anticiper ce genre de choses"*, peur de l'analgésie péridurale pour Mme D *"j'avais un peu d'appréhension par rapport euh ... à la piqûre"*, Mme E nous fait part de sa peur de l'accouchement en lui même *"j'en étais même à me demander si ça ne serait pas mieux une césarienne, tellement je craignais la voie basse en fait..."*. Mme F avait *"peur de l'épisiotomie"*, alors que ce qui inquiétait Mme G concernait davantage le déroulement du travail et de l'accouchement *"j'avais peur que ça se passe mal entre guillemets"*. Mme H n'a pas exprimé de craintes particulières. C'est la peur de la solitude qui a été exprimée par Mme I *"j'étais paniquée parce que j'étais toute seule, j'ai pas trop de famille ici"*. Ces émotions sont d'autant plus

accentuées que pendant la maternité les femmes se sentent "*vulnérables*". Pendant les entretiens, ces mamans évoquent cet état psychique particulier : "*on est dans un tel état qu'on se laisse quand même bien porter par l'équipe médicale*" nous avoue Mme C, "*les pensées partent un peu dans tous les sens*" d'après Mme E, Mme G évoque même un "*moment de flottement*". L'accouchement représente donc un moment digne de "*montagnes russes émotionnelles*" comme nous le dit si bien Mme C.

Dans quelques témoignages, le vécu de ce premier accouchement était plus mitigé. On pense par exemple à Mme G qui a vu son travail s'accélérer d'un coup et n'a pas pu bénéficier de la péridurale. Elle nous décrit son accouchement de la manière suivante : "*ça a été un peu le branle-bas de combat. On a fait trois pas de plus et d'une ouverture du col à deux, et euh je suis passée à six en quatre pas, une fois que j'étais installée elle est arrivée en une demi-heure ! Ça prenait un peu une direction catastrophée, ça a été très très rapide. Le fait que ça aille vite, c'était un peu la panique à bord...*". C'est le mot "*déception*" qui a été employé par Mme H, elle nous décrit un vécu "*plutôt négatif quand même*", "*c'est pas du tout l'accouchement que j'aurais voulu*", "*rien ne s'est passé comme je voulais*". Il y a ici eu une rupture entre l'imaginaire et la réalité de cette naissance, responsable de la déception de ne pas avoir vécu l'accouchement imaginé.

1.2 Personnel hospitalier

Les équipes médicales présentes en salle de naissance ont réalisé un accompagnement d'une importance capitale pour les patientes interrogées. Elles sont unanimes, la présence des sages-femmes, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, gynécologues-obstétriciens, infirmiers et anesthésistes a été appréciée. Selon Mme D "*tout le monde a été très respectueux*", c'est également ce respect qu'évoque Mme E lorsque le l'équipe présente s'est occupée d'elle "*en tant que personne et pas simple patiente ou la suivante qui accouche*". Cette présence leur a permis de se sentir "*très bien entourée*" le jour de leur accouchement. Cependant Mme H nous fait part d'une remarque "*les médecins sont arrivés... C'est un peu surprenant de retrouver deux personnes entre ses jambes alors euh qu'elles n'y étaient pas au début, c'était pas prévu comme ça*", on comprend ici qu'elle n'a pas pu identifier les personnes arrivant pour réaliser l'accouchement. Par ailleurs, la présence d'étudiants a été bien vécue et bien acceptée. Mme G comme les autres mères interrogées, justifie la présence d'étudiants par cette phrase "*je trouve ça normal, il faut bien qu'ils apprennent*". Malgré un accompagnement de qualité, Mme D avoue que "*ça faisait pas mal de monde*". Mme H fait le constat suivant "*on voit beaucoup de gens défiler au final*". Lors de l'entretien, Mme B a semblé gênée en évoquant le sujet "*elles étaient beaucoup quand je poussais (baisse le regard, semble gênée)... J'étais vraiment entourée de partout*". Cette gêne confirme l'hypothèse « les femmes sont gênées par la présence de plusieurs personnes

dans la salle d'accouchement au moment de la naissance de leur premier enfant ».

Toutefois, en ce qui concerne la présence de personnel masculin, certaines femmes interrogées ont émis des préférences *"c'est bien de n'avoir eu que des filles"* nous dit Mme C, ou encore *"j'étais contente que ce soit cinq femmes... euh qui étaient plus dans la compassion, dans l'accompagnement"* d'après Mme E. Mais la majorité s'accorde pour dire que ça ne les a *"pas dérangées"*, qu'elles les ont vus *"en tant que professionnels"* et pas *"en tant qu'hommes"* comme l'explique Mme H. Cette distinction est essentielle et constitue la frontière de l'intimité. Parler d'« hommes » revient à parler du regard de l'homme sur le corps sexué de la femme. Un regard différent du professionnel de santé masculin, qui se veut bienveillant, dénué de jugement et empathique. Or la pudeur n'existe qu'au travers du regard de l'autre, qu'il soit de sexe masculin ou féminin. Ici c'est le statut de professionnel de santé qui confère une certaine légitimité au regard et au toucher du soignant. L'une des femmes interrogées a même changé d'avis après avoir été accouchée par un homme sage-femme *"c'est un homme qui m'a accouchée, j'aurais préféré que ce soit une femme, mais au final non pas du tout, il a été super gentil !"*.

1.3 Pudeur et place du conjoint

Il est important de noter que le père était présent lors des entretiens de Mme A, B et C. Les neuf femmes interrogées ont accouché en présence de leur conjoint. Cette présence s'est révélée rassurante pour la plupart d'entre elles. *"Mon conjoint était présent et heureusement ! Toute seule ça aurait été vachement plus dur quoi"* explique Mme H, cependant elle a *"toujours refusé"* que son conjoint *"assiste aux touchers vaginaux"*, préférant lui demander de sortir. Elle se justifie en expliquant vouloir *« essayer de garder un peu de glamour dans (son) couple. (...) Je trouve qu'à un moment, il faut garder euh voilà le côté médical, c'est médical, il a pas à tout voir »*. Cette ambivalence se comprend au travers de la notion d'intimité, toujours présente malgré le contexte de l'accouchement. La pudeur est donc présente même au sein du couple. Dans les propos de Mme A, c'est le père lui-même qui *"n'a pas regardé du tout"* restant près du visage de sa compagne contrairement au conjoint de Mme B qui avoue *"j'arrivais pas à regarder ailleurs"*, *"son regard était attiré"* explique Mme B. Outre sa présence rassurante et indéfectible, c'est les attentions de son conjoint qu'a appréciées Mme E *"juste la pression de sa main, ça me donnait un peu de force"*. Dans la rapidité de son accouchement, Mme G n'a elle pas entendu les encouragements de son conjoint *"il me parlait, m'encourageais mais je n'ai rien entendu du tout... Je devais être plus concentrée sur la voix des sages-femmes"*.

2. Les gestes techniques réalisés

Lors des entretiens, nous avons questionné les neuf mères sur la question du consentement, préalable indispensable à la réalisation des gestes techniques réalisés en surveillance de routine en salle de naissance. Les explications ont été appréciées par toutes les femmes interrogées, Mme A nous dit *"à chaque fois qu'elles allaient faire quelque chose, elles me demandaient et même pour les petits détails, euh pour remonter le lit, elles me prévenaient à chaque fois"*. Cette recherche du consentement est quelque chose qui *"a marqué"* Mme B, elle raconte *"Je ne m'attendais pas à ce qu'on me demande ça, parce que bah... de toute façon oui je suis prête, je suis là pour accoucher"*. Parmi les gestes réalisés, on pense par exemple au toucher vaginal et selon Mme D *"il n'y a pas eu d'abus, je sais que c'est un geste professionnel"*. Alors que Mme H évoque une lassitude *"On en a quand même beaucoup, à force ça devient un peu lassant... Un peu lassant de... de devoir subir ça, parce que c'est vraiment subir quoi"*. Cette notion d'obligation se retrouve dans d'autres témoignages, Mme F explique *"il y a des examens qu'il faut faire, donc on a pas le choix"*, Mme G reprend cette idée lors de l'interview *"on le fait parce qu'on n'a pas le choix"*. Les propos de Mme H sont également évocateurs de ce sentiment de soumission, de passivité : *"Mais finalement quand on est patiente, on se sent obligée d'accepter... Parce que ça rentre dans le protocole... Il faut y passer quoi, on ose pas trop dire non"* pour conclure en disant *"Je fais ce qu'on me dit hein, je suis une bonne patiente (rires)"*.

En ce qui concerne les autres gestes réalisés (rupture artificielle de la poche des eaux, sondage urinaire), ils ont été bien vécus par toutes les femmes interrogées. Mme B avait répondu à cette question en nous expliquant *"j'ai rien senti, il fallait le faire donc voilà. Tant qu'il n'y avait pas de douleur, ça ne posait pas problèmes"*.

La réalisation d'épisiotomie a suscité des réactions différentes, bien que la notion de nécessité ait été entendue par les patientes : *"elle s'est faite, on me l'a dit après"* mais le *"climat d'urgence fait qu'on a pas forcément le temps de poser la question"* ajoute Mme C.

Les extractions instrumentales ont été bien acceptées de par l'urgence et la nécessité de faire naître leur enfant, c'est ce que nous rapporte Mme H : *"j'aurais préféré ne pas en avoir, mais je savais que ma petite était en train de ralentir donc il n'y avait pas le choix"*. Mme G exprime l'idée selon laquelle la vie de son enfant passe avant tout en expliquant *"quand il s'agit de la vie du bébé, il n'y a pas de besoin de... de perdre du temps !"*, *"il n'y a pas à remettre en question leur décision"*. Cependant la vue du matériel d'extraction, plus particulièrement des spatules a été un moment décrit comme *"choquant"* par Mme I qui a *"tourné la tête pour ne pas les voir"* parce qu'elle ne pouvait pas s'imaginer être *"manipulée avec les euh... avec les spatules"*.

3. La pudeur en salles de naissance

3.1 La pudeur corporelle

Lorsque le sujet de la pudeur a été abordé, c'est la pudeur corporelle qui a été évoquée spontanément par toutes les mères interrogées. Elles la définissaient difficilement, mais plusieurs notions ont émergé des différents entretiens : ne pas montrer son corps, ne pas être à l'aise avec son corps, les parties intimes, le regard des autres, la poitrine et l'intimité. Cette pudeur corporelle s'est traduite différemment chez les patientes interrogées. Mme A par exemple a "*mis un drap*" sur elle lorsqu'elle s'est rendu compte que le blouse d'hôpital était ouverte dans le dos. Mme B nous a parlé de l'allaitement et du fait qu'elle "*aimerait bien que les gens sortent, pour ne pas être fixée*". Au moment de son accouchement, lorsque le gynécologue-obstétricien est arrivé dans la salle, Mme I m'explique "*j'ai euh, j'ai fermé les jambes pour qu'il (l'obstétricien) ne voit pas*".

3.2 La pudeur émotionnelle

Nous avons tout d'abord remarqué certains changements d'attitude au moment où la pudeur était abordée lors des entretiens. Les phrases étaient parfois hésitantes, avec des moments de pause et des difficultés à trouver les mots justes. Mme I a par exemple eu des difficultés à nommer la région génitale "*cette partie là de mon corps (en montrant la région génitale)*", "*ici en bas*" le tout à voix basse et en se mettant parfois la main devant la bouche, comme pour éviter d'être entendue.

Cette pudeur a été moins abordée spontanément, on la retrouve néanmoins dans les propos de Mme A lorsqu'elle explique qu'elle souhaiterait que "*ça reste privé, secret*" et ajoute "*je garde tout pour moi*". Mme D pense qu'il s'agit de quelque chose de "*personnel*" et qu'il "*faut quand même pouvoir être à l'aise pour se laisser aller*".

3.3 Les déterminants de la pudeur

Il a été intéressant de questionner ces neuf primipares sur ce qui a pu ou non déterminer leur pudeur. Beaucoup ont eu du mal à répondre à cette question, estimant être pudique ou non "depuis toujours", sans réellement s'être posé la question. Selon Mme F, c'est son caractère qui explique sa pudeur : "*je suis plutôt quelqu'un de réservé*". C'est également cette "*timidité*" que mentionne Mme I d'origine maghrébine : "*même dans l'expression des sentiments, des émotions*". Nous avons remarqué que Mme I a utilisé à plusieurs reprises le terme « *timidité* » pour parler de sa pudeur. Outre le tempérament, les femmes interrogées ont remarqué une évolution de leur pudeur depuis la grossesse. "*Avec la grossesse ... on apprend quand même à passer au dessus du cap de la pudeur*" révèle Mme F, son propos est confirmé par Mme D lorsqu'elle nous dit "*je*

pense que j'étais plus pudique avant, et ça c'est sûr", ainsi que par Mme E « *Je le croyais (être pudique). Mais la grossesse m'a complètement euh transformée* ». Mais pourquoi ?

La pudeur est également culturelle, elle peut s'expliquer par une éducation, des valeurs ou même une religion. Ainsi dans la famille de Mme A, ce sujet était tabou "*tout ça on n'en parlait jamais dans ma famille, surtout à ce niveau là quoi, c'était vraiment privé*". A contrario Mme B qui ne s'estime "*pas vraiment pudique*" explique cela de la manière suivante "*dans ma famille, il n'y a jamais eu trop trop de pudeur, pas d'exhibition mais pas de pudeur*".

4. Souhaits rétrospectifs et futurs

A la fin de chaque entretien, une question était dédiée aux perspectives d'amélioration en ce qui concerne la prise en charge de la pudeur en salle de naissance. De manière générale les primipares interrogées sont vraiment satisfaites de la prise en charge qui a été effectuée par les professionnels du bloc obstétrical. Elles ont majoritairement exprimé leur satisfaction et l'idée suivante a émergé de plusieurs témoignages : si cela était à refaire, elles n'auraient rien changé (Mme A, B, D, E, G et I). A titre d'exemple, Mme B nous dit "*je ne vois rien à changer... Parce que je pense que même une personne qui n'aurait pas été à l'aise, ils auraient su la mettre à l'aise*". Pour une future grossesse Mme E nous indique "*j'attendrai la même chose tout simplement, mais du coup j'attendrai pas moins ... Ça place la barre assez haute !*". Les attentions portées par l'équipe ont été appréciées, notamment lorsque "*il (le sage-femme) me demandait à chaque fois si je voulais que la personne sorte*" indique Mme F.

Cependant certaines voient quelques améliorations possibles, à commencer par la blouse d'hôpital : "*ça fait des années qu'ils n'ont pas changé la blouse, il y aurait moyen de faire mieux*" nous dit Mme A, "*la fente de la blouse d'opération on pourrait pas la faire sur le côté plutôt ?*" complète le conjoint de Mme C. Certaines imaginent la mise en place d'un drap pendant l'accouchement, afin que leur intimité soit préservée de la vue de leur conjoint : "*lui était étonné qu'il n'y ait pas un drap, pour que lui ne voit pas ce qu'il se passe... quand j'ai poussé*" avoue Mme B. Ou encore "*la mise en place d'une brise vue*" proposée par Mme F, qui pourrait être placée entre le lit et la porte de façon à ce que l'intimité de la patiente soit préservée même lorsque la porte est ouverte, ou lorsqu'elle enfle la blouse d'hôpital. Mme H explique "*moi ce qui m'a dérangé pendant le travail, c'est que j'avais pas de culotte... J'aurais bien aimé avoir une culotte... C'est vrai que j'aurais été plus à l'aise*". On comprend ici l'importance de respecter les choix des patiente, surtout lorsqu'ils sont réalisables.

IV. Discussion

1) Principaux résultats

Ces neuf entretiens nous ont permis de nous rendre compte de l'état psychique particulier dans lequel se trouvent les femmes que nous avons interrogées, au moment de leur premier accouchement. Les multiples émotions qui les traversent impactent leur ressenti concernant la pudeur, bien présente mais reléguée au second plan. On remarque la satisfaction de ces femmes en ce qui concerne la prise en charge de leur pudeur en salle de naissance avec cependant quelques perspectives d'amélioration. L'objectif est donc de poursuivre les efforts en terme de respect de la pudeur afin de satisfaire les patientes.

2) Limites et biais de l'étude

1.1 Influence de notre propre ressenti

La réalisation des entretiens a été un exercice difficile étant donné le peu d'expérience dans la discipline. L'apprentissage de cet exercice s'est donc fait au fil des entretiens, avec le souci de ne pas influencer les réponses de notre interlocuteur. Il est cependant impossible d'affirmer que notre communication non verbale et nos représentations n'ont pas influencé d'une quelconque manière le déroulement et l'analyse des entretiens.

1.2 Le cadre de l'étude

Notre enquête s'est déroulée de manière prospective dans un centre hospitalier universitaire de niveau III. Les résultats auraient pu être différents dans un centre de niveau I ou II. En effet, on note des différences entre ces établissements en terme d'organisation des soins et de pluralité de personnels soignants. Ces derniers peuvent influencer le ressenti des femmes en terme de pudeur.

1.3 Le recrutement

Le recrutement a été réalisé dans un seul service de suites de naissances sur une période déterminée. Il a nécessité une grande adaptabilité. Et pour des raisons de praticité, il s'est principalement déroulé le week-end. Il a fallu dans un premier temps présenter l'étude aux patientes correspondant aux critères d'inclusion afin d'obtenir leur consentement puis dans un

second temps fixer le moment de l'entretien. Notre avons souhaité sélectionner des profils variés, cependant notre sélection a été dépendante des caractéristiques des femmes présentes en suites de couches au moment des recrutements. Les femmes sélectionnées devaient remplir les critères d'inclusion de l'étude. Notre échantillon ne se veut donc pas représentatif de la population générale.

Certains entretiens ont été décalés suite à des événements inhérents au séjour en suites de couches (fatigue, soins). Pour des raisons organisationnelles, il n'a pas été possible d'interroger toutes les patientes correspondant aux critères d'inclusion pendant la période de recrutement. Toutes les femmes rencontrées ont accepté de participer à l'étude.

1.4 La présence du conjoint

Trois entretiens ont été réalisés en présence du conjoint des patientes interrogées. Leur présence a pu influencer les réponses aux questions lors des entretiens. Cependant elle a été d'une grande richesse lorsqu'ils intervenaient pour compléter les propos de leur compagne ou pour donner leur avis, et d'un grand soutien pour les femmes lors de cet exercice difficile qu'est l'entretien.

1.5 Les biais de l'étude

Un principal biais de sélection apparaît dans cette étude. En effet, nous n'avons pas recruté les femmes ne parlant et/o u ne comprenant pas le français ainsi que celles ayant accouché par césarienne. Il aurait été intéressant de recueillir le témoignage de ces femmes concernant la pudeur car leurs culture, religion, ainsi que expérience du bloc opératoire auraient permis d'approfondir notre analyse. A cela s'ajoute le fait que notre étude est basée sur le volontariat, et donc que l'intérêt des primipares pour ce sujet a influencé le nombre de réponses positives. Nous avons choisi de dévoiler le sujet du mémoire dès la première rencontre avec la femme, afin qu'elle puisse consentir de manière éclairée à son éventuelle participation. Bien que ce sujet soit généralement difficile à aborder parce qu'il faut parfois lever des tabous, nous avons été surpris de l'intérêt manifeste des primipares pour cette étude sur la pudeur en salles de naissances. De plus nous n'avons pas questionné précisément les femmes sur leurs cultures, ethnies ou religion, ceci constitue une limite puisque ces dernières ont sans doute un lien, même étroit, avec leur pudeur.

Des biais cognitifs sont aussi présents. Cela s'explique par le temps imparti afin de pas être top intrusif dans ce moment particulier qu'est le post-partum. Notre objectif a donc été de les limiter au maximum. Toutefois il est probable que nos perceptions aient été influencées par nos

connaissances et nos centres d'intérêts, on parle alors de biais attentionnel. Le biais mnésique a été limité en choisissant d'interroger les primipares pendant leur séjour en suites de couches, donc seulement quelques jours après la naissance de leur enfant. Aurait-il fallu plus de recul à ces femmes pour pouvoir prendre davantage de distance avec cette première expérience et nous en faire part ? Cette question est légitime et s'entend parfaitement.

3) Les points forts de l'étude

Notre étude sur le thème de la pudeur est la première de la sorte réalisée au CHRU de Brest. Il s'agit pourtant d'un aspect essentiel, en effet les professionnels du milieu de la santé y sont confrontés chaque jour, tout comme les nombreux étudiants y effectuant des stages professionnalisant. Presque chaque année en France, des mémoires d'étudiantes sages-femmes traitent de la pudeur (1, 10, 19, 23), c'est donc un sujet qui interpelle les étudiant(e)s sages-femmes au cours de leur cursus de formation. Le caractère prospectif de notre étude fait partie de ses forces, il a permis au travers des entretiens une plus grande liberté d'échange et une spontanéité des femmes interrogées. Ceci s'est donc révélé intéressant pour un sujet aussi délicat qu'est la pudeur.

4) Discussion des résultats

4.1 L'accouchement et son vécu

Au travers des résultats obtenus, nous pouvons nous rendre compte que le personnel hospitalier a joué un rôle primordial dans le vécu de ces femmes. Notre étude se déroulant dans un CHRU certaines de nos questions portent sur la présence d'étudiant(s) en salle d'accouchement. Aucune des neuf femmes interrogées n'a été gênée par la présence ou l'éventualité de la présence d'étudiant(s) à leur accouchement. Cependant dans le mémoire de fin d'études d'A.Vidal, une sage-femme, 89% des patientes interrogées ont avoué avoir été gêné par la présence d'un ou plusieurs étudiants lors des consultations aux urgences de gynécologie-obstétrique (23). Cette différence peut s'expliquer par le caractère inhabituel de ce type de consultation ainsi que par le stress engendré par une visite aux urgences. Ou peut-être que lors de notre étude, les primipares n'ont pas osé exprimer leurs réserves quant à la présence d'étudiant(s) en salles de naissances face à une étudiante sage-femme. En effet leurs réponses auraient peut-être différentes face à un(e) professionnel(le) diplômé(e). Il s'agirait donc d'un biais de réponse dû à la qualité de l'enquêteur. Concernant cette fois-ci les professionnels de santé, il est important de remarquer une préférence pour les professionnelles du genre féminin dans le discours de deux

primipares. Cet attrait est également présent chez six des dix patientes interrogées par E. Harroué (10). Les expériences antérieures avec un professionnel de santé ou les idées reçues semblent jouer un rôle. Ainsi une mauvaise expérience a fait été source de changement en terme de prise en charge chez certaines des femmes questionnées par E. Harroué. Parfois cette préférence est « *inexpliquée* » et évolue au gré des rencontres et des expériences, c'est le cas de Mme F qui a changé d'avis après avoir été accompagnée par un maïeuticien, elle explique « *ça m'aurais gênée ... avant de connaître* ». Le point de vue des femmes interrogées par A.Vidal est différent, en effet 76% d'entre elles sont indifférentes au genre du personnel soignant. Mais 59% pensent que leur pudeur régresse si la sage-femme est une femme (23).

Certaines de primipares que nous avons interrogées ont été gênées par le nombre important de personnes présentes dans la salle d'accouchement. Parfois les rires gênés des femmes ont traduit un sentiment de gêne en évoquant les nombreux intervenants lors de leur accouchement. Ce n'est pas le cas dans les résultats de T. Tabouy puisque 94.3% des femmes expriment que le nombre de personne (en moyenne trois ou quatre) en salle d'accouchement ne les a pas dérangées. La quasi totalité des patientes avaient confiance en ces professionnels de santé (1).

Dans son mémoire « La pudeur en salle de naissance : concepts et analyse à partir du ressenti des patientes » E.Harroué questionne 10 femmes sur la présence de leur mari en salles d'accouchements. Huit d'entre elles expriment que la présence de leur conjoint constitue une difficulté supplémentaire, notamment par la crainte qu'il se sente impuissant ou par la vision qu'il pourrait avoir de leur sexe lors de la naissance. Cette vision peut selon les patientes avoir des répercussions de cette vision sur leur vie sexuelle à venir (10). Ces résultats contrastent avec ceux obtenus dans notre étude. Les primipares interrogées au CHRU de Brest mettent en avant les bénéfices de la présence de leur conjoint en terme de soutien émotionnel et physique et aucune d'entre elle n'a émis de réserve sur la présence du futur père à leur côté.

4.2 Les gestes techniques réalisés et les explications associées

Les témoignages concernant le toucher vaginal sont nuancés. Bien qu'il s'agisse d'un geste professionnel nécessaire au suivi du travail, certaines femmes évoquent leur lassitude quant à la répétition du toucher vaginal et avouent « *subir* » ce geste. On perçoit ici la vulnérabilité évoquée précédemment, en employant le terme "*subir*" on peut imaginer que Mme H ne s'est pas sentie pleinement actrice, voire même sentie obligée d'accepter les touchers vaginaux. Cela confirme l'hypothèse « les femmes n'osent pas exprimer leurs souhaits quant au respect de leur corps et de leur intimité en salle de naissance ». La sensation d'obligation a été également décrite par E.Morlier dans son mémoire lorsque qu'elle fait état de « *l'obligation comportementale d'être*

un bon patient » (20). La majorité des femmes qu'elle a pu interroger ont vécu les actes réalisés comme une nécessité. Dans son travail T. Tabouy déclare que 63% des femmes pudiques et 32% des femmes non pudiques sont gênées par les touchers vaginaux (1). On le retrouve également en première position des actes considérés comme « gênants » en salle d'accouchement suivi du sondage urinaire. Plus d'une femme sur trois dit ressentir une appréhension avant un toucher vaginal (1). Face à la résignation de ces femmes évoquant une lassitude ou disant « *subir* », on peut se poser la question de la réelle valeur du consentement lors de certains gestes. On comprend aisément l'importance d'une information délivrée par les professionnels de santé concernant ce geste afin de ne pas le banaliser et de permettre aux femmes de lui trouver un sens. La non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation, fait parti des violences recensées par le Haut Comité de l'Égalité entre les hommes et les femmes (HCE) en juin dernier (24).

Concernant les autres gestes techniques pouvant être réalisés en salles de naissances (sondage urinaire, rupture artificielle de la poche des eaux, épisiotomie et extractions instrumentales), les primipares que nous avons interrogées y avait été préparées par le biais des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles n'ont pas été gênées par ces gestes lorsqu'ils n'étaient pas douloureux ou qu'une situation d'urgence justifiait leurs réalisation, notamment pour l'épisiotomie.

4.3 La pudeur en salle de naissance

Pour aborder ce sujet parfois sensible que représente la pudeur, l'objectif a été d'établir un guide d'entretien progressif afin de connaître l'histoire et le vécu de ce premier accouchement avant de poser des questions plus intimes. Tout comme dans le mémoire de fin d'études de maïeutique d'E.Harroué, les femmes n'ont pas réussi à donner une définition précise à la pudeur, elles ont préféré donner des mots du champ lexical de la pudeur. Six d'entre elles remarquent que leur pudeur a diminué depuis le début de la grossesse, cette dernière étant reléguée à un degré de moindre importance (10). Ces résultats sont en accord avec ce que pensent les sages-femmes interrogées par A.Vidal. En effet, elles émettent les hypothèses suivantes : la multiplicité et la répétitions des examens oblige les femmes à mettre leur pudeur de côté, les changements corporels de la grossesse modifient la pudeur des femmes et parlent même d'une certaine désinhibition (23). En parallèle, les femmes interrogées ont expliqué leur pudeur par une question de caractère, d'éducation, de personnalité, de nature. Ces notions ont également émergé de nos entretiens, notamment au travers des propos de Mme F "*il y a des examens qu'il faut faire, donc on a pas le choix*". La diminution de la pudeur en salles de naissances s'expliquerait par la répétition des consultations et des examens ainsi que par la nécessité de les réaliser. E. Harroué y

ajoute les notions d'âge, de parité, d'expériences personnelles, professionnelles et médicales (10). Au travers des résultats de cette sage-femme, il apparaît que la fatigue et la douleur pendant le travail entraînent une diminution de la pudeur. Lors de nos entretiens, les primipares n'ont pas fait de lien entre leur pudeur et la douleur pourtant présente ou la fatigue.

Pour les primipares interrogées, la pudeur émotionnelle a représenté une manière de se protéger et de conserver un jardin secret malgré l'intrusion dans l'intimité que représente l'accouchement. En effet, en employant « ça reste privé, secret » Mme A a voulu montrer que tout ne se montrait ou ne se disait pas, sous prétexte qu'elle était là pour accoucher.

4.4 Les souhaits rétrospectifs et futurs

Les neuf primipares que nous avons interrogées ont été satisfaites de la prise en charge qui leur a été proposée. Cependant dans un objectif d'amélioration de la qualité de soins il est important de prendre en considération les remarques et suggestions émanant des usagers du système de santé. Le port de la blouse d'hôpital a été au cœur de questionnement, est-elle indispensable ? Dans le mémoire de T. Tabouy, 41% des femmes interrogées ont été dérangées par le port de cette dernière (1). Cette chemise d'hôpital est principalement utilisée pour des raisons d'hygiène et de praticité. En effet, en cas de situations d'urgences, elle est facile à ôter. Existe t-il un paravent pour que les femmes puissent se changer en toute intimité ? Les femmes interrogées proposent la mie en place d'un brise vue en salle de naissance, permettant de garantir leur pudeur si la porte s'ouvrait de manière inopinée mais également de pouvoir se dévêtir sans être à la vue du personnel ou de leur conjoint. Cette proposition fait également partie de celles suggérées par les sages-femmes interrogées par A. Vidal puisque 71% d'entre elles la plébiscitent (23).

5) Perceptives de perfectionnement

Afin d'affiner et de nuancer les propos, il aurait été intéressant des questionner les femmes sur leurs origines et religions. En effet, le ressenti de la pudeur peut varier énormément d'une culture à une autre. Ceci aurait permis de limiter le biais de sélection (culturel, ethnique et religieux).

Renoncer à interroger les primipares ayant donné naissance par césarienne a été un choix méthodologique. Cependant, pour un sujet tel que la pudeur il pourrait être pertinent des questionner ces mères sur le vécu de la césarienne en terme de pudeur. Le bloc opératoire se différencie d'une salle de naissance par son côté « stérile » mais également par les gestes techniques qui y sont réalisés et le nombre de personnes présentes. Le ressenti des femmes y est

donc peut-être différent.

Concernant cette fois ci le moment des entretiens, on pourrait imaginer réaliser le même mémoire en interrogeant les primipares plus tardivement, lors de leur retour à domicile par exemple. Ceci leur permettrait d'avoir davantage de recul sur leur accouchement, mais augmenterait le biais de mémorisation.

6) Propositions

A l'issue de ce mémoire et compte tenu des résultats obtenus, nous pouvons soumettre quelques propositions afin d'améliorer la prise en charge de la pudeur en salles de naissances. Pour commencer, il serait intéressant d'intégrer davantage la question de la pudeur des patient(e)s aux formations médicales et paramédicales par le biais de témoignages ou de cas cliniques. Pour les professionnels qui le désirent, ce thème pourrait être abordé en formation continue. Ceci rejoint l'axe n°2 proposé par le HCE le 26 juin 2018, à savoir « *renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales en matière de bientraitance et respect du consentement et de dépistage des violences sexistes et sexuelles* » (25). En s'inspirant de modèle BERGER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explications, Retour) proposé par l'OMS pour l'entretien en contraception, on pourrait imaginer plusieurs pistes. Tout d'abord privilégier la relation une femme / une sage-femme, permettant l'établissement d'une relation de confiance plus solide. Il serait également possible de poser systématiquement une question ouverte au sujet de la pudeur, lors de l'admission des parturientes en salles de naissances ou lors de l'entretien prénatal précoce par exemple : « Comment envisagez-vous le déroulement de votre travail et de votre accouchement en terme de pudeur ? ». Dans la pratique, les patientes mettent en avant l'importance de l'identification des professionnels de santé, ainsi se présenter, même lors de situations d'urgence, facilite la compréhension et participe à l'instauration d'une relation de confiance. Afin de préserver au maximum l'intimité et la pudeur des patientes, l'installation d'un paravent ou brise vue dans les salles d'accouchements serait envisageable tout comme l'installation d'une pancarte à placer sur la porte des salles pour signaler son occupation. Concernant la chemise d'hôpital, il devrait être possible tant que les femmes ne souhaitent pas de péridurale, de les laisser porter leur vêtements si tel est leur choix. Le port des vêtements civils personnels devrait être possible tant qu'ils n'entravent pas les règles d'hygiène et de sécurité.

V. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière la place de la pudeur chez les primipares en salles de naissances. Elle occupe une place prépondérante mais peu voire sous évaluée. Cela s'explique par le caractère fluctuant et subjectif de la pudeur ainsi que par la difficulté d'aborder un sujet si intime lors du suivi gynécologique et obstétrical. En effet, parler de pudeur revient à se mettre à nu, à se dévoiler dans les aspects les plus intimes de sa vie, en particulier lors de la naissance d'un premier enfant. En terme de pudeur, l'accouchement représente une mise à nue nécessaire tant sur le plan physique qu'émotionnel. Exposer ses sentiments - en particulier la douleur - et son intimité aux yeux des autres peut constituer une difficulté supplémentaire pour ces femmes.

La nudité, habituellement réservée à l'intimité d'un couple, fait aussi partie du quotidien des professionnels en salles d'accouchements. Est-elle banalisée ? Il semblerait que non, cependant certaines femmes ont fait état d'une forme de pudeur corporelle vis à vis des professionnels de santé. Cette dernière est variable d'une femme à l'autre et concerne majoritairement les parties du corps jugées intimes à savoir le sexe et la poitrine, mais également le ventre. La pudeur corporelle s'est traduite par l'envie de se couvrir, de se cacher ou par des mouvements tels que rapprocher les cuisses. Elle a été augmentée lorsque les professionnels de santé présents lors de l'accouchement n'étaient pas connus ou pas identifiables. Le genre des intervenants a une importance pour certaines femmes interrogées, avec une préférence pour le genre féminin. Cependant ceci est à nuancer, puisque ce sont les compétences professionnelles et la qualité de la relation de confiance qui ont été mises en lumière, avant même d'aborder le genre des professionnels de santé.

Une autre forme de pudeur a été identifiée lors des entretiens, il s'agit d'une forme plus subtile, dont les limites sont floues. Elle se manifeste par une retenue, une difficulté à faire état de ses sentiments lors des entretiens mais également en salles de naissances. Elle a été d'autant plus marquée chez ces primipares puisqu'il s'agissait de leur première expérience en salles d'accouchements. Elles n'avaient donc aucun point de comparaison sur ce qui est « normal » et ce qui ne l'est pas et n'ont donc pas osé exprimer leurs craintes ou leurs besoins. La majorité d'entre elles n'ont pas mentionné clairement cette pudeur émotionnelle, mais cette dernière transparaissait en arrière plan dans leurs témoignages.

Il est apparu primordial de prendre en considération les craintes et les souhaits des patientes concernant leur accouchement, notamment concernant le respect de la pudeur. L'objectif est que les parturientes se sentent actrices de leur travail et de leur accouchement, sans avoir à

« *subir* » les gestes réalisés. La mise en place de la relation de confiance entre les soignants et la parturiente repose sur une écoute attentive des attentes et besoins de chacun afin d'avancer vers un objectif commun. La relation de confiance est d'autant plus solide lorsque le consentement du patient est recherché (permission de toucher le patient par exemple), ou lorsque de simples gestes sont réalisés (frapper avant d'entrer dans une chambre, se présenter, respecter l'intimité du patient etc.) (26). D'autant plus que le soutien émotionnel et physique apporté par le soignant permet à la parturiente de sécréter de manière endogène de l'ocytocine, hormone utile au déroulement du travail et à l'accouchement (27). L'intérêt est donc multiple et va dans le sens de la physiologie, où la femme est au carrefour des décisions la concernant.

La parole des femmes s'est récemment libérée pour faire état des violences dites gynécologiques et obstétricales. Cela a représenté un tournant dans la prise en charge des femmes en matière de santé reproductive. Les efforts sont à poursuivre, pour cela nous avons besoin de prendre connaissance des attentes des femmes et c'est dans cet objectif que ce mémoire de fin d'étude a été réalisé. Des propositions ont émané de leurs discours, c'est donc que des améliorations sont encore possibles. Bien sûr, elles doivent être adaptées au fonctionnement de chaque établissement de santé et à chaque patiente. La pudeur représente donc bien plus qu'un simple sentiment, elle est à l'interface du corps et des émotions. Elle permet avant tout à l'individu d'exister non pas en tant que corps objet de la médecine mais bien en tant que sujet, acteur de son parcours de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tabouy T. La place de la pudeur pendant la maternité. Mémoire pour l'Obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Nantes ; 2013:73 p.
2. CNTRL, définition du mot confiance, disponible à l'adresse :
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>
3. M. Beaudrot, E. Da Eira Lopes Carneiro, V. Poulain . La distance professionnelle dans la relation soignant soigné . Disponible sur: https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1926. Consulté le 03 mars 2017.
4. CNTRL, définition du mot intimité, disponible à l'adresse :
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/intimité>
5. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
6. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.
7. Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 141 du Code de l'action sociale et des familles, relative aux droits des usagers.
8. MACSF. Pudeur bafouée : une forme de violence pour le patient. Disponible sur:
<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Ethique-medicale-societe/pudeur-bafouee-sort-de-violence-pour-le-patient> .Consulté le 5 avril 2017.
9. CNTRL, définition du mot pudeur, disponible à l'adresse :
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/pudeur>
10. Harroué É, Boissier E. La pudeur en salle de naissance : concepts et analyse à partir du ressenti des patientes. Mémoire pour l'Obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Marseille;2015:182p [En ligne]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMUEU3M/dumas-01218576>. Consulté le 18 octobre 2017.
11. CNTRL, définition du mot dignité, disponible à l'adresse :
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/dignité>

12. Ordre des sages-femmes. Informations juridiques : code de déontologie. 17 juillet 2012. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/> . Consulté le 10 octobre 2017.
13. Haute Autorité de Santé - Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltraitance " ordinaire " dans les établissements de santé - Étude de Claire COMPAGNON et Véronique GHADI. Octobre 2009. [En ligne]. https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1258960/fr/etude-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-desante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-octobre-2009 . Consulté le 17 octobre 2017.
14. Darves Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. Encycl. méd.-chir. , gynécologie-obstétrique. 2001;7 :1-7. [En ligne]. http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers/%20joints/psychiatrie/Psychiatrie_et_grossesse_la_mere_et_l_enfant_5-046-A-10_.pdf . Consulté le 20 octobre 2017.
15. Talvat E. La pudeur en milieu hospitalier.Travail de fin d'étude: étudiants infirmiers ; 2005:23p.
16. Robert H. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales. Mémoire pour l'Obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Bordeaux;2014:83 p.
17. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Recommandations de l'OMS sur l'accouchement du 19 février 2018. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/recommandations-de-loms-sur-laccouchement/>. Consulté le 15 mai 2018.
18. Bologne JC. Pudeur féminines, voilées, dévoilées, révélées. Paris : Seuil ; 2010:391 p.
19. Danguin M. Naissance et pudeur : accompagner et respecter. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Bourgogne ;2005:82 p
20. Morlier É. Le toucher soignant dans l'accompagnement à l'allaitement maternel en maternité : vécu des mères allaitantes et alternatives. Étude qualitative auprès de 9 mères allaitantes au CHRU de Brest du 1er août 2015 au 31 janvier 2016. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Bretagne Occidentale ;2016 :26 p.
21. Comité Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE). Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer. [En ligne]. <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>. Consulté le 20 octobre 2017.

22. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*. 1 févr 2014;30(2):185-93.
23. Vidal A. La pudeur aux urgences obstétricales. Évaluation des pratiques professionnelles à Port Royal. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Paris Descartes ;2014:90 p.
24. HCE. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. [En ligne]. http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf. Consulté le 05 février 2019.
25. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolutions depuis 2000 . [En ligne]. http://www.xn—epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf. Consulté le 19 janvier 2019.
26. Guillaume S, Lahaye MH. Collège National des Sages-Femmes. Audition du 16 janvier 2018 à Paris.
27. Uvnäs Moberg K. Ocytocine : l'hormone de l'amour. Paris : Le Souffle d'Or; 2015:208 p.

VI. Annexes

Annexe I : tableau reprenant les caractéristiques des primipares interrogées

ENTRETIENS	AGE	JOUR	TERME	MODE D'ACCOUCHEMENT	DUREE DE L'ENTRETIEN
Mme A	27 ANS	J2	41 SA+3	AVB/APD - DS	25 minutes
Mme B	28 ANS	J3	39 SA +2	AVB/APD - ELD	17 minutes
Mme C	31 ANS	J3	41 SA +2	AVB/APD + spatules, RU - DS	22 minutes
Mme D	28 ANS	J2	39 SA +2	AVB/APD -ELD	31 minutes
Mme E	28 ANS	J2	36 SA +5	AVB/ADP + ventouse, RU - ELD	37 minutes
Mme F	23 ANS	J1	38 SA +4	AVB/ADP -PI	21 minutes
Mme G	37 ANS	J3	40 SA	AVB + ventouse, sans APD – éraillures	31 minutes
Mme H	27 ANS	J3	41 SA +6	AVB/APD + ventouse – PCNC	25 minutes
Mme I	30 ANS	J3	41 SA +3	AVB/APD + ventouse + spatules – ELD et DS	28 minutes

Abréviations :

J 1-2-3 : jour 1-2-3 du post-partum	RU : révision utérine
SA : semaines d'aménorrhée	DS : déchirure simple
AVB : accouchement voie basse	ELD : épisiotomie latérale droite
/APD : sous analgésie péridurale	PI : périnée intact
	PCNC : périnée complet non compliqué

I- Prise de contact et présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête

Bonjour, je suis Morgane Lanvin, étudiante en 5ème et dernière année à l'école de sage-femme de Brest.

Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'État de sage-femme, je réalise un mémoire sur le vécu des femmes concernant le respect du corps et de la pudeur en salle de naissance.

J'ai donc besoin de m'entretenir avec plusieurs mamans afin d'échanger avec elles et de recueillir leur point de vue et leur ressenti concernant ce sujet. C'est pour cela que j'ai pris contact avec vous, et afin de recueillir votre consentement pour la réalisation de ce travail de recherche.

Je vous rappelle que je suis soumise au secret professionnel et que cet entretien est enregistré de manière anonyme. Il ne sera pas diffusé mais me servira dans l'élaboration de mon mémoire.

Cet échange va être guidé par des questions que je vous poserais au fur et à mesure.

Dans un premier temps nous allons faire connaissance, puis nous reviendrons sur votre accouchement, son déroulement et votre vécu. Nous aborderons vos ressentis, vos craintes, vos émotions lors cette première naissance. Pour finalement recueillir vos attentes pour une grossesse ultérieure, ou du moins des perspectives de changement et d'évolution envisageables pour améliorer les prises en charge en salle de naissance.

II- Le questionnement

L'accouchement et son vécu :

- Dans quel état d'esprit étiez-vous avant de vivre votre premier accouchement (notamment par rapport aux récits ou expériences que vous aviez pu entendre autour de vous) ?
- Aviez vous des craintes, des inquiétudes ?
- Avez vous réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité (quel type) ? Avec quel professionnel de santé (SF hospitalière, SF libérale, SF PMI, autres) ?
- Comment avez-vous vécu cette première expérience en salle de naissance ?

- Étiez vous accompagnée lors de votre accouchement (par votre conjoint) ?
- Pouvez vous me décrire votre salle d'accouchement, sa disposition ?
- Avez-vous eu accès la péridurale ? Si non : pourquoi ?
- Comment s'est déroulé votre travail jusqu'à l'accouchement?
- Combien de professionnels avez vous rencontré en salle de naissance ? Quelles étaient leurs professions ?
- Y- avait-il des étudiants ? Si oui : leur présence vous a-t-elle dérangé ?
- La présence de personnel masculin vous a-t-elle gênée / vous aurait-elle gênée ? Si oui : pouvez vous m'expliquer pourquoi ?
- Vous êtes vous sentie en confiance avec l'équipe qui était présente le jour de votre accouchement ?

Gestes techniques réalisés et explications associées :

- Selon vous, les professionnels ont-ils pris le temps de recueillir votre consentement pour tous les soins réalisés ? Comment ont-ils procédé ?
- Quels sont les gestes qui vous ont surpris ? Pourquoi ?
- Avant d'être examinée, saviez vous à quoi servait un toucher vaginal (TV) ? Expliquez moi comment et par qui cela vous a-t-il été expliqué ?
- Comment vous sentiez vous avant la réalisation d'un TV ?
- Combien de fois avez vous été examinée entre votre entrée en salle d'accouchement et l'accouchement ?
- Si péridurale : avez-vous bénéficié du sondage urinaire (pour vider votre vessie) ? Que pouvez-vous m'en dire ? Quel vécu avez vous de cette pratique ?
- Si pas de péridurale : avez vous utilisé le bassin ? Comment l'avez vous vécu ?
- Si la poche des eaux a été rompue artificiellement : comment l'avez vous vécu ?

La pudeur en salle de naissance :

- Comment étiez-vous vêtue en salle d'accouchement ?
- Que pensez vous du port de la blouse en salle d'accouchement, en tant que patiente ?

- Diriez vous que vous êtes pudique ? Pouvez m'expliquer pourquoi ?
- Selon vous, qu'est ce qui, selon vous, a pu vous rendre plus ou moins pudique ?
- En parlant de pudeur, qu'entendez vous derrière ce mot ?
- Certaines situations ont-elles été gênantes pour vous en salle de d'accouchement ?
Lesquelles ?

Souhaits rétrospectifs et futurs :

- Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge de la pudeur en salle de naissance ?
- Selon vous, des aménagements sont-ils possibles en salle d'accouchement ?

III- La conclusion

Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions. Votre participation va me permettre de poursuivre mon travail de recherche.

Si vous le souhaitez, vous pouvez me communiquer votre adresse mail afin que je vous envoie mon mémoire une fois terminé.

Je vous souhaite un excellent séjour en maternité, passez une bonne journée.

RESUME

Objectifs : Cerner le concept de pudeur auprès de primipares interrogées dans le service des suites de naissances dans une maternité de niveau III. Mais aussi mettre en lumière un lien entre la pudeur et le vécu de l'accouchement et faire un état des lieux des attentes des primipares au sujet de la pudeur en salle de naissance en vue d'améliorer la prise en charge de la pudeur.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-directifs auprès de neuf primipares ayant accouché par voie basse au CHRU de Brest entre le 29 septembre 2018 et le 14 octobre 2018.

Résultats : Les femmes interrogées ont toutes évoqué au moins une forme de pudeur, qu'elle soit corporelle et/ou émotionnelle. Cette pudeur est fluctuante et semble évoluer au moment de la grossesse. Elle paraît cependant reléguée au second plan en salle de naissance, face à l'inconnu que représente la naissance d'un premier enfant. Le caractère médical de la situation et le bien-être de leur enfant justifient selon ces primipares l'ensemble des actes et des prises en charge effectués. Elles sont peu nombreuses à oser exprimer leurs souhaits quant au respect de leur pudeur. Certaines améliorations sont possibles selon elles, comme l'installation d'un paravent en salle de naissance par exemple.

Conclusion : La prise en compte de la pudeur des futures mères semble essentielle à la réalisation d'une prise en charge adaptée et personnalisée. Outre le fait d'être un sentiment, la pudeur fait le lien entre le corps et la psyché et permet à l'individu de s'établir en tant que corps-sujet. Ainsi lorsque la patiente se sent respectée dans son intimité la plus profonde, une réelle relation de confiance peut se construire, relation nécessaire à la sécrétion endogène d'ocytocine par la patiente. La sécurité physique et psychique de la patiente, au travers de la prise en charge de la pudeur, a donc des effets sur la physiologie de la naissance. Ainsi accompagnées par des professionnels respectueux de leurs besoins et de leur intimité, les parturientes se sentent pleinement actrices de leur travail et de leur accouchement.

Mots clés : pudeur, accouchement, primipares, salle de naissance, sage-femme

Titre : « Le respect de la pudeur en salles d'accouchements : perceptions des primipares en suites de naissance. Enquête qualitative menée au CHRU de Brest du 29/09/2018 au 14/10/2018. »

Auteur : Morgane Lanvin

Diplôme d'État de sage-femme, Brest, 2019.