



**HAL**  
open science

## Le respect de la pudeur en salle d'accouchement : questionnaires réalisés auprès de 149 patientes en suite de couches

Sixtine de Bray

### ► To cite this version:

Sixtine de Bray. Le respect de la pudeur en salle d'accouchement : questionnaires réalisés auprès de 149 patientes en suite de couches. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02283183

**HAL Id: dumas-02283183**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283183>**

Submitted on 10 Sep 2019

**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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

---

FACULTE DE MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS  
ANNEE 2017-2018

Sixtine de Bray

**Le respect de la pudeur en salle  
d'accouchement.**

Questionnaires réalisés auprès de 149 patientes en suite de couches.

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

# Remerciements

Tout d'abord un grand merci à ces femmes qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Merci à toutes mes amies sages-femmes qui ont distribué et récolté les questionnaires et qui m'ont profondément soutenues durant cette année difficile : Ombeline, Jessica, Laura, Perrine, Sara, Caroline, Marie G., Clémence, Marie K., Camille, Raphaëlle, Marie-Caroline, Justine. Elles ont fait de ce travail une œuvre collective.

Merci à Justine pour sa maîtrise de la logistique.

Merci aux cadres qui ont autorisées leur distribution.

Merci à ma famille qui m'a aidé tout au long de mes études et de cette année si particulière. Merci pour leur relecture de ce mémoire.

Merci à mes amis qui me sont indispensables.

Et plus que tout... un immense merci à Monsieur de Broca et à ma guidante, Madame Cardoso. Elle a été pour moi un soutien extraordinaire à la fois d'analyse, de conseil et de soutien moral à tout instant.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	p7
<b>PREMIERE PARTIE : LA PUDEUR, UN VASTE CONCEPT</b> .....	p8
1. Une pudeur singulière et individuelle.....	p8
1.1. La pudeur : définition et enjeux.....	p8
1.1.1. Pudeur et dignité humaine.....	p8
1.1.2. La pudeur, une protection dans la relation.....	p9
1.1.3. Pudeur et honte.....	p10
1.1.4. Pudeur ou décence sociale.....	p11
1.1.5. Pudeur, entre conscience et inconscience.....	p11
1.2. Construction de la pudeur.....	p12
1.2.1. La pudeur initiale.....	p12
1.2.2. L'épanouissement de la pudeur.....	p13
1.3. La pudeur propre à chaque couple.....	p14
1.3.1. La pudeur dans la relation amoureuse.....	p14
1.3.2. La pudeur au centre de la maternité.....	p15
1.3.2.1. Pudeur et grossesse.....	p15
1.3.2.2. Pudeur et accouchement.....	p16
1.3.2.3. Pudeur et post-partum.....	p17
2. Une pudeur universelle au travers des civilisations.....	p17
2.1. L'histoire de la pudeur en Occident.....	p18
2.1.1. L'Antiquité.....	p18
2.1.2. Le Moyen-âge.....	p18
2.1.3. Les Temps modernes.....	p19
2.1.4. L'époque contemporaine.....	p19
2.1.4.1. De la Révolution française à la première guerre mondiale.....	p19
2.1.4.2. Le choc du XXe siècle .....	p20
2.1.4.3. L'époque actuelle.....	p21
2.2. Religions et pudeur intrinsèquement liées.....	p24
2.2.1. Le Judaïsme.....	p24
2.2.2. Le Christianisme.....	p26
2.2.3. L'Islam.....	p28

2.3. Des cultures marquées par la pudeur.....	p29
2.3.1. La Chine.....	p30
2.3.2. Le Maroc.....	p31
2.3.3. Une approche transculturelle.....	p33
3. Les limites de la pudeur.....	p34
3.1. Législation.....	p34
3.2. Recommandations médicales.....	p36
3.2.1. Le code de la santé publique.....	p36
3.2.2. Le concept de bienveillance.....	p37
3.3. La pudeur dans les soins.....	p38
3.3.1. Evolution de la pudeur médicale féminine.....	p38
3.3.2. L'organisation des soins.....	p39
3.3.3. La place de la pudeur en maternité de nos jours.....	p40

## **DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA PUDEUR AUPRES DES PATIENTES.....**

1. Méthodologie.....	p41
1.1.Population.....	p42
1.2.Lieu et période de l'étude.....	p42
1.3.Outil de recherche.....	p43
1.4.Recueil des réponses.....	p43
2. Synthèse des données.....	p44
2.1.Données générales.....	p44
2.1.1. Répartition des questionnaires.....	p44
2.1.2. L'âge et la parité.....	p45
2.1.3. Cultures et religions.....	p46
2.1.4. Catégories socioprofessionnelles .....	p48
2.1.5. Type d'accouchement.....	p49
2.2.Données sur la pudeur.....	p50
2.2.1. Les caractéristiques de la pudeur.....	p50
2.2.1.1.L'importance variable de la pudeur.....	p50
2.2.1.2.Les éléments de la construction pudique.....	p54

2.2.2.	Place de la pudeur dans la grossesse et l'accouchement.....	p57
2.2.2.1.	Evolution pudique au cours de la grossesse ou de l'accouchement....	p57
2.2.2.2.	La pudeur de chaque membre du couple à l'accouchement.....	p66
2.2.3.	Evaluation du respect de la pudeur en salle de naissance.....	p73
2.2.3.1.	Un respect pudique reconnu par les patientes.....	p73
2.2.3.2.	Les limites au respect de la pudeur.....	p77
2.2.3.3.	Inquiétudes et souhaits concernant la pudeur.....	p80
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>		<b>p87</b>
1.	Analyse de la méthode.....	p87
1.1.	Les limites de l'étude.....	p87
1.2.	Les atouts de l'étude.....	p88
2.	Discussion .....	p89
2.1.	La pudeur dans toute sa complexité.....	p89
2.2.	La grossesse met à l'épreuve la pudeur.....	p89
2.3.	Le respect de la pudeur par les soignants.....	p90
2.3.1.	Le respect de la singularité et de la liberté de chacune.....	p90
2.3.2.	La composition d'une équipe nécessitant une adaptation réciproque.....	p92
2.3.3.	Le respect par l'organisation de l'espace et la prise en charge.....	p93
3.	Propositions.....	p94
3.1.	Propositions des patientes.....	p94
3.2.	Autres mesures pour minimiser l'exposition du corps.....	p95
3.2.1.	Les positions corporelles.....	p95
3.2.2.	Dissimuler la nudité.....	p95
3.2.3.	La présence des uns et des autres.....	p96
3.2.3.1.	Les étudiants.....	p96
3.2.3.2.	Les soignants.....	p96
3.2.3.3.	Le conjoint.....	p97
3.2.4.	Communiquer pour approfondir le respect.....	p97
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>p98</b>

**BIBLIOGRAPHIE.....p100**

**ANNEXE.....p103**

## INTRODUCTION

Le premier objectif de l'équipe médicale est celui de la santé. Le but ultime des professionnels en obstétrique est que la mère et l'enfant se portent bien. Mais le second est que l'évènement de la naissance, unique dans une vie, soit le mieux vécu possible. Depuis de nombreuses années l'évolution des soins y tend par de multiples démarches (préparation à l'accouchement, péridurale, hôpital amis des bébés, projet de naissance,...).

Le métier de sage-femme nous propulse au cœur de l'intimité de la femme. Cette intimité nous est révélée par son aspect corporel, mais aussi psychique. Ce dernier est imprégné du vécu, des craintes, des joies, des blessures, des croyances,... Pour autant, cette intimité qui nous est confiée, ne doit être ni exposée, ni banalisée. Le personnel soignant, devrait avoir à cœur de préserver cette intimité, afin de respecter la personne. Ceci est réalisable grâce au respect de la pudeur.

Mais il est difficile de comprendre ce que représente la pudeur pour chaque femme, car sa conception est individuelle et singulière, influencée par de multiples facteurs (culture, religion, éducation, expérience,...).

Au cours de mes stages, j'ai parfois remarqué que les patientes étaient jugées et déconsidérées lorsqu'elles avaient des réactions inhabituelles ou posaient des choix que nous ne comprenions pas. Parfois, les professionnels pensent savoir ce qui est le mieux pour elles, ou encore, nous ne voulons pas modifier l'organisation habituelle des services, ou ralentir les soins, pour des demandes qui semblent futiles. Or une personne n'est pas compartimentée. C'est toute sa personne qu'il faut accueillir, ce qui inclut son intelligence, sa sensibilité, sa pudeur.

Durant nos études, nous apprenons le métier de sage-femme. Mais les connaissances théoriques ne sont qu'un aspect de la prise en charge et le risque est réel de se comporter en petit génie croyant détenir la sagesse. Or, les femmes sentent les choses et savent parfois mieux que nous ce qu'elles sont en train de vivre. Nous devons donc apprendre à les écouter, car finalement ce sont les patientes qui nous apprennent à être pleinement sage-femme.

L'accouchement est un moment où l'exposition intime est très prononcée. J'ai souhaité écouter les patientes et évaluer si elles se sentaient respectées dans leur intimité, lors de l'accouchement. Cette étude a pour objectif de comprendre l'élaboration personnelle du concept de pudeur, au cours de l'histoire individuelle, ainsi que l'élaboration sociale de ce

concept. Ce travail permet également de réfléchir aux moyens de préserver la pudeur des femmes en général et de façon singulière. Ceci permettra de mieux les comprendre et de savoir s'adapter. Ainsi nous pourrons les accueillir et les soigner dans un meilleur respect de leur personne.

Nous étudierons tout d'abord l'aspect théorique du concept de pudeur, puis son respect auprès des parturientes. Enfin, nous en déduirons des mesures à mettre en place, afin de progresser dans l'accompagnement respectueux des femmes.

## **PREMIERE PARTIE : LA PUDEUR, UN VASTE CONCEPT**

### **1. Une pudeur singulière et individuelle**

La compréhension du concept de pudeur, permet de réaliser son impact sur les individus et dans les relations humaines. La pudeur est propre à chaque individu. Elle se façonne au cours de la vie, en parallèle de la construction de la personne. Elle continue d'évoluer en fonction des expériences individuelles, de la relation de couple et du vécu de la grossesse.

#### 1.1. La pudeur : définition et enjeux

La définition de la pudeur est complexe. Elle ne peut se comprendre sans ses enjeux, tels que le respect de la dignité, la protection interpersonnelle dans une relation et la prévention du sentiment de honte. La société n'a pas d'emprise sur elle, car elle est spontanée, trouvant son équilibre entre conscience et inconscience.

##### 1.1.1. Pudeur et dignité humaine

L'étymologie du mot pudeur permet de comprendre sa signification. Provenant du latin, le mot *pudor* signifie un « *sentiment de réserve, de retenue, de honte, de délicatesse* ».

C'est au XVI<sup>e</sup> siècle que le mot pudeur apparaît dans la langue française. Selon le dictionnaire Larousse, la pudeur est à la fois sentimentale et comportementale. Elle est un sentiment, car elle est une « *disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la*

*décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles* »(1). Elle est aussi un comportement qui procède d'une « *discrétion, retenue qui empêche de dire ou de faire quelque chose qui peut blesser la modestie, la délicatesse* »(1); la modestie étant précisément la « *pudeur dans l'expression des sentiments* ». (1) Le dictionnaire Robert ajoute : « *gêne qu'éprouve une personne devant ce que sa dignité semble lui interdire* ». (2)

La dignité est donc intrinsèquement liée à la pudeur. Elle « *désigne le fait de mériter de l'estime et du respect, ainsi que la tenue morale de celui qui mérite cette estime* ». (3) Elle procure une valeur inestimable, qui n'admet pas d'équivalence. Elle distingue les choses des personnes. Les choses ne sont que des moyens, tandis que les personnes humaines sont des fins en soi, ayant une moralité et une liberté. C'est ce qui leur confère une dignité. Pour qu'elle soit respectée, il faut tenir compte de l'intégrité physique et psychique de la personne.

Pour certains, la pudeur est une caractéristique fondamentale de l'humanité. L'écrivain Pierre Pichet disait : « *Pas d'être humain qui ne connaisse la pudeur ; pas de relation qui puisse totalement se passer de pudeur sans verser à l'inhumanité.* »(4)

#### 1.1.2. La pudeur, une protection dans la relation

Elle fait éprouver une gêne devant les choses que l'on voit et que l'on ne devrait pas voir, ou que l'on montre contre son gré. Le sentiment de pudeur est soit éprouvé par celui qui voit, soit par celui qui se dévoile. La pudeur concerne le regard posé sur la nudité, mais aussi à la vue ou à l'évocation de la sexualité, de la sensualité, de l'érotisme, de la séduction, de la pornographie et de la prostitution.(5)

La pudeur est aussi la retenue qui nuance la façon de se livrer et d'exprimer ses émotions, afin de prévenir d'une situation jugée ridicule. Il peut s'agir de sentiments divers : sentiment amoureux, de peur, de tristesse, de faiblesse, ... Il existe même une pudeur à parler de sa propre pudeur.(5)

Souvent, il n'est pas possible de déterminer si la dissimulation pudique est issue d'une peur de déplaire ou de trop plaire.

Elle n'existe que dans la relation, car on n'est jamais pudique face à soi même. Elle présente le mode relationnel de chacun. Tout individu a un droit à la pudeur, à ne pas exposer son intimité ; et inversement a le devoir d'être pudique pour ne pas heurter l'intimité d'autrui. La

bienséance fait référence à l'attention portée à l'autre. La retenue qui en découle, a pour objectif de se protéger soi-même et de manifester des égards pour l'autre. Elle est donc « *une manifestation éthique personnelle qui rend possible le fonctionnement social* » et l' « *épanouissement individuel dans la collectivité* ». (5)

La pudeur a pour but la protection de soi et des autres. Elle introduit un espace entre les êtres et une rivalité des égoïsmes. Elle se manifeste par la crainte d'une honte devant un danger impalpable. Elle ne préserve pas un espace fixe et prédéfini, une zone uniquement corporelle ; mais elle défend tout ce qui est vulnérable chez l'individu : sentiments, nudité, sexualité, désirs, dégouts, émotions, souffrance, maladie, mort,... (6)

Comme l'exprimait l'académicien Jacques de Bourbon-Busset, « *Ce qui est le plus intime doit être protégé. Ce n'est pas un trésor, c'est beaucoup plus, c'est le ressort intérieur et il importe de le ménager, chez l'autre comme chez soi.* » (7)

### 1.1.3. Pudeur et honte

La vertu de pudeur tient à la fois du jugement moral et du jugement religieux.

Lorsque la pudeur est bafouée, un sentiment de honte est éprouvé, ou provoqué chez l'autre. Pudeur et honte sont très proches, mais pas identiques pour autant. Elles ont une frontière en commun. La honte borde la pudeur. Elle est ressentie lorsqu'il y a eu, chez soi ou chez l'autre, un manquement à la pudeur. La honte fige l'action, car la souffrance subjective qu'elle implique est une violence subie. Tandis que la pudeur freine l'action. Elle est une manière de se présenter. (4)

Au XVII<sup>e</sup> siècle, La Bruyère l'évoquait dans *Les Caractères* : « *D'où vient que l'on rit si librement au théâtre, et que l'on a honte d'y pleurer* ». Cette observation est toujours d'actualité, même dans le quotidien. Les individus ont honte de montrer leurs larmes, d'autant plus s'ils sont de sexe masculin. (8)

Lorsque la pudeur est adaptée à une situation, elle ne provoque pas de malaise. Parfois au contraire, elle est inhabituelle, voire incongrue. Cette pudeur semble déplacée ou fautive, comme dans les cas de conduites phobiques d'évitement ou de manifestations obsessionnelles de contrôle et de rétention. On l'appelle alors *pruderie* ou *pudibonderie*. (2)

#### 1.1.4. Pudeur ou décence sociale

Les comportements humains doivent être pensés en vue d'acquérir les moyens de vivre de façon satisfaisante avec soi-même et avec les autres. D'après la psychanalyste Monique Selz, la pudeur a pour but de préserver de la honte et de respecter la dignité de chacun : elle est « *la liberté de chacun individuellement et collectivement* ». (5)

Pudeur et décence sont proches, ayant pour but la protection de l'intimité. Mais la première est inconsciente et personnelle, comme un trait de caractère ; alors que la seconde est réfléchie et normée, imposée par la société. Ainsi la pudeur est spontanée et inventive, loin des calculs codifiés par la bienséance ou le devoir. Claude Habib disait : « *On est pudique lorsqu'on l'est, sans se demander s'il faut l'être* ». La pudeur doit s'ignorer pour être tout ce qu'elle doit être. Elle est naturelle, étant ancrée par habitude. Cette habitude est rendue possible par un apprentissage inconscient, au même stade que la propreté et le langage. Mais le degré personnel de pudeur est lié à la préhistoire subjective de chacun, qui s'oppose au conformisme social de la bienséance. (4)

Diverses études tendent à montrer que tous les peuples, à chaque époque, ont des règles de pudeur, interdisant de présenter certaines parties du corps. Ce sont bien souvent les mêmes parties du corps : les parties sexuelles. Cela ayant pour but de protéger les éléments du corps les plus vulnérables, de contrôler les pulsions sexuelles et de permettre un choix du partenaire avec lequel on peut se reproduire. (5)

#### 1.1.5. Pudeur, entre conscience et inconscience

La pudeur est un comportement conscient qui dépend de nombreux éléments inconscients. Elle n'existe que lorsqu'on a conscience de ce qu'elle préserve, ou de ce qui a été outrepassé. Un mouvement pudique n'est mis en place que lorsqu'on a conscience que la nudité est exposée. Mais la pudeur n'a pas conscience d'elle-même en temps que pudeur. Car alors, elle ne serait plus naturelle et instinctive, mais deviendrait un jeu de calculs, voire même, un jeu de séduction. Jean-Claude Bologne synthétisait ainsi cette notion complexe : « *Telle nous apparaît en fin de compte la pudeur, en perpétuel combat entre instinct et raison, entre conscience et inconscience, entre individu et société* ». (8)

## 1.2. Construction de la pudeur

La pudeur évolue au cours de la vie. Les anthropologues et philosophes divergent sur l'idée d'une pudeur initiale, présente dès la naissance. Mais tous s'accordent à dire qu'elle se construit pendant l'enfance, et qu'elle prend toute son importance à partir de la puberté.

### 1.2.1. La pudeur initiale

L'anthropologue Hans Peter Duerr affirme que de tout temps et dans toutes les cultures, l'homme a cherché à se dissocier de l'animal en dissimulant sa nudité, ses fonctions naturelles, excrémentielles et sexuelles. Ces codes permettent l'établissement d'une harmonie sociale.

Autrefois dans les sociétés traditionnelles de petite taille, les codes sociaux et le contrôle exercé par le groupe avaient une forte influence sur le comportement de l'individu. De nos jours, dans les sociétés modernes de plus grande taille, l'individualisme et l'anonymat ne permettent plus ce contrôle. Ceci explique le recul des règles de bienséance et des seuils individuels de pudeur.(5)

Il est difficile de savoir si la pudeur est innée et fait partie intrinsèque du psychisme humain ou si elle est d'abord culturelle et collective et devient progressivement individuelle par l'éducation et l'appropriation des codes sociaux.(5)

D'après Freud, le fondateur de la psychanalyse, la pudeur existe en germe à la naissance. Elle se déploie en même temps qu'apparaissent les désirs et les sensations de plaisir et déplaisir.(9) Chez l'enfant, elle se développe au cours de son évolution psychique, au même âge que l'apprentissage de la propreté, et qu'aux refoulements des complexes d'Œdipe et de castration. Elle est donc en lien direct avec la construction du sujet et de sa sexualité.(5)

Jean-Jacques Rousseau pense que la pudeur est inscrite dans l'Homme, mais qu'elle ne s'exprime pas spontanément : « *Quoique la pudeur soit naturelle à l'espèce humaine, naturellement les enfants n'en ont point.* » Car selon lui, elle se développe avec la prise de conscience du bien et du mal. L'éducation est donc nécessaire pour la mettre en place.(10)

D'autres philosophes diront que le bébé n'a pas de notion de pudeur, qu'il vit dans l'impudeur, parce qu'il ne manifeste aucune réaction lorsqu'il est vu nu. Ensuite, les sentiments et comportements pudiques apparaissent à la puberté.(5)

### 1.2.2. L'épanouissement de la pudeur

C'est par le regard de la mère (ou de son substitut), que progressivement, l'enfant prend conscience du monde extérieur. Il comprend qu'il est un être délimité avec un corps et un psychisme propres. Cet apprentissage se poursuit à la puberté. Les changements du corps et l'apparition du désir le conduisent à cacher son corps. L'adolescent doit trouver un juste milieu pour ne pas tomber dans l'inhibition ou dans l'autre extrême, l'exhibition.(5)

Le respect par l'entourage, de ce mouvement de pudeur, va lui permettre de se faire reconnaître en tant qu'individu à part entière. Ainsi, la structuration de la personnalité conduira à l'établissement d'un espace privé, dans lequel il se sentira en sécurité. La pudeur va lui permettre de découvrir ses limites et ses peurs, et ainsi, de respecter son intégrité physique et psychique. C'est dans cette appropriation de la pudeur qu'il accède à sa propre liberté et à sa capacité de choisir. Une fois l'autonomie psychique acquise, la vraie découverte de l'autre dans l'amour réciproque, permet spontanément, la levée relative du voile de pudeur.(5)

La pudeur ne doit pas être confondue avec un sentiment de honte concernant son corps et ses complexes physiques. A l'adolescence, ces complexes trouvent souvent leur source dans la comparaison avec les autres jeunes et dans les critères de beauté que la société véhicule. La pudeur des sentiments est très forte à cet âge, où la peur de déplaire est prépondérante. De plus, la pudeur comportementale est très forte dans la découverte de la sexualité. Elle est liée à de nombreuses craintes, comme le dévoilement de sa nudité, son inexpérience, son éventuelle maladresse,... et la difficulté d'en parler.(11)

La pudeur restreint l'expression de l'instinct sexuel et de l'instinct de reproduction. Ainsi, il laisse à l'amour, la place et le temps de se développer et permet un meilleur choix du partenaire sexuel et de reproduction. Ceci nécessite un travail de compréhension et de reconnaissance de la valeur personnelle de l'autre.(9)

L'éducation influence considérablement l'interprétation morale et religieuse de la pudeur. Mais chaque enfant, devenu adolescent, puis adulte, choisira ou non les valeurs qui lui ont été inculquées. Il réinterprétera à sa façon ce sentiment pudique. De plus, celui-ci continuera d'évoluer en fonction de l'histoire de chacun, des rencontres, des blessures,...(9)

Rousseau affirme que la pudeur est « *naturelle à l'espèce humaine, mais apprise individuellement* ». (8)

### 1.3. La pudeur propre à chaque couple

La pudeur est individuelle et singulière. Puisque le couple est l'association de deux individus, il en découle une association de deux sensibilités pudiques différentes. Le couple partageant une intimité privilégiée, doit composer avec ces notions de pudeur, afin de trouver son propre équilibre dans la pudeur. La grossesse, modifiant le corps de la femme et les rapports du couple, peut ébranler les sensibilités de chacun et cet équilibre pudique.

#### 1.3.1. La pudeur dans la relation amoureuse

La pudeur est commune aux hommes et aux femmes, elle fait écho à la vulnérabilité des uns et des autres. Elle souligne la différence des sexes.(4)

Même dans la relation amoureuse, la pudeur est présente. Il y a d'ailleurs un paradoxe. Car la pudeur, a pour but de préserver des désirs débridés que la nudité pourrait susciter. Mais dans un couple, le jeu du voilement et du dévoilement fait naître et perdurer le désir.(5)

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Pierre Roussel développe une théorie sur ce sujet. Selon lui, la faiblesse physique de la femme, par rapport à l'homme, développe chez elle une timidité. Cette dernière engendre une réserve, propice au développement vertueux de la pudeur. D'autre part, la coquetterie féminine fait naître le désir masculin. Mais la résistance féminine, manifestée par des modérations pudiques, attise ce désir insatisfait.

La pudeur préserve donc la femme des désirs brutaux et hâtifs de son amant. Elle empêche l'aboutissement précipité de l'amour, pour le faire durer dans un accomplissement progressif.(10) La sexologue Jocelyne Robert s'accorde à exprimer la même idée : « *Qu'est-ce que la pudeur sexuelle sinon une sorte de barrage ? Une digue, une réserve, une retenue. La pudeur sert à contenir pour un temps, à réserver et à préserver le flot libidinal.* »(12)

De plus, la pudeur préserve de la fusion des 2 êtres et de la soumission à l'autre. L'amour fait rechercher l'unité, mais n'est pas viable si l'un des individus disparaît dans l'autre. Ceci tendrait à nier la personnalité et l'intériorité de chacun, indispensables à l'épanouissement personnel et à la survie. La pudeur est indispensable, mais elle reste subjective. Elle peut donc varier d'un couple à l'autre et dans un couple, d'un individu à l'autre.(5)

De nos jours, certains diront que le partage de l'intimité sans aucune réserve est le socle de l'amour véritable. Au contraire, d'autres diront que la pudeur est fondamentale pour maintenir le désir et la sexualité d'un couple ; et que certaines choses, comme la toilette doivent rester personnelles.(10)

### 1.3.2. La pudeur au centre de la maternité

#### 1.3.2.1.Pudeur et grossesse

Pour une femme, le temps de la grossesse est une expérience bouleversante. Le corps est en perpétuel changement. La place que prend le fœtus augmente progressivement. La femme enceinte doit apprendre à accepter ces changements corporels et émotionnels. Elle doit accueillir la vie de ce « *corps étranger* » qui se développe en elle. C'est pourquoi cet événement entraîne une modification de son intimité, une mise à distance de son propre corps, comme une désappropriation, qui peuvent modifier la pudeur.(13)

Il est socialement répandu, que la grossesse est la preuve sociale de l'existence du couple et de son accomplissement. Elle permet l'épanouissement de la féminité à travers la maternité. Tout ceci rend la grossesse socialement enviable. Lors de leur grossesse, les femmes imprégnées de cet esprit social, vont facilement exprimer leur désir d'enfant. Par contre, par pudeur, elles vont avoir des difficultés à exprimer toute l'ambivalence affective naturelle que suscitent la grossesse et l'arrivée d'un enfant (angoisse, peurs multiples, sentiments complexes de désir et non-désir,...). Ces nombreuses peurs se portent sur l'enfant, sa santé, son accueil. Elles sont aussi liées à l'image de son propre corps, aux modifications corporelles, à l'accouchement. La vision de la pudeur, émotionnelle et comportementale, peut donc en être transformée et s'exprimer de façon minorée ou majorée. Cette période de la grossesse, comme l'adolescence, est une crise maturative, une crise identitaire marquée par un questionnement sur l'histoire personnelle de chacune et l'image de leur propre corps. Cette crise permet la dynamique pour devenir mère et intégrer cette nouvelle identité.

L'inconscient permet parfois d'exprimer cette ambivalence au travers du langage corporel (vomissements incoercibles, troubles du sommeil, manque de prise de poids,...). Le refoulement inconscient étant moins développé, la femme vit une période de transparence psychique. Des histoires oubliées, fantasmes cachés, souvenirs gênants peuvent ressurgir. Par pudeur, la femme n'exprimera pas souvent ses préoccupations psychologiques, mais elles peuvent nous aider à comprendre son état émotionnel.

Le désir d'enfant chez l'homme est une démarche intellectuelle et de maturation psychique qui peut durer plusieurs années. L'enfant va lui prouver sa fécondité et sa virilité. Mais son investissement dans la grossesse n'est pas aussi évident que pour la femme, car il ne subit pas les changements physiques. Cette différence de point de vue peut être à l'origine d'incompréhensions dans le couple.

Les changements physiologiques importants chez la femme vont modifier sa sexualité. La taille du ventre, la compression aortique en décubitus dorsal, la congestion veineuse des seins et de la vulve, l'hyperesthésie du clitoris, les modifications hormonales,... vont modifier ses sensations et sa capacité de mouvement. Son désir sexuel peut varier en fonction des périodes de la grossesse, il peut être diminué ou exacerbé. L'homme lui aussi peut être perturbé dans sa sexualité par tous les changements physiques de sa femme.(14)

#### 1.3.2.2.Pudeur et accouchement

La désappropriation de son corps par la femme enceinte est majorée au moment de l'accouchement. La souffrance, la fatigue et l'aboutissement inéluctable de la grossesse par l'accouchement, orientent toutes ses facultés sur la naissance de l'enfant et le soulagement qui l'accompagne. Tant de femmes appréhendent cet instant d'un point de vue pudique. En réalité, à cet instant, la pudeur n'est plus une priorité. Elle est relativisée, voir éclipsée par la naissance. Pour certaines, la pudeur concernant l'épilation, la défécation ou la dilatation du sexe persiste. Parfois, la gêne apparait a posteriori, lorsque la prise de conscience refait surface. La pudeur des sentiments, elle, persiste lors de l'accouchement, devant l'équipe soignante et son conjoint. En effet, la gêne est entretenue par des sentiments complexes, l'animalité qui resurgit, la perte de contrôle, la souffrance, les émotions.(13)

Lors de l'accouchement, il faut penser à préserver la pudeur de la patiente, par égard pour elle, mais aussi pour son conjoint. Puisque la pudeur n'existe que dans la relation interpersonnelle, elle s'articule pour la femme envers l'équipe soignante et envers son mari. Mais il faut également être vigilant à la pudeur du mari envers sa femme, car il n'est peut être pas disposé à tout voir. A nous d'être à l'écoute et prévoyants, afin de nous adapter à chaque couple. Ainsi nous respecterons l'intimité et la dignité des deux personnes. Mais aussi, à l'heure où le couple peut être fragilisé ou perturbé par l'arrivée d'un enfant, nous préserverons l'équilibre de ce couple, dans le domaine de leur pudeur.

### 1.3.2.3.Pudeur et post-partum

Les 3 à 12 premières semaines du post-partum sont vécues comme un passage à vide pour de nombreuses femmes. Le choc physique et psychique de l'accouchement, ainsi que l'absence de l'enfant à l'intérieur de soi, laissent un grand vide. Les séquelles de la grossesse et de l'accouchement sont encore présentes : poids résiduel, relâchement de la ceinture abdominale, vergetures, seins ptosés, lochies, déchirure ou épisiotomie,... Cette période peut être vécue comme un préjudice esthétique, où l'image de son corps fatigué et douloureux pénalise son identité sexuelle. De plus, la découverte de l'enfant réel, différent de l'enfant idéalisé, l'apprentissage de ses besoins et l'adaptation comportementale que cela nécessite, sont autant de choses qui participent à cette déstabilisation psychologique. Le baby-blues, concernant 30 à 80% des femmes en fait partie. Certaines femmes vont l'exprimer au travers de larmes, puis d'une éventuelle discussion. D'autres par pudeur ou par honte de ne pas se réjouir entièrement n'exprimeront pas leur détresse. Elles la manifesteront par de multiples moyens : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, troubles du sommeil, fatigue, plaintes somatiques diverses. A nous de savoir les détecter, afin de leur porter d'avantage de soutien, et si besoin, de leur proposer une aide psychologique.

La reprise des rapports sexuels doit se faire progressivement, en fonction de la réapparition du désir. Pour mettre la patiente en confiance, la sage-femme doit l'informer sur les changements potentiels de la sexualité en lien avec la sécheresse vaginale, une sensorialité atténuée et un désir hypoactif.

Une bonne communication aidera le couple à vivre la grossesse, l'accouchement et le post-partum, dans une meilleure compréhension de l'autre, tant sur l'aspect sentimental que sexuel. Ce dialogue doit être encouragé, afin de briser les tabous. Une pudeur sentimentale excessive au sein du couple, peut freiner son évolution dans l'apprentissage de la parentalité, la redécouverte mutuelle des corps, la réapparition du désir et du plaisir partagés. « *Seuls les couples très solidaires vont pouvoir exploiter le caractère exceptionnel de cette période* », afin de réécrire leur intimité.(14)

## 2. Une pudeur universelle au travers des civilisations

Les civilisations sont marquées par l'histoire, les religions, les cultures, les coutumes, les flux migratoires. Elles sont toutes imprégnées de codes et valeurs divers. Mais la pudeur semble être une vertu présente dans chaque civilisation, même si son expression est variable et

évolutive. Nous étudierons l'impact de l'histoire, de certaines religions et de certaines cultures sur la pudeur.

## 2.1.L'histoire de la pudeur en Occident

La pudeur varie selon les époques et les sociétés. Le regard sur la nudité n'est pas le même selon l'âge, le sexe, les circonstances, le lieu,... La pudeur est tantôt une force, une vertu à préserver, tantôt une faiblesse à dissimuler. Elle a évolué de multiples façons et dans de multiples domaines à travers les âges.

### 2.1.1. L'Antiquité

Depuis la Grèce antique jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, la pudeur sentimentale est essentiellement masculine. Pleurer, rougir, se plaindre sont des comportements réservés aux femmes. Par contre la pudeur corporelle est essentiellement féminine. Le prêtre jésuite Le Moyne estimait qu' « *il n'y a rien de plus naturel à la femme que la pudeur* ». Elle se transmet de mère en fille et protège de la honte et du déshonneur. Cette pudeur est originelle, toute femme qui y renonce est dépravée, elle n'est plus digne d'être femme.

Ainsi, dans l'Antiquité, la traditionnelle nudité des athlètes n'était pas perçue comme impudique pour les grecs et les romains. Mais nulle part la nudité publique des femmes n'était envisageable. La pudeur d'une femme dépendait de son statut social. Elle était réglementée par son comportement général : la dissimulation de sa nudité, les lieux fréquentés, les actes autorisés.(8)

Par contre, la nudité des athlètes est devenue impudique pour les chrétiens, lorsqu'elle a été représentée à travers l'art. On observe ainsi, que dans une société, la pudeur n'est pas vécue par tous de la même manière.(5)

### 2.1.2. Le Moyen-âge

Durant le Moyen Âge, la pudeur est naturellement féminine. Les femmes doivent cacher le bas du corps, les parties honteuses et toutes les imperfections de la peau ; car « *il ne faut montrer que ce qui est beau* ». Il est impudique de montrer son pied, symbole de fragilité et de mortalité, car il foule la terre, lieu du péché, tandis que la tête se rapproche du ciel et de la présence de Dieu. De plus, selon les médecins médiévaux, la taille du pied renseigne sur la grandeur de la vulve. Cette pudeur est fractionnée entre le bas du corps, honteux et le haut du

corps, tentateur. La femme doit donc cacher son corps, soit par peur du dégoût, soit de la séduction. A cette époque, la femme est hypersexualisée, elle est réduite à l'image de la tentatrice. Les décolletés apparus à la fin du Moyen Âge font l'objet de nombreuses polémiques, mais ils perdurent malgré tout. Cette exhibition mammaire, plus ou moins prononcée selon les époques, n'a, par contre, jamais posé problème lorsqu'il s'agissait d'une mère allaitant son enfant.(10)

### 2.1.3. Les Temps modernes

A la Renaissance apparaissent les préoccupations des mœurs et de l'éducation de l'enfant. La pudeur de la langue se répand. Une jeune fille ne devait pas même comprendre les mots obscènes. Le vocabulaire des organes sexuels fait l'objet d'un tabou. Cette pudeur est le reflet d'une attitude réservée, qui s'oppose à l'appétit sexuel attribué aux femmes médiévales.

Le XVI<sup>e</sup> et début du XVII<sup>e</sup> siècle font exception au port du décolleté. Une fraise ou collerette engonce le cou, pour les femmes et les hommes. Elle a pour but de cacher la poitrine et le cou, afin de mettre en valeur le visage.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le décolleté est rentré dans les mœurs et ne choque plus. Ce siècle des Lumières permet la prise de conscience que la pudeur détient une certaine relativité, car l'impudeur ne résidait pas dans la chair exposée, mais dans le regard porté sur elle.

D'après les philosophes, la pudeur n'est pas naturelle, elle est le résultat de sensations, comportements, éducation, préjugés, notions de bienséance et d'honnêteté publique.(10)

### 2.1.4. L'époque contemporaine

#### 2.1.4.1. De la Révolution française à la première guerre mondiale

A la Révolution, la décence est la première vertu de la jeunesse, comme garantie d'une pureté de cœur. La pudeur républicaine est alors plus vaste que la pudeur féminine. Elle est « *de tout sexe et de tout âge* ».(10)

Mais l'obligation sociale de pudeur est encore bien souvent plus forte pour la gente féminine. « *Une femme doit avoir de la pudeur, non seulement pour elle-même, mais pour tout son sexe (...), en se montrant sans voile, elle montre sans voile toutes les autres* ».(15) Cette fois, ça n'est pas pour la rabaisser, mais pour la préserver, car on a une très haute opinion de la femme. Même la législation contrôle cette pudeur afin de protéger la femme et d'éviter les

scandales. Balzac disait « *La pudeur n'est elle pas toute la femme ?* ». Au nom de la vertu, elle ne peut exercer une tâche qui la déshonorerait, comme la médecine ou la peinture de modèles nus.

Au XIXe siècle, un paradoxe apparaît : l'art exploite la nudité du corps, alors que le quotidien s'enferme dans la pudibonderie. Il existe un puritanisme, où la pudeur est imposée par une sévérité morale excessive. La pudeur reste essentiellement féminine. Parfois, la femme craint son propre regard, même dans la solitude. Dans ce cas, elle limite au maximum les instants de nudité, les bains, allant à l'encontre de l'hygiène. De plus, elle ne doit pas se faire remarquer : elle doit se vêtir sobrement, baisser les yeux et parler sans emphase, en pesant ses mots.(10)

Une rigueur comportementale est exigée des femmes et s'oppose à la liberté masculine et au patriarcat tout puissant. Dans la relation amoureuse, la femme aussi doit s'effacer. Les avances et la déclaration sont réservées à l'homme. Ainsi le désir masculin est préservé, conservant le lien conjugal.(5)

#### 2.1.4.2. Le choc du XXe siècle

Le XXe siècle, a connu de tels traumatismes, de tels remaniements sociétaux, que la pudeur en a été transformée. Un changement des esprits s'opère, en réaction au puritanisme du siècle précédent. Pour cette société de l'entre deux guerres, la femme n'est plus la créature naïve et effacée qu'elle était. Elle a détenu des postes au premier plan de la société, remplaçant l'homme. L'infirmière a soigné le corps poilu et recueilli ses confidences. On ne veut plus entendre parler de la contrainte pudique.

En 1920-1930, se sont développés plusieurs mouvements, dont le nudisme qui prône simplement la nudité et le naturisme, qui prône la nudité inscrite dans une philosophie de vie. Ce dernier a pour but de libérer l'homme de règles sociales sévères, non pas pour un retour à l'animalité primaire de l'homme, mais pour un dépassement de lui-même. La pudeur et la honte sont remplacées par une impudeur décomplexée. Il déclare possible la cohabitation innocente des sexes confondus, dans un cadre spatio-temporel défini. La pudeur ne serait plus liée à la honte mais au respect, car avec une moralité stricte, la nudité chaste peut être respectée. La nudité jugée socialement honteuse est remplacée par la beauté authentique de l'individu. Kienné de Mongeot, le promoteur de ce mouvement disait : « *Le nudisme n'est pas l'école de la chasteté, encore moins celle de la continence, mais l'école de la volonté, du contrôle de soi même et du sang froid sexuel.* »(10)

Les totalitarismes de cette époque, ont cherché à nier l'espace personnel de l'individu, au nom de prétendus intérêts communs supérieurs. Ils ont détruit une partie de l'humanité et brisé des individus.(5)

Lorsque la pudeur est niée ou attaquée, l'équilibre est rompu et l'être humain est blessé. Dans les années 1940, l'exemple du nazisme nous l'a démontré. Les nazis ont blessé le corps en outrageant la pudeur, cherchant à détruire l'humanité chez les juifs. A son retour du camp de Buchenwald, en 1947, Robert Antelme écrit *L'Espèce humaine*. Dans cet ouvrage, il témoigne de l'échec de cette tentative. Malgré les conditions extrêmes et l'impossibilité d'être seul à tout instant, il y avait un grand respect entre les prisonniers. Par ses comportements barbares, c'est en lui même que le nazi a détruit la notion d'humanité.(5)

Dans l'époque d'après guerre, le retour de l'abondance a engendré une société de consommation, « *tout est permis* », dans tous les domaines. Le combat féministe permet alors l'égalité des sexes et l'apparition de la femme libérée. La femme se débarrasse de nombreuses contraintes : corsets, jupes longues, chignons,... Ceci engendre progressivement la révolution sexuelle de mai 1968. Au nom de la liberté, « *il est interdit d'interdire* ».(16) Des courants extrêmes se répandent, comme l'anarchie, ou le naturisme,... qui déstabilisent la société occidentale. La vertu de pudeur, qui demande le respect de certaines limites, est perçue comme une valeur bourgeoise et ringarde, une sorte de censure. La femme émancipée, l'assimile à un voile de convenance qui cache sa vérité profonde. Elle devient presque discriminatoire.(5)

L'impudeur moderne a plusieurs objectifs : l'attrait commercial, le sensationnalisme, l'exacerbation narcissique et la libération des mœurs. Personne n'ose plus revendiquer sa pudeur. Ainsi, au nom de cette liberté des mœurs, cette liberté communautaire, l'individualité est niée et de nouvelles aliénations, plus subtiles, sont engendrées.(4)

#### 2.1.4.3.L'époque actuelle

##### - L'amointrissement de la pudeur

Aujourd'hui, la pudeur semble être une valeur ancienne, tombée en désuétude. Ceci conduit à la disparition progressive de l'intimité de chacun. La pudeur permettait pourtant la préservation de la sphère privée familiale et de l'espace privé intérieur. Elle garantissait donc un équilibre personnel et une vie sociale harmonieuse.(5)

Dans la société actuelle, les réseaux de communication exhibent la vie privée à la vue de tous, sans filtre et sans mesure. Les utilisateurs eux mêmes tombent dans ces dérives et n'ont pas conscience de l'aspect ridicule ou choquant de certains propos ; alors que par pudeur, ils devraient être gênés de ce qu'ils dévoilent. Ce n'est plus le fait de rendre publique la vie privée qui est sanctionné, mais le fait de la violer. En effet, c'est le consentement ou son absence qui permettent de déterminer l'infraction, et non le contenu des publications. L'impudeur ne réside plus dans la nudité exposée, mais dans le regard d'autrui posé sur elle.(10)

Dans un souci d'informations, les journalistes transmettent tout type de nouvelles, veillant à stimuler l'émotivité des spectateurs, afin d'augmenter les audiences. La télévision en particulier, introduit dans la vie privée des images prises sur le vif. Le voyeurisme s'installe. Le spectateur n'a pas le temps de choisir ce qu'il voit. Bien souvent il est sidéré et perd l'habitude de réfléchir à ce qu'il regarde et d'en prendre la responsabilité. Il subit ces images et ne prend plus conscience que sa pudeur est mise à mal.

Ce qui, auparavant, était une affaire privée, dans ce qu'il y a de plus personnel, devient un objet public, supposé concerner tout le monde.(5)

Selon Catherine Labrusse-Riou, (professeur de droit émérite à la Sorbonne), nous sommes tombés dans la « *dictature de la transparence* ».(4)

Dans la société de consommation qui est la nôtre, la publicité ne cherche pas à répondre aux désirs, mais à en créer de nouveaux. On cherche à vendre n'importe quel objet, grâce au corps dénudé, présenté comme un objet de consommation. Le plus souvent, c'est le corps de la femme, davantage érotisé dans l'imaginaire collectif, qui est utilisé à des fins commerciales.

La mode actuelle, avec les décolletés, les pantalons taille basse, les vêtements moulants, contribue à l'hypersexualisation de la société.(5)

Cette mode peut être paradoxale, car en 2010, il a été discuté de condamner le port d'un vêtement trop couvrant (la burqâ), tandis que le port de ceux dévoilant le corps était accepté (maillot de bain, short, t-shirt laissant voir le nombril,...). Dans les deux facettes, la femme est un objet de désir, à préserver dans un coffre-fort ou à commercialiser au travers d'une vitrine. Alors que la juste pudeur, le voile du vêtement, est sensé dissimuler la richesse d'une personne pour mieux la révéler à celui qui la regardera avec respect.(10)

Notre société devient profondément impudique. Elle fait croire qu'il est normal et innocent de tout communiquer à tout le monde, même ce qui touche au plus intime. Si la collectivité n'est plus capable de protéger l'individu et son espace personnel, il revient à chacun d'en devenir le « *gardien individuel* ». (5)

Autrefois, on rougissait devant les compliments, par pudeur on se faisait discret, mettant un mouchoir sur son amour-propre. A l'heure actuelle, cette pudeur de l'amour-propre est oubliée. Par contre, on en invente de nouvelles. On se cache pour faire un signe de croix, alors qu'avant on se signait à de multiples occasions. On ne parle plus d'argent. On cache ses lettres d'amour, alors que l'on rêvait d'être le prochain poète en vogue. Michel Polac résumait ainsi, notre époque contemporaine : « *Pourquoi cacher le meilleur et exhiber le pire ?* ». (8)

#### - Un nouveau regard sur la pudeur

De nos jours, même si notre société souffre du manque de pudeur, celle-ci persiste par endroits. Cette vertu n'est plus catégoriquement féminine mais tend à devenir mixte. Claude Habib disait : « *On peut imaginer une forme de franchise déclarative, chez une femme, qui ne soit pas repoussante ; ou, à l'inverse, une forme de réticence et de réserve, chez un homme, qui ne soit pas ridicule.* » (4)

La pudeur-honte tend à être remplacée par le pudeur-respect. On cache son intimité non plus par obligation et par crainte de déplaire ou de séduire. Mais par respect pour soi, parce que l'on choisit de préserver son intimité et de ne pas user de ses charmes que l'on connaît et accepte sans culpabilité. Ceux qui, actuellement, persistent dans une pudeur-honte l'expriment soit par un retour à la pruderie, soit par une impudeur provocatrice, telle que l'exhibitionnisme. (10)

De tout temps et dans le monde entier, on retrouve la trace de la pudeur. Pendant des siècles, la pudeur a été définie comme étant naturelle, d'autant plus pour les femmes. Cela signifie qu'elle est constitutive de l'humanité et qu'elle est universelle. Par contre cette notion varie selon les époques et les régions. Ceci stipule qu'elle est individuellement interprétable et façonnée par une culture, une religion, une éducation, un caractère, une histoire personnelle, ... Louis Charpentier présente la pudeur comme une vertu que Dieu a imprimée dans le cœur de l'Homme. C'est « *une vertu primitive et non l'effet d'un préjugé national* ». Par contre, elle est fluctuante, et cette pudeur naturelle va être renforcée par la pudeur acquise.

Joseph Joubert, lui aussi, résumera cette vertu par un compromis entre la pudeur naturelle qui est un instinct et la pudeur culturelle qui inscrit des habitudes.

## 2.2. Religions et pudeur intrinsèquement liées

Les rapports entre les individus, le couple, la sexualité,... sont des domaines prépondérants dans la vie humaine. Chacun d'entre eux est marqué par la pudeur. Or, les religions émettent des recommandations sur la majorité des domaines de l'existence. Par conséquent, il est logique que les religions se positionnent sur ces sujets et donc, qu'elles influencent fortement les représentations de la pudeur. Elles émettent des opinions et des conseils qui vont guider avec plus ou moins de fermeté leurs fidèles.

Les trois religions monothéistes abrahamiques sont les plus répandues à travers le monde. Nous avons une forte probabilité de rencontrer des patientes pratiquant ces religions. Nous avons donc limité notre étude au Judaïsme, au Christianisme et à l'Islam.

### 2.2.1. Le Judaïsme

Le judaïsme est la plus ancienne religion monothéiste, fondée sur l'Ancien Testament et les Psaumes de la Bible. Dieu fait Alliance avec Abraham et toute sa descendance. Par l'intermédiaire de Moïse, Dieu conduit son peuple, le peuple hébreu, hors d'Égypte, jusqu'en Palestine. Ce peuple élu, attend la venue du Messie. Un roi idéal, qui donnera au monde justice et paix et qui rétablira la puissance du peuple Israël.(17)

Le judaïsme ne se limite pas à la religion juive, il intègre la culture, la civilisation et l'histoire du peuple juif. Il se réfère aussi au *Talmud*, la tradition juive. En l'an 70, lorsque Jérusalem est détruit par les Romains, la Diaspora dissémine les juifs à travers le monde. Ils s'intègrent alors à de nombreuses cultures. La culture occidentale a été fortement marquée par l'influence juive, puis chrétienne. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la majorité d'entre eux réside en Israël.(18)

Dans la Bible, la notion de pudeur est apparue avec le péché originel, dans l'Ancien Testament. Dans la Genèse, Eve, la femme, mangea le fruit défendu, celui de l'arbre de la connaissance du bien et du mal. Elle en donna à Adam, l'homme, qui lui aussi en mangea. Alors, ils furent chassés du paradis et le mal entra dans le monde. A ce moment, ils eurent connaissance de leur nudité et en furent gênés. Il est écrit dans la Genèse (Gn 3,7) : « *Alors, leurs yeux à tous deux s'ouvrirent et ils connurent qu'ils étaient nus* ». Ils se couvrirent d'un

pagne fabriqué avec des feuilles de vignes et se cachèrent de Dieu par honte de leur nudité.(10)

La femme a une place centrale dans la famille, car elle est la garante des coutumes traditionnelles et religieuses. La loi juive imprégnée du texte de la Genèse et de cette figure d'Eve tentatrice, cherche à dominer cette tentation par la pudeur. Ainsi, elle contraint la femme à de nombreuses règles de pureté.(18)

Les rapports sexuels sont interdits avant le mariage. Et l'adultère est interdit par le sixième commandement délivré à Moïse, dans les tables de la loi : « *tu ne commettras pas d'adultère* » (Ex 20,14). Il ne concerne qu'une femme mariée avec un autre homme, mais pas un homme marié avec une autre femme.(19)

La loi de la pureté familiale commande à la femme mariée, une période d'abstinence sexuelle, entre le début des règles jusqu'à sept jours après. A la fin de cette période, elle doit prendre un bain rituel, afin de se purifier.

Afin de favoriser cette chasteté, la femme doit être pudique. Elle doit être vêtue modestement et se comporter avec retenue. Pour cela, elle doit porter un vêtement couvrant et dissimuler ses cheveux, en signe de soumission à Dieu.(18)

De tout temps, les femmes juives ont porté le voile. C'était une sorte de reconnaissance culturelle, une marque d'appartenance à la communauté juive. Tertullien, un théologien du IIe siècle, le confirme ainsi : « *chez les juifs, le voile couvrant la tête des femmes est tellement courant, que c'est à cela qu'on les reconnaît.* ». Cette interdiction de montrer ses cheveux a perduré jusqu'au XXe siècle. Son non respect pouvait être cause de répudiation. A l'heure actuelle, cette règle est encore suivie par certaines, ou parfois remplacée par le port d'une perruque, ou d'un vaste chapeau. A la synagogue, cette coutume s'étend aux hommes et aux femmes. Ils se couvrent la tête devant Dieu, par décence et soumission.(10)

Une maladie peut être vécue comme une punition divine. Mais aussi, elle peut être vécue comme une épreuve providentielle, permettant de témoigner de sa foi. Selon les écritures, un juif malade a l'obligation de se soigner. Il doit choisir de vivre et de prendre soin de cette vie que Dieu lui a donnée. Chez les juifs, la pudeur concernant la souffrance n'est pas de rigueur. Ils expriment leur douleur avec un langage verbal et comportemental appuyé. Ceci est le cas également lors de l'accouchement. Cette façon de vivre la douleur se comprend aussi par le

texte de la Bible, où Dieu dit : « *J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur* » (Gn 3.16).(20)

Par pudeur, le père n'est pas présent lors de l'accouchement. La tradition veut qu'il attende derrière la porte en récitant des psaumes, pour que sa famille soit en bonne santé.(18)

### 2.2.2. Le Christianisme

Le christianisme est une religion monothéiste fondée sur la Bible composée de l'Ancien et du Nouveau Testament. Elle est issue du judaïsme et s'en écarte par la croyance en Jésus, et sa reconnaissance en tant que Messie.(21)

La foi chrétienne croit en un seul Dieu trinitaire, composé de Dieu le Père, créateur, de son Fils Jésus-Christ, sauveur et de l'Esprit Saint. Le Christ est descendu sur terre, est mort et ressuscité, afin de sauver le monde, de le libérer du péché et de la mort.(22)

Le christianisme primitif, a entretenu la conception de la pudeur féminine jusqu'au Moyen-Âge inclus. A cause de l'image d'Eve, la tentatrice, qui a provoqué la chute de l'homme, la femme doit se voiler de pudeur pour ne pas séduire l'homme.(10)

Pour l'Eglise, la pudeur a pour but de maintenir les chrétiens dans la chasteté. Elle doit servir une vertu supérieure et absolue : la pureté. Pour ceux qui vivent dans le célibat, elle traduit un commandement naturel et inconditionnel de continence. Pour ceux vivant dans le mariage, elle commande de ne pas commettre d'adultère, comme l'indique le sixième commandement datant du judaïsme. Cette dernière règle s'adresse aux maris comme aux femmes. L'éducation à la chasteté doit se porter davantage sur les garçons, pour qui la maîtrise de leur désir est plus difficile.(9)

Au XVIIIe siècle, selon l'Abbé Joseph Reyre, il faut inculquer les vertus, dont la pudeur, aux jeunes filles. Sans cela, elles pourront être polies, honnêtes, décentes, mais jamais profondément vertueuses. Car c'est l'amour et la crainte de Dieu qui permettent de dépasser les mauvais penchants et « *en privé, seul le regard de Dieu peut brider les passions.* »

Durant vingt siècles de tradition chrétienne, les femmes se couvraient la tête pour prier. En effet, dans l'épître aux Corinthiens, saint Paul prescrit aux femmes de se voiler pour prier, afin de ne pas séduire les anges (1 Co 11,10). L'homme, lui, se découvre la tête pour prier, parce qu'il est la gloire de Dieu, tandis que la femme, elle, est la gloire de l'homme. Dans les

premiers siècles, le voile fut aussi une protection chez la femme mariée, mais cette coutume est suivie de façon disparate selon les régions. Depuis le IV<sup>e</sup> siècle, le voile est conféré aux moniales, symbole de consécration et de mariage avec le Christ. Cette sacralisation du voile chez les religieuses a pour conséquence de le transformer chez les laïques. Du XII<sup>e</sup> au XV<sup>e</sup> siècle, le voile prend diverses formes, il est davantage un objet de coquetterie que de pudeur. A la Renaissance, il est remplacé par un chapeau ou un bonnet, aussi bien pour la femme mariée que pour la jeune fille.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, la pudeur est évoquée comme un instinct naturel, donné par Dieu aux femmes. Il n'y a plus cette connotation péjorative où la femme est à l'image d'Eve, la tentatrice.

Pour les chrétiens, la pudeur ne se limite pas aux comportements et aux sentiments, il s'agit également de ne pas souiller son propre regard. La vertu de pudeur permet le triomphe de la raison et de la volonté sur le corps et ses désirs. Elle rend l'Homme noble et supérieur à l'animal.(10)

Le *Catéchisme de l'Eglise catholique*, écrit en 1992 à la demande du pape Jean-Paul II, est la référence sur la foi et la morale des catholiques. Il présente la pudeur comme une vertu qui préserve l'intimité de l'individu et l'amour sacré du couple. Elle révèle une dignité spirituelle spécifique à l'homme et inscrite dans la transcendance.

L'Homme est fait « à l'image et à la ressemblance de Dieu ». C'est pourquoi l'image divine est présente en chaque individu. De plus, il est doté d'une intelligence et d'une volonté qui lui donnent une capacité de liberté. C'est ce qui lui confère une dignité inestimable ; dont le respect et la préservation sont rendus possibles, grâce à la pudeur.(23)

Il est ajouté également : « *En créant l'être humain homme et femme, Dieu donne la dignité personnelle d'une manière égale à l'homme et à la femme.* » (FC 22 ; cf. GS 49, § 2). La dignité de l'homme exige qu'il maîtrise ses passions. Ainsi, l'apprentissage de la loi morale et de la maîtrise de soi édifient la liberté humaine.(23)

L'enseignement de la pudeur éveille au respect de l'autre. La pudeur guide les regards et les gestes. Elle invite à la patience et à la modération amoureuse. Elle est délicatesse. Elle est modestie qui inspire le choix du vêtement. Elle est discrétion préservant d'une curiosité malsaine. Elle est retenue, qui libère de l'érotisme et du voyeurisme. Elle est inscrite en

l'homme, éveillée et renforcée par l'éducation. Elle peut être demandée comme une grâce à Dieu.(23)

« *La vie et la santé physique sont des biens précieux confiés par Dieu* ». Il convient d'en prendre soin raisonnablement, car la vie corporelle n'est pas un but ultime. Chacun doit, s'il le peut, bénéficier des soins médicaux nécessaires, afin de prendre soin du corps qui lui a été donné. Aucune particularité n'est mentionnée concernant une pudeur particulière aux soins médicaux ou obstétricaux.(23)

### 2.2.3. L'Islam

L'Islam est une religion monothéiste, fondée sur le Coran, qui est la parole de Dieu transmise au prophète Mahomet. Elle s'appuie également sur la Sunna, qui est la tradition et le modèle de vie du Prophète. L'Islam transmet le code complet de bonne conduite. Etre un bon musulman consiste à l'appliquer le plus précisément possible. Dans la Sunna, il n'y a pas de notion de péché originel ou de bien absolu. Tout est fondé sur ce que le Prophète a adopté ou non dans son quotidien.

La pudeur est la vertu cardinale de l'Islam. Elle est codifiée par le Coran et la Sunna. Elle a pour but d'apaiser les rapports communautaires, en servant de garde frontière sexuel, de garde fou spirituel. La femme, perçue comme un objet de désir, est en grande partie responsable de cette pudeur, afin d'apaiser les rapports entre les hommes. Le conflit sexuel est rendu responsable des conflits sociaux. C'est pour cette raison que la femme doit suivre les règles de séparation et de retrait de la société. Elle ne doit pas être vue, elle doit camoufler son corps par des vêtements amples, un voile, assourdir sa voix et ne rien dire en présence d'un étranger. Slimane Zeghidour, journaliste et écrivain franco-algérien disait : « *Comme si la femme, allumeuse en diable, était une bombe ambulante, dont la chevelure serait la mèche.* »

L'homme, lui, n'a d'obligation de se couvrir que du nombril aux genoux.

Lorsqu'un homme accompagné de son épouse, croise un ami dans la rue, il ne peut le saluer. La pudeur veut que l'aparté du couple, l'intimité même publique, ne soit pas perturbée. Ceci risquerait de briser cet espace conjugal sacré. La chasteté est de mise, non pour sa vertu en elle-même, mais pour la paix communautaire.(4)

Les aléas de la vie et en particulier la maladie, sont perçus avec fatalité. Tout arrive selon la volonté de Dieu. Il y a donc une résignation, car c'est Dieu qui est maître. Le verset coranique

26,80 l'exprime ainsi : « *Et quand je suis malade, c'est Lui qui me guérit...* ». Mais il n'y a pas pour autant un refus des soins, car il faut prendre soin du corps donné par Dieu.

Lors de la prise en charge médicale, la pudeur a toute son importance, en particulier pour les femmes. Les soins effectués par des hommes peuvent créer un malaise, voire être refusés. En effet, la femme peut avoir des difficultés à se dévoiler devant un homme qui n'est pas son mari. L'homme peut souhaiter cacher sa femme aux yeux des autres hommes, même si c'est pour la soigner. De plus l'homme décide de tout. Il doit donner la permission à sa femme pour une intervention, un examen,...

Lors de l'accouchement, la solidarité des femmes est très répandue. C'est pour cela qu'une patiente est souvent accompagnée par sa mère, sa sœur, ou une amie, dont le soutien est précieux. Mais la présence du père n'est pas pour autant déconseillée.(24)

### 2.3.Des cultures marquées par la pudeur

Les différentes cultures sont toutes imprégnées par la pudeur qui régit les relations entre les individus. Mais celle-ci est perçue différemment dans chaque région du monde, ainsi que dans chaque pays, voire dans chaque ethnie. Chaque vision culturelle de la pudeur est marquée par une histoire, des religions, des flux migratoires, des coutumes, des lois,... Il est difficile d'évaluer la proportion d'influence de chaque élément sur la culture et sur la pudeur. Il n'est pas possible non plus de dépeindre chaque culture ; ni d'avoir une vision exhaustive des pudeurs culturelles présentées ici. Mais il nous a paru intéressant d'en présenter quelques-unes. Ainsi, on peut comprendre que des coutumes culturelles ne se résument pas à des coutumes religieuses. Chaque région interprète la pudeur à sa façon, qui évolue selon les époques et les flux de population.

Nous avons limité ce travail à l'étude des cultures chinoises et marocaines, particulièrement marquées par la pudeur. Prendre du recul est utile pour observer la pudeur sous l'angle transculturel.

Ainsi, nous pourrions mieux comprendre les variations de pudeur chez les personnes immigrées que nous soignons.

### 2.3.1. La Chine :

La pudeur est intrinsèquement liée à la manière d'être en Chine et doit être une « *seconde nature* ». Elle permet l'harmonie entre les Hommes, ainsi qu'entre les Hommes et le monde. Anne Cheng disait : « *Toujours rester en retrait de soi même* », pour laisser un espace où sa dignité et celle d'autrui puissent s'épanouir.

En Occident, la honte peut être éprouvée comme une sorte de culpabilité soumise à la loi, à la morale, ou à la religion. Mais en Chine, la honte est ressentie lorsque l'individu a conscience d'avoir outrepassé les rites (manière de saluer, de parler, de céder sa place,...). Il existe une pression sociale et personnelle, car les chinois se sentent toujours observés. La pudeur reste une manière d'être, de dire ou de faire, spontanée. Elle diffère de la décence dont les règles sont extérieures à l'individu. Or l'esprit rituel chinois dépend à la fois de la pudeur et de la décence.

De plus, en Occident, la pudeur protège l'intimité des personnes et fait la part des choses entre vie publique et vie privé. Dans la Chine ancienne, le ritualisme est partout et dans tous les domaines de la vie. Ainsi toutes les relations doivent être « *fades comme de l'eau* » quelque soit le degré d'intimité, même entre mari et femme. En effet, il est indécent de dire ses sentiments à la personne que l'on aime, alors qu'il n'est pas impudique de faire ses besoins en public. Les sentiments sont exprimés par des métaphores ou des poèmes. Tout est dans la suggestion. L'acte sexuel est un devoir sacré. Aucun sentiment de culpabilité morale ou de péché ne l'accompagne. Mais il est ritualisé, accompagné de prières, de sacrifices et doit rester secret pour ne pas l'entacher. Tous les rapports hommes femmes sont strictement ritualisés, même entre les époux. Le contact physique est exclusivement réservé au lit conjugal. Il ne doit jamais avoir lieu, même pour se donner quelque chose (on place la chose sur un plateau de bambou, sinon par terre). Ainsi, jusqu'au XIXe siècle, jamais on ne voyait de chinois s'embrasser, car le baiser était limité à la relation sexuelle.

Les vêtements chinois sont amples. La nudité est très peu représentée dans l'art, ni la représentation humaine en général. S'il n'y a pas d'exaltation de la beauté du corps, ce n'est pas par honte de ce corps, mais par discrétion ; pour ne pas promouvoir un individu en particulier. Lorsque l'on observe l'art bouddhique depuis l'Inde, vers l'intérieur des terres chinoises, même Bouddha est progressivement vêtu. L'art est dans la suggestion, dans la

signification et non dans la représentation achevée. L'esthétique classique en Chine se base sur « *l'art de dire moins pour en dire plus* ».

Ces rites étaient valables même dans la pratique médicale, entre un médecin et sa patiente. Ils ne pouvaient se voir face à face. Le médecin prenait uniquement le pouls, lorsque la femme lui tendait la main entre les rideaux du lit. Un mannequin d'ivoire, représentant une femme nue, servait à localiser la douleur.(4)

A l'heure actuelle, dans les campagnes chinoises, les femmes n'ont pas ou que peu de suivi médical pendant leur grossesse. En ville, elles ont une prise en charge qui se limite à l'examen médical traditionnel chinois, dont le but est de dépister des déséquilibres corporels. Il comprend : un interrogatoire méticuleux, la palpation du pouls, l'auscultation, l'observation du teint et de la langue, ainsi que les mesures de tension artérielle, température, poids et hauteur utérine. Aucun examen gynécologique n'est effectué. C'est pour cela qu'un suivi obstétrical français, avec le dévoilement qu'il implique, peut leur sembler impudique.

Globalement, lors de l'accouchement, les chinoises n'expriment pas leur souffrance. En effet, à cet instant également, la maîtrise de soi et la pudeur sont de rigueur.(25)

Lorsqu'elles accouchent, les chinoises peuvent être accompagnées par leur mère ou belle-mère, plutôt que par leur mari. Elles n'ont pas de difficulté à être prises en charge par un homme, mais la présence de leur mari leur semble impudique. Par contre, elle n'ôtera ses chaussettes et ne dévoilera ses pieds, que pour son mari.(10)

### 2.3.2. Le Maroc

La pudeur féminine est très présente au Maroc. Face à l'homme, la femme à une position de modestie, de retenue et de soumission. En effet, elle doit baisser les yeux et le ton devant lui. Le port du voile est très répandu. Mais l'ouverture du dialogue sur les relations sexuelles, tend à la réduire. Ces discussions se limitent au cadre exclusivement masculin ou exclusivement féminin, mais elles se répandent.(26)

Au Maroc, la femme enceinte est considérée comme une reine, ses caprices et envies sont assouvies pour le bon développement de l'enfant. Tout un réseau de femmes se tisse autour d'elle, durant toute la grossesse et les 40 jours du post-partum. Elles veillent sur la femme, afin qu'elle mène à terme sa grossesse et qu'elle soit aidée dans l'accueil et l'éducation de son

enfant. Peu de jours avant l'accouchement la femme est rasée pour être purifiée, car les poils sont jugés insalubres.

Le toucher vaginal serait considéré comme un « *acte indécent et dangereux pour le fœtus* ». (27)

Si les femmes sont aisées et en région urbaine, elles accouchent à l'hôpital avec une sage-femme. Si elles habitent en campagne, elles accouchent à domicile avec une « *qabla* » (accoucheuse traditionnelle de mère en fille). Ces derniers représentaient encore 50% des accouchements en 2005. Ce moment est vécu dans un cadre personnel, avec une population connue et choisie. Ce qui est plus confortable et propice au respect de la pudeur. Bien que le nombre de femmes présentes puisse être important (mère, sœurs, amies, *qabla*,...) la femme n'est pas exposée davantage. En effet, le spécialiste de l'Islam Mohammed Patel disait qu'il n'est pas permis aux femmes de regarder les parties génitales d'une autre femme, sauf dans les cas du suivi médical et de l'accouchement. « *Mais même dans ce cas, seuls le gynécologue, le médecin ou la sage-femme aura le droit de regarder les parties privées de la patiente* ». La femme accouche dans une pièce obscure, en portant une tunique, qui la préserve des regards. Le contact physique, lui, est présent notamment par des massages pendant le travail et le post-partum. La *qabla* masse également le périnée, avec de l'huile d'olive, afin de limiter les déchirures.

Au contraire des chinoises, qui par pudeur n'expriment pas leur douleur, les marocaines la valorisent au travers de cris, pleurs et prières. Ceci « *garantit l'honneur de leur mari* ».

Même si l'Islam ne l'interdit pas, les pères marocains ne sont pas les bienvenus lors de l'accouchement, pour une question de pudeur. Il est commun de dire « *l'accouchement est une histoire de femmes* ». L'homme découvre son enfant lorsqu'on vient le lui présenter, toujours en dehors de la chambre. Mais dans les structures hospitalières, cette coutume du père absent se raréfie.

L'allaitement est naturel et instinctif. Il est réalisé à l'écart des regards masculins. Ceci est facilité par l'exclusion de la femme, hors de la chambre conjugale, pendant les 40 jours du post-partum. Pendant toute cette période, la femme est estimée fragile et impure. (27)

### 2.3.3. Une approche transculturelle

Durant la colonisation, les européens ont voulu vêtir les ethnies vivant nues. Mais le pagne ou la robe donnés aux indigènes, ont été perçus comme quelque chose qui attirait le regard sur leurs parties sexuelles. Tandis que leur peau et leurs poils pubiens semblaient déjà habiller leur corps. Il existe alors un voile naturel, immatériel, qui rend la nudité pudique. Cet élément nouveau, contrecarrant les coutumes locales, va justement éveiller le sentiment de honte, alors que la nudité précédente n'était pas érotique, ni dépourvue de pudeur. Ces peuples vivent avec d'autres règles, mais non dans l'anarchie.(9)

On peut retrouver la perception d'une chaste nudité, chez les athlètes, dans l'antiquité. Jean-Claude Bologne disait : « *la pudeur ne se définit pas par l'organe sexuel en soi, mais par rapport à l'attention qu'on y porte* ». Si le regard est sexualisé, comme il l'est en Occident et dans les temps modernes, le corps et les comportements peuvent facilement sembler indécents, tandis que si le regard est neutre, le sexe est visible sans honte.

Inversement, le vêtement ne préserve pas totalement. Ainsi, Jean-Claude Bologne disait : « *Le regard de l'autre engendre la pudeur car, même habillée, la femme convoitée se sent nue* ». (10)

En France, dans un monde moderne, où le multiculturalisme rapproche des sensibilités diverses, on observe toute la complexité de la pudeur. D'une part le corps est dévoilé par la mode, d'une autre les réactions que cela suscite sont traquées par la législation et la solidarité sociétale.(10)

Les différences de culture ou de religion peuvent poser problème lors des soins médicaux et en particulier lors de l'accouchement. Dans nos structures hospitalières, le choix de l'entourage médical n'est pas possible, et la présence de soignant masculin est parfois inévitable. Un refus de soin peut être réactionnel. Pour nombre d'entre nous, la présence du père nous semble évidente, alors que selon les coutumes et le rapport au corps de chacun, elle peut être perçue comme étant néfaste. Les examens répétés que nous avons l'habitude d'effectuer, peuvent être vécus comme étant invasifs et portant atteinte à la pudeur. De plus, certains rites, bains, massages, prières, présence de l'entourage, ne sont pas toujours réalisables. Ceci peut être accentué par des difficultés de communication, liées soit à la langue, soit à la pudeur ou la honte des sentiments.(28)

### 3. Les limites de la pudeur

Il est parfois nécessaire de donner un cadre aux individus, pour que la pudeur soit respectée. Afin de protéger les personnes, la législation française en prend la mesure.

Le contexte médical expose davantage l'individu. Des recommandations sont instaurées afin de donner un cadre aux soins et de préserver au mieux la dignité des patients. Le code de la santé publique en exprime certaines et la Haute Autorité de Santé (HAS) répand le concept de bientraitance. Le rapport à l'intimité du patient a évolué en parallèle de l'évolution de la médecine et de l'organisation des soins. De nos jours, dans le contexte obstétrical où l'intimité est particulièrement exposée, des mesures sont prises afin de respecter davantage la pudeur des femmes.

#### 3.1.Législation

La pudeur est un principe moral et éthique. D'une part, la loi morale s'impose à l'homme d'après sa raison et lui permet de différencier le bien du mal. Elle est universelle, immuable et inscrite dans l'homme au-delà de ce qui lui est dicté par la société. Le philosophe Kant l'exprime ainsi : « *Agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature* ». (29)

D'autre part, l'éthique est l'ensemble des principes moraux ; c'est-à-dire l'ensemble des règles et des normes du comportement d'un groupe humain. (30)

Mais ces lois naturelles sont parfois reniées par l'homme. La législation est donc présente pour exprimer les droits et les devoirs des individus, afin de rendre la vie en société possible et de protéger les plus faibles. Mais l'évolution de ces lois montre en parallèle l'évolution des mœurs. L'intervention de la loi dans la pudeur, dans ce qu'il y a de plus intime à chacun, a pour but de faciliter la vie sociale et de lutter contre l'instrumentalisation de l'individu. La juriste Catherine Labrusse-Rioux le justifie ainsi : « *Cette naturelle autoprotection de l'intime...implique l'existence d'une frontière, d'une ligne de séparation entre ce qui est voilé et dévoilé, voilable et dévoilable, visible, dicible, audible ou non. Tracer cette frontière est en partie une question juridique essentielle* ».

La première loi concernant la pudeur date de la Révolution Française, du 19 et 22 juillet 1791. Elle a pour but de punir l'individu ayant offensé la nudité d'une femme par des violences

sexuelles. Elle condamne « *ceux qui seraient prévenus d'avoir publiquement attenté aux mœurs par outrage à la pudeur des femmes* ». (10)

En 1891, la loi sur l'outrage à la pudeur est éditée dans le Code Civil ou Code Napoléon. Elle interdit « *l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public* ». Elle condamne d'une part, tout acte impudique commis à la vue d'autrui, ceci portant atteinte à la morale publique. Et d'autre part, elle condamne tout attentat à la pudeur. Ce dernier ayant pour but de blesser la pudeur d'une personne précise, par des attouchements sans pénétration. Cette loi a donc pour but de préserver la pudeur publique et individuelle. (31)

Jusqu'en 1975, le terme de pudeur n'a été utilisé dans le droit français, que lorsqu'elle a été bafouée. Mais aucune définition positive ne qualifiait ce concept en lui-même. C'est l'arrêt de Limoges qui permet de la définir et de lui donner un cadre légal : « *la pudeur est un instinct moral qui interdit de montrer certaines parties du corps en raison de ce qu'elles se rattachent à l'acte sexuel, ou de faire devant d'autres personnes des gestes sexuels, des exhibitions ayant pour effet soit d'éveiller certains désirs chez autrui, soit de provoquer sa répulsion en raison de leur obscénité* ». (32)

Le 17 juin 1998, l'article 222 du Code Pénal punit les agressions sexuelles. Elles sont définies comme étant « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* ». Les termes « *attentat* » et « *outrage* » à la pudeur sont oubliés et remplacés par « *agressions sexuelles* ». Ces dernières comprennent le viol, les autres agressions sexuelles et le harcèlement sexuel. (33)

L'Union européenne a également pour but de préserver l'être humain. Cette fois, ça n'est pas sous l'angle de la pudeur, mais celui de la dignité, qu'elle opère. Mais comme nous l'avons vu précédemment, il n'y a pas de respect de la dignité sans respect de la pudeur. L'attitude d'autrui peut blesser l'individu lorsque sa nudité n'est pas respectée, que sa pudeur est bafouée, car ainsi sa dignité est outragée. C'est pour cette raison que des mesures ont été prises. La charte des droits fondamentaux, publiée en 2000, préserve la dignité humaine par son premier article, du chapitre I : « *La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée* ». (34)

Dans certains lieux les limites légales de la pudeur ne sont pas les mêmes. En effet, dans les vestiaires sportifs, les hôpitaux, ou les œuvres artistiques, la nudité est dévoilée. Elle est tolérée pour des raisons pratiques, sportives, d'esthétisme ou de santé. Mais la pudeur n'est

pas pour autant absente, car cette nudité n'est pas accompagnée d'attitudes obscènes. L'exemple de l'art peut se comprendre par la transfiguration du réel qu'il occasionne. Ainsi le corps représenté est une fiction. Le domaine juridique ne peut pas intervenir, car il a pour but la protection de personnes réelles et non fictives. Par contre, dans les situations, où l'art sert à présenter des faits ou personnes réelles, la législation peut intervenir. Un talent ne peut servir à tout dire sous prétexte que c'est de l'art.(4)

### 3.2.Recommandations médicales

#### 3.2.1. Le code de la santé publique

Dans le contexte médical, la nudité doit fréquemment être dévoilée. Malgré ce cadre exceptionnel, cette nudité est réglementée afin de protéger la dignité des patients. La Charte de la personne hospitalisée, écrite en 1996 et améliorée en 2006, a précisé le but de protéger la vulnérabilité du patient. Par l'article 8, cette charte a la mission de protéger l'intimité individuelle : « *La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.* » Par l'article 9, elle a la mission de respecter la vie privée : « *Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.* »(35)

Le code de déontologie des sages-femmes, exige le respect de la dignité. Le respect de la pudeur est donc sous-entendu. Le code de la santé publique l'exprime ainsi dans l'article R.4127-327 : « *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.* »(36)

Pour les médecins, le code de déontologie développe la même idée du respect de l'individu. Elle est présentée ainsi par l'article 2 du code de la santé publique (article R.4127-2 du CSP) : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.* ». Ou encore de cette façon par l'article 7 (article R.4127-7 du CSP) : « *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la*

*personne examinée.* » Or la notion de pudeur varie d'une personne à l'autre en fonction de ses origines, de ses mœurs, de sa religion,... et fait partie intégrante de la dignité humaine. Le médecin doit donc essayer de comprendre et respecter la notion de pudeur propre à son patient, afin de respecter sa dignité.

Comme observé précédemment, puisque c'est la liberté de l'homme qui lui confère sa dignité, le respect de sa dignité implique le respect de sa liberté. Pour qu'il fasse l'usage de sa liberté, encore faut-il lui expliquer les choix possibles et leurs conséquences. Ceci est obligatoire grâce à l'article 36 (article r.4127-36 Du CSP) « *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.* ». En conséquence, s'il estime que sa pudeur ne tolérera pas un quelconque soin, il pourra le choisir ou le refuser en connaissance de cause.

Dans le contexte médical, la nudité n'est pas le seul élément de l'intimité qui est dévoilée. De nombreux éléments de la vie privée peuvent être révélés au cours de la prise en charge. Le dossier médical lui-même est constitutif de la vie privée. Ces éléments doivent être protégés par le secret médical. Dans le code de la santé publique, l'article 4 (article r.4127-4 Du CSP) l'exprime ainsi : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »(37)

Toute personne qui déroge à cette règle est condamnée par l'article 226-13 du code pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie* ».

### 3.2.2. Le concept de bientraitance

Depuis quelques années, l'ANESM a pour ambition de promouvoir le concept de bientraitance. Il est défini par une « *posture professionnelle telle qu'une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuses de ses choix et de ses refus.* ». La bientraitance est donc une culture qui inspire les soignants, afin de promouvoir le bien-être du patient, tout en prévenant la maltraitance.(38)

De ce concept a découlé une charte de la bientraitance. Plusieurs des recommandations qu'elle livre, abondent dans l'idée de préserver la pudeur du patient. Ceci inclut la démarche de comprendre ce qu'est la pudeur de l'individu et de s'y adapter. Elle préconise d'écouter et de donner une information adaptée au patient, ainsi que de tenir compte de ses choix. Elle prône de respecter « *l'intégrité physique et psychique, la dignité et l'intimité de l'usager.* » Elle commande le respect de la confidentialité des informations.(39)

Dans les recommandations éditées en décembre 2017, à propos de l'accouchement normal, l'HAS insiste sur la nécessité de la bientraitance. Elle se traduit par la qualité de relation entre les soignants et la patiente. Elle inclut entre autres le respect de l'intimité et de la dignité en salle d'accouchement.

Selon l'HAS, il est recommandé de conseiller aux patientes de faire un projet de naissance oral ou écrit. Ainsi elles peuvent exprimer leurs souhaits et préférences pour l'accouchement, y compris concernant la pudeur. On doit également l'encourager à être accompagnée par la personne de son choix. Ce qui signifie que la présence du mari n'est pas obligatoire mais doit être choisie.(40)

### 3.3.La pudeur dans les soins

#### 3.3.1. Evolution de la pudeur médicale féminine

Un vieil adage médical disait : « *il n'y a pas de honte à ce qui est naturel* ». Mais sur le plan individuel, il peut être difficile pour un patient de dévoiler son intimité au médecin.

Autrefois, parce que la pudeur était la vertu des femmes, elles accouchaient avec des matrones et la présence des hommes n'était pas tolérée. Au XVI<sup>e</sup> siècle, l'image même d'une femme enceinte sur l'enseigne de porte d'une sage-femme était jugée impudique et risquait de corrompre le voisinage. Il existait une exception à la cour, depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, où la reine accouchait en public, devant une foule de courtisans. Ainsi, ils pouvaient attester de la légitimité du nouveau-né, héritier du trône. De ce fait, l'accouchement public de Marie-Antoinette a pu être retranscrit.

Les médecins accoucheurs et chirurgiens ne sont intervenus qu'à partir du XVII<sup>e</sup> siècle. C'est Louis XIV qui les fait venir à la cour, pour une plus grande discrétion auprès de ses favorites. Mais ceci fait polémique. Le médecin Philippe Hecquet écrit un traité en 1708 : « *De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes* ». On préconise alors de tendre un drap

entre la taille de la patiente et le col du médecin, ou encore de faire un examen gynécologique sous la robe, sans regarder.

Même si du XVIIe jusqu'au XIXe siècle il a été contesté d'être accouchée par des médecins, la prise en charge de l'obstétrique est progressivement devenue masculine. Ça n'est que depuis peu, que la place des femmes médecins est reconnue et étendue, et celle des sages-femmes redéveloppée.(8)

Au XIXe siècle, la pudeur, comme vertu religieuse est remplacée par la pudeur, comme vertu naturelle et révolutionnaire. Le médecin devient un conseiller au sujet de la pudeur et reçoit les aveux à la place du confesseur. Désormais, il a le droit de tout dire et de tout faire. L'hôpital offre une parenthèse où la nudité est déssexualisée. Pour aider les femmes à faire part de leurs troubles, des livres sont écrits par les médecins, pour les guider sur les pathologies et les thérapeutiques. Bien souvent la femme cache ses maux à son mari. Elle se confie à sa mère, pour qu'elle serve de chaste intermédiaire entre elle et le médecin.(10)

Alors que l'hygiène et la prophylaxie se développent, certaines maladies dites honteuses basculent dans l'indicible. Parmi elles, les maladies sexuellement transmissibles, la gale,... alors qu'elles devraient justement être dépistées, étant contagieuses et parfois graves. Une part de cette pruderie mal placée persiste de nos jours. D'ailleurs ne dit-on pas toujours : « *je n'ai pas la gale* ». (8)

### 3.3.2. L'organisation des soins

Autrefois, les soins dans les centres hospitaliers étaient effectués par des religieuses. Le voile symbolisait une barrière et révélait le caractère asexué de la relation patient-infirmière. A l'heure actuelle, ça n'est plus le cas, mais l'uniforme du soignant, maintient une certaine barrière de protection et de respect. De plus, la nudité nécessaire aux soins légitimise la situation. Malgré cette parenthèse médicale, on peut noter parfois des signes de gêne, de part et d'autre : rougeur, mutisme, regard détourné, relaxation feinte... ou encore un refus de soin, ou une impudeur provocante pour tenter de maîtriser la situation.(10)

La visite médicale dans les services, avec le chef de clinique et toute son « *escadrille* » pose question (internes, externes en médecine, infirmières, sages-femmes, aides soignantes,...). Certes le cas médical, la pathologie peuvent tous les intéresser. Mais c'est oublier que

l'individu est une personne, qui probablement, ne souhaiterait pas être exhibée comme une bête de foire.

La formation des élèves ou l'information de l'équipe sont des raisons valables. Mais le sont-elles suffisamment pour oublier l'intérêt de l'individu dont on doit prendre soin? La position fragile du patient, qui nécessite une aide médicale, n'a pas besoin d'être davantage fragilisée par une dégradation de sa dignité.

Dans le soin, l'intimité des sentiments, des sensations et des gestes doit parfois être découverte. La pudeur verbale ne disparaît pas pour autant, car l'individu peut présenter les choses sans propos obscènes. De son côté, le soignant peut guider son patient par sa présence et ses paroles respectueuses et attentionnées. Il peut ainsi lui apprendre ce qu'il est utile de dévoiler ou de voiler.(5)

### 3.3.3. La place de la pudeur en maternité de nos jours

L'HAS a fait de nouvelles recommandations, en décembre 2017, au sujet de l'accouchement normal. Elle a donc évalué la nécessité réelle des touchers vaginaux lors de l'examen de la femme enceinte.

Lorsque la femme est accueillie aux urgences, pour un éventuel transfert en salle de naissance, il est recommandé de faire un toucher vaginal si « *la femme semble être en travail* ». Par contre, si elle n'a pas de contractions douloureuses et qu'elle a une rupture prématurée des membranes, le toucher vaginal n'est pas systématique, pour minimiser le risque infectieux.(40)

Lors du premier stade du travail (du début des contractions régulières et douloureuses, jusqu'à la dilatation complète du col), il est recommandé de faire « *une proposition d'un toucher vaginal toutes les deux à quatre heures, ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel* ».(40)

Lors du deuxième stade du travail (de la dilatation complète à la naissance de l'enfant), il est recommandé de « *proposer un toucher vaginal toutes les heures* ».(40)

Les touchers ne sont donc pas obligatoires, puisque le terme de « *proposition* » est utilisé et leur nécessité est moins fréquente que ce que nous faisons.

Transition : Depuis toujours, il y a des domaines et des lieux particuliers, où le rapport à la nudité n'est pas le même. Au XVIIe siècle il était impudique d'être nu devant quelqu'un à qui l'ont devait le respect. Par contre, on pouvait se changer devant les domestiques.(8)

Dans l'art, la représentation de la nudité n'est pas érotique, car l'artiste s'attache à la beauté qu'il transmet et qu'il rend irréaliste. Le regard de l'artiste est déssexualisé, il est pudique, ce qui rend l'œuvre pudique également. Ce corps dévoilé a connu des restrictions variables en fonction des époques. Elles ont parfois provoqué des scandales au nom de l'indécence, comme la Naissance de Vénus, peinte par Botticelli en 1482.(5)

Dans la médecine, le médecin ne s'attarde pas sur une nudité sexualisée, il prend soin d'une personne et surtout d'un corps ayant des besoins et des souffrances.(10)

## **DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE LA PUDEUR AUPRES DES PATIENTES**

### **1. Méthodologie**

La pudeur est variable et propre à chacun. Mais son respect est indissociable du respect de la personne humaine. Dans un contexte médical, il a toute son importance car les patients sont exposés et vulnérables. Son importance l'est d'autant plus pour les parturientes, dans un contexte d'accouchement où l'intimité est extrêmement exposée. La problématique de cette étude est née de ces constatations et de la volonté d'améliorer ma pratique de sage-femme.

En salle d'accouchement, la femme se sent-elle respectée dans la considération de sa pudeur ?

Trois hypothèses ont été formulées pour tenter de répondre à cette problématique :

- La pudeur est, à la fois, universelle et singulière à chaque personne. Elle se construit et évolue au cours de la vie. D'une part, elle s'élabore en fonction des origines

culturelles, religieuses, sociales, éducatives. D'autre part, elle varie en fonction des évènements vécus.

- Le rapport au corps et la pudeur peuvent être modifiés par la grossesse. Certaines circonstances du suivi de grossesse ou de son vécu, peuvent mettre à l'épreuve la pudeur du couple.
- Les soignants ont la possibilité de respecter la pudeur lors d'un accouchement malgré les nombreux examens et soins effectués aux femmes.

Grâce au retour des patientes sur le vécu de leur accouchement, nous pouvons comprendre les différentes interprétations de la pudeur, ainsi que sa répercussion et celle de notre comportement sur le vécu de cet évènement. C'est pourquoi, nous avons choisi d'interroger directement les patientes.

### 1.1.Population

La population interrogée est constituée de femmes, hospitalisées dans le service de suite de couches de plusieurs maternités, ayant accouché depuis moins de 4 jours. Elles pouvaient être primipares ou multipares.

Le seul critère d'exclusion est la césarienne car il élargit ce sujet déjà très vaste.

### 1.2.Lieu et période de l'étude

L'étude a été menée du 25 juin au 4 août 2018.

Les questionnaires ont été distribués aux patientes des suites de couches dans 10 maternités différentes. Ces maternités sont réparties sur 2 régions et 6 départements français. 5 maternités se trouvent dans les Hauts-de-France : CH de Compiègne (60), GHPSO à Senlis (60), CH de Beauvais (60), CH de Laon (02), CH de Péronne (80). Les 5 autres maternités se trouvent en Ile-de-France : Hôpital Simone Veil à Eaubonne (95), CHI André Grégoire à Montreuil (93), GHCP0 à Beaumont-sur-Oise (95), Hôpital Foch à Suresnes (92), Hôpital Louis-Mourier à Colombes (92). Ceci représente donc, 2 maternités de type III, 7 maternités de type II et 1 maternité de type I.

Les questionnaires en format papier ont été distribués aux patientes par l'intermédiaire des sages-femmes.

### 1.3.Outil de recherche

Les questionnaires ont pour objectif d'évaluer le vécu de l'accouchement, au travers du prisme de la pudeur. Le contexte des suites de couches a permis que l'évaluation soit faite au plus près de l'évènement.

Grâce aux questions fermées, nous avons obtenu une possibilité d'analyse quantitative. D'autre part, grâce aux questions ouvertes, une analyse qualitative a été possible permettant une réelle expression des patientes. Cette méthode du questionnaire a été préférée à la méthode de l'entretien, en raison de ce double intérêt : qualitatif associé au quantitatif, ainsi que la faisabilité supérieure des questionnaires.

La trame des questionnaires a été élaborée en fonction des hypothèses, des notions apprises dans la littérature, des questions récurrentes sur les blogs de femmes enceintes. Elle comporte 25 questions, ainsi qu'une partie de renseignements concernant les patientes, dans le respect de l'anonymat. Parmi ces questions, 10 sont uniquement quantitatives, 5 sont uniquement qualitatives et les 10 autres à la fois quantitatives et qualitatives (car les réponses peuvent être étayées d'un commentaire).

Les questions sont organisées en plusieurs parties :

- Le vécu de l'accouchement
- Un regard en arrière sur la grossesse
- La prise en considération du conjoint lors de l'accouchement
- L'évolution de la pudeur
- Présentation des patientes

### 1.4.Recueil des réponses

Chaque questionnaire a été codé sur le logiciel Excel, afin de quantifier toutes les réponses données par les patientes. L'analyse des réponses fermées a été chiffrée permettant l'analyse quantitative. L'analyse des réponses ouvertes, avec commentaire, a été basée sur une analyse sémantique. Elle a permis de regrouper les idées similaires pour les traduire en données statistiques.

Il est utile de préciser que pour certaines questions, en particulier les questions ouvertes, les patientes pouvaient donner plusieurs réponses. Ceci a pu augmenter les taux de certaines idées, par rapport aux nombre de réponses globales. Les réponses les plus significatives seront mentionnées et parfois étayées par des citations de patientes.

## 2. Synthèse des données

### 2.1. Données générales

Le nombre de questionnaires collectés est de 151, mais 2 d'entre eux ont été exclus car ils concernaient des césariennes. 149 questionnaires sont donc demeurés exploitables.

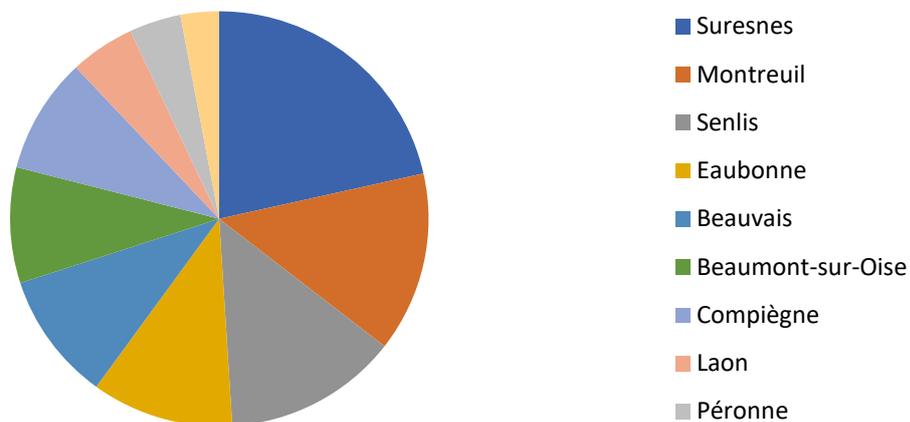
Plusieurs critères seront observés et permettront une comparaison avec la population des patientes accouchées en France : l'âge, la parité, le taux de fécondité. En revanche certains critères n'ont pu être comparés, comme les origines, le niveau socio-économique.

#### 2.1.1. Répartition des questionnaires

21.5 % des accouchements concernés par l'étude ont eu lieu à Suresnes, 14% à Montreuil, 13.5% à Senlis, 11% à Eaubonne, 10% à Beauvais, 9% à Beaumont-sur-Oise, 9% à Compiègne, 5% à Laon, 4% à Péronne et 3% à Colombes.

Ceci correspond à 4% des questionnaires provenant de maternité de type I, à 79% provenant de type II et à 17% provenant de type III.

**Graphique 1**  
**Taux de questionnaires par maternité. n=149**

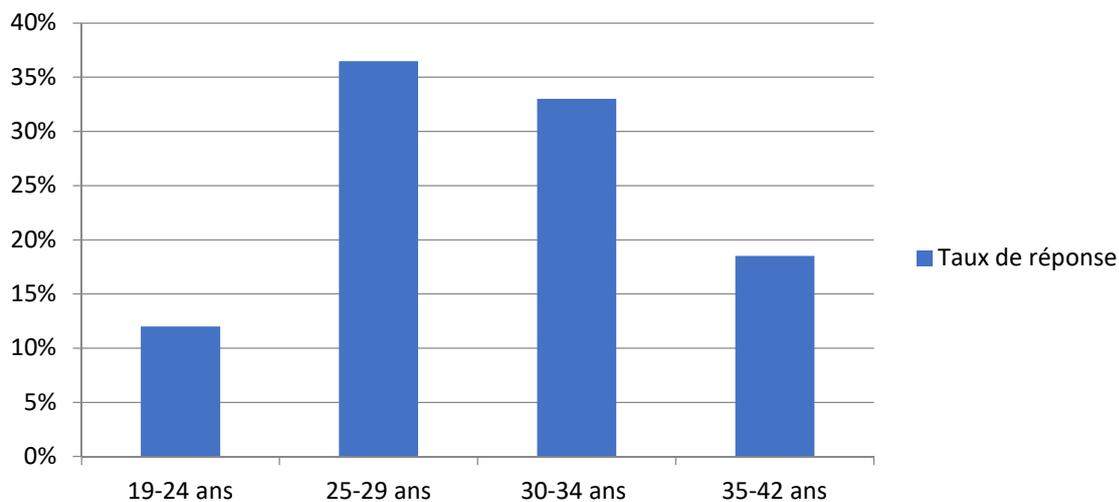


Les femmes ayant répondu à l'étude étaient toutes comprises entre J0 et J4 après leur accouchement.

### 2.1.2. L'âge et la parité

Les patientes sont âgées de 19 à 42 ans. Leur moyenne d'âge est de 30.19 ans et la médiane est de 30 ans.

**Graphique 2**  
**Taux de réponse en fonction des âges. n=145**



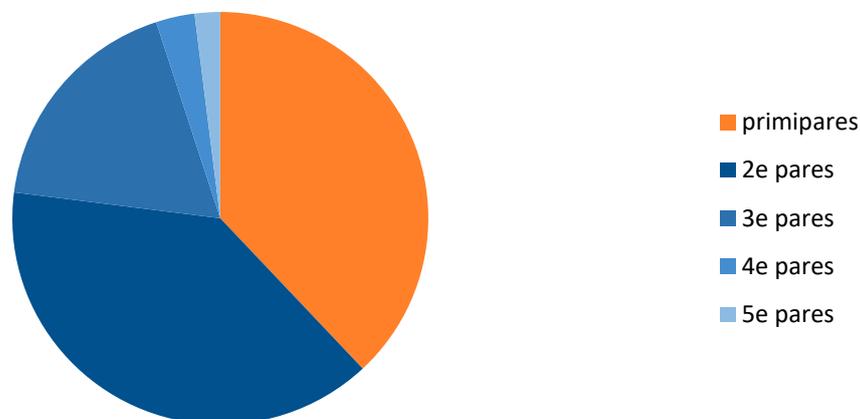
On observe que l'âge moyen des primipares est de 28,2 ans. Or, selon les chiffres de 2015 publiés par l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE), l'âge moyen du premier enfant pour les femmes en France est de 28,5 ans.

Le nombre d'enfants par femme varie de 1 à 5. Sur 145 femmes ayant donné leur nombre d'enfants, on compte 55 femmes ayant 1 enfant soit 38% de primipares, 56 femmes ayant 2 enfants soit 39%, 26 femmes ayant 3 enfants soit 18%, 5 femmes ayant 4 enfants soit 3% et 3 femmes ayant 5 enfants soit 2%. Ceci représente donc 38% de primipares et 62% de multipares.

### Graphique 3

#### Taux de réponse en fonction de la parité.

n=145



On observe que l'indicateur de fécondité est de 1,93 enfant par femme de l'étude. Or, selon l'INSEE, l'indicateur de fécondité national en 2017 est de 1,88.

Selon les classes d'âge, le nombre moyen d'enfants ne progresse que légèrement, mais régulièrement, suivant une loi binomiale. Pour les 19-24 ans, il est de 1,18 enfant par femme, pour les 25-29 ans, il est de 1,89, pour les 30-34 ans, il est de 1,90 et pour les 35-42 ans, il est de 2,48.

La concordance de la moyenne et de la médiane des âges, ainsi que la similitude de l'âge moyen des primipares ou de l'indicateur de fécondité avec les données nationales, sont des éléments sur lesquels l'échantillon de la population est suffisamment large pour être représentatif de la population générale en âge de procréer. Mais toutes les informations constitutives d'une population ne sont pas observables dans cette étude.

#### 2.1.3. Cultures et religions

De nombreuses origines culturelles ont été énoncées par les 105 réponses des patientes. Au total, 21 cultures ont été mentionnées.

Le continent européen est représenté par 64% des patientes. Ce taux cumule les 47% de femmes d'origine française, 7% d'Europe de l'Est, 5% du reste de l'Europe de l'Ouest et le reste n'ayant pas spécifié où en Europe

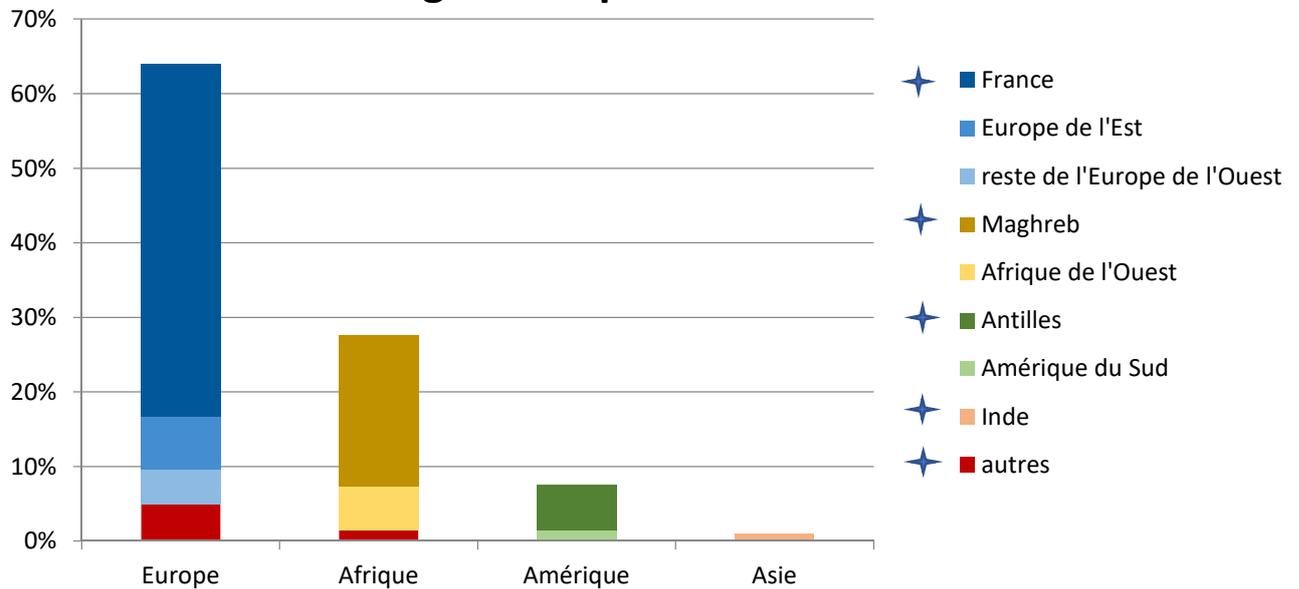
Le continent africain est représenté par 27,5% des patientes. Ce taux cumule 20% de femmes originaires du Maghreb et 6% d'Afrique de l'Ouest.

Le continent américain est représenté par 7,5% des femmes. Ce taux représente 6% d'Antillaises et 1,5% de sud-américaines.

Le continent asiatique n'a été représenté que par une femme indienne, soit près de 1%.

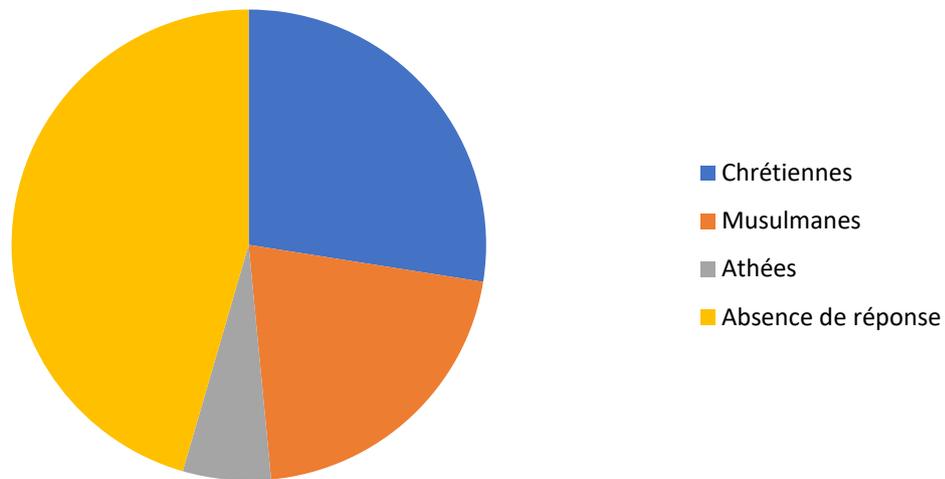
Le continent océanien n'a pas été représenté.

**Graphique 4**  
**Origine des patientes. n=105**



La possibilité de notifier une religion a été proposée. Seulement 85 patientes ont donné cette information, soit un peu plus de la moitié de l'échantillon. Parmi elles, 51% (41) étaient chrétiennes, 38% (31) étaient musulmanes, et 11% (9) étaient athées. Aucune n'a spécifié être juive ou bouddhiste, les 2 autres religions les plus répandues. Les autres patientes n'ont pas répondu, soit parce qu'elles n'avaient pas de religion, soit parce qu'elles ne souhaitent pas en faire part.

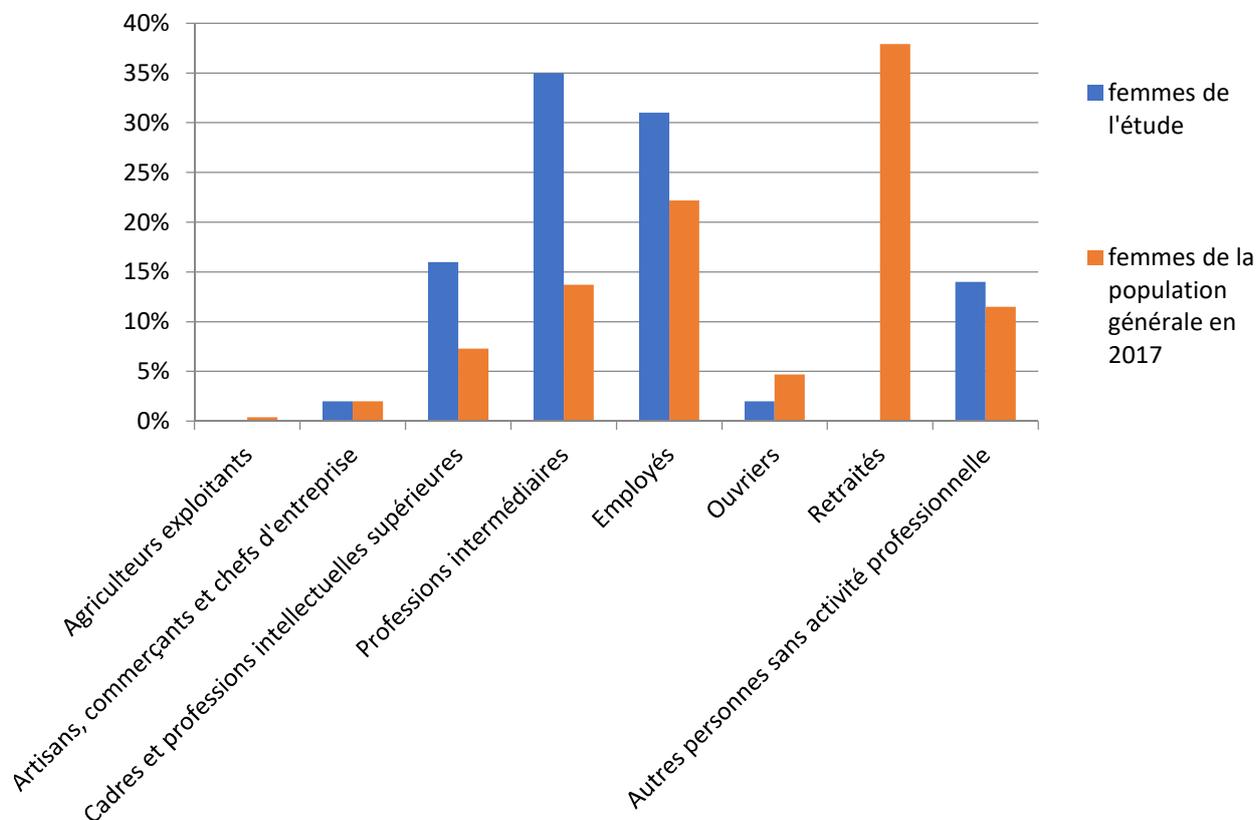
## Graphique 5 Religion des patientes. n=149



### 2.1.4. Catégories socioprofessionnelles

Les femmes ayant participé à l'étude ont été 131 à spécifier leur métier. Les catégories socioprofessionnelles (CSP) correspondantes ont été déterminées selon la classification établie par l'INSEE. 2% des patientes correspondent à la catégorie artisans, commerçants et chefs d'entreprise, 16% à celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, 35% à celle des professions intermédiaires, 31% à celle des employés, 2% à celle des ouvriers, 14% à celle sans activité professionnelle. Bien évidemment aucune femme ne correspond à celle des retraités puisqu'elles sont toutes en âge de procréer.

## Graphique 6 Comparaison des catégories socioprofessionnelles n=131



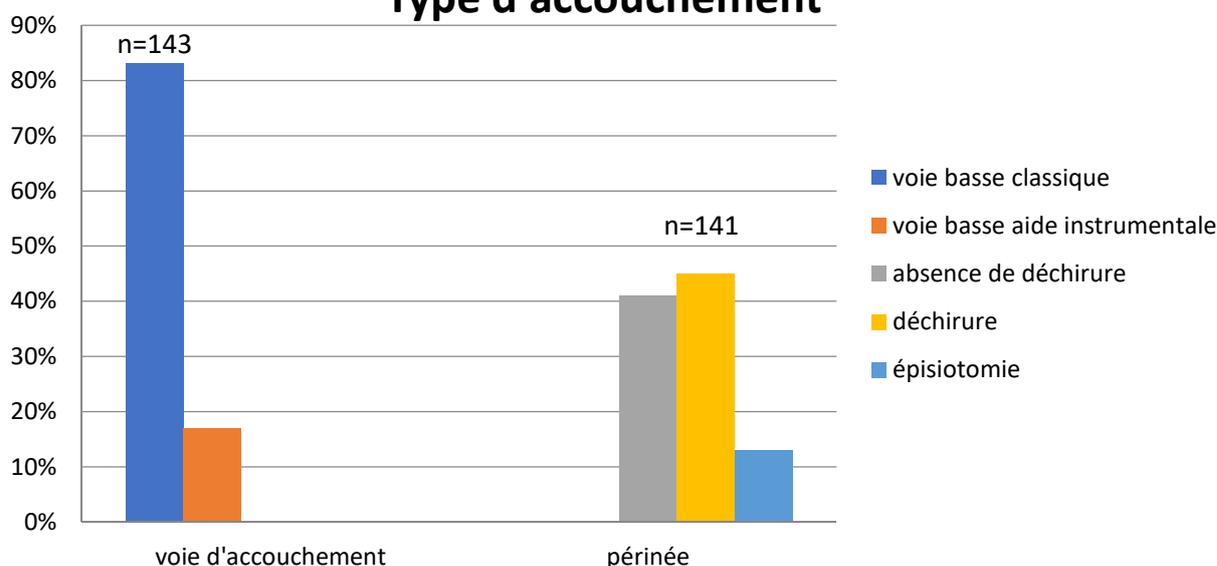
Les données de l'étude concernant les CSP des patientes ne sont pas comparables à celles des femmes de la population générale.

### 2.1.5. Type d'accouchement

143 femmes ont répondu à la question sur leur mode d'accouchement. 118 femmes ont eu un accouchement classique par les voies naturelles, soit 83% et 25 femmes ont eu un accouchement voie basse avec aide instrumentale, soit 17%.

Parmi les accouchées voie basse, 141 femmes ont signalé l'état de leur périnée. 41% n'ont pas eu de déchirure, 45% ont eu une déchirure et 13% ont eu une épisiotomie.

## Graphique 7 Type d'accouchement



### 2.2. Données sur la pudeur

#### 2.2.1. Les caractéristiques de la pudeur

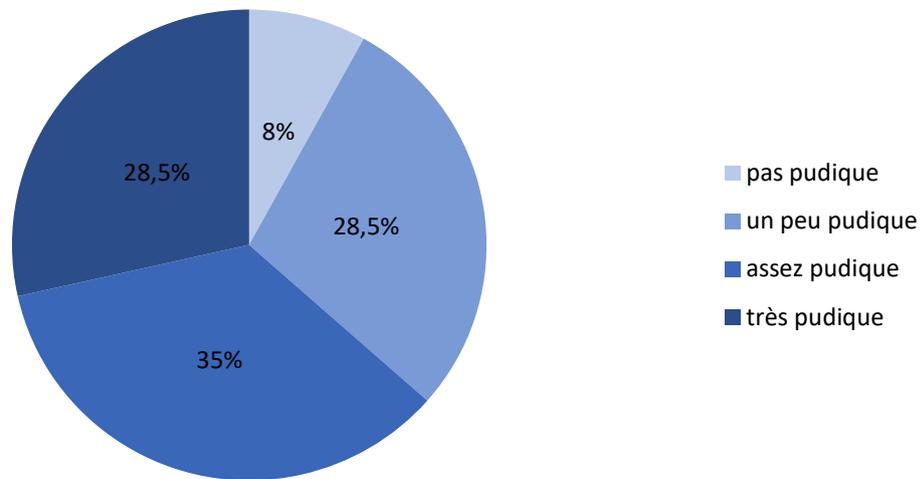
En recherchant les caractéristiques de la pudeur, ce qui l'influence et son degré d'importance pour les femmes, nous tenterons de répondre à la première hypothèse.

##### 2.2.1.1. L'importance variable de la pudeur

La question 1 a pour but d'évaluer le niveau de pudeur des patientes avant la grossesse. « Avant la grossesse, dans la vie de tous les jours, diriez-vous que vous étiez : pas pudique / un peu pudique / assez pudique / très pudique. »

148 femmes ont répondu à cette question. 12 ont dit qu'elles n'étaient pas pudiques, soit 8% des réponses. 42 femmes ont dit être un peu pudiques, soit 28% des réponses. 52 femmes ont dit être assez pudiques, soit 35% des réponses. Et 42 femmes ont répondu être très pudiques, soit 28% des réponses.

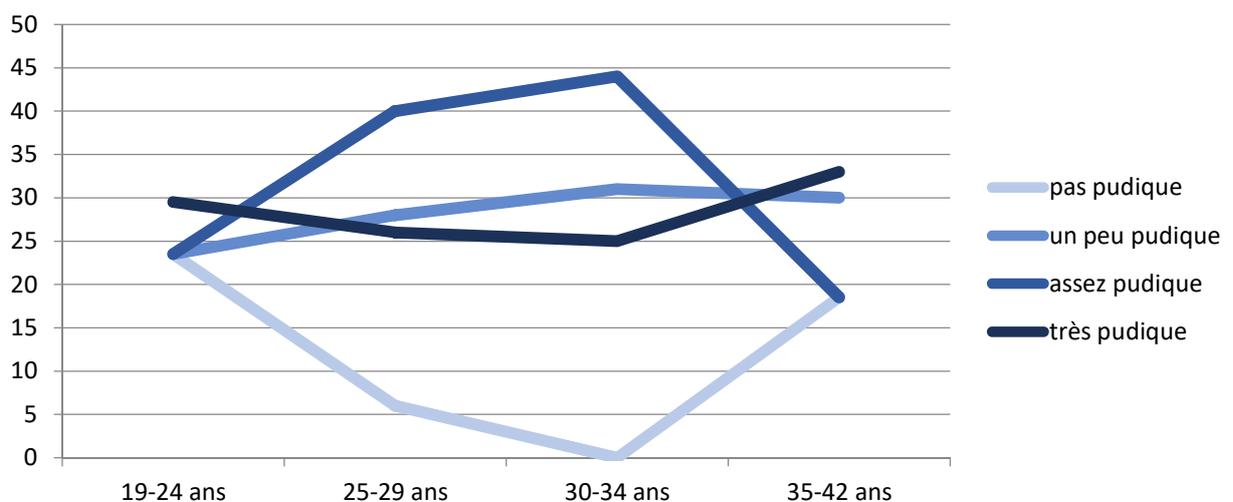
**Graphique 8**  
**Degré de pudeur avant la grossesse. n= 148**



On peut donc observer qu'il y a peu de femmes qui s'estimaient non pudiques. On peut résumer les degrés de pudeur en 2 catégories : une faiblement pudique, de 36%, constituée des personnes pas pudiques et peu pudiques et une autre particulièrement pudique, de 63%, constituée des personnes assez pudiques et très pudiques.

On peut chercher une corrélation entre les degrés de pudeur et les âges des patientes.

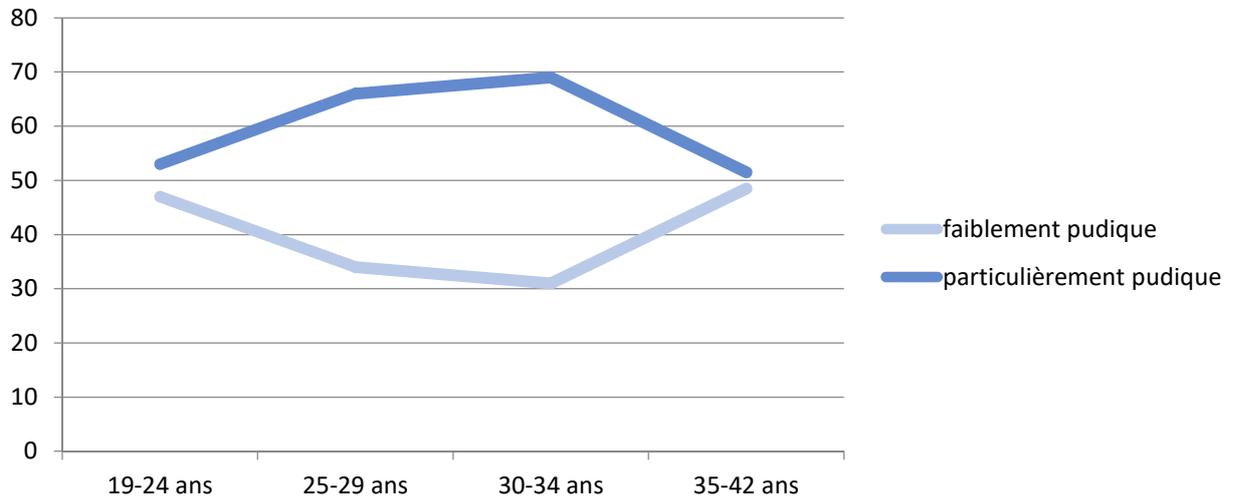
**Graphique 9**  
**Degré de pudeur en fonction des âges. n=145**



On observe que c'est dans les âges les plus extrêmes, que l'on retrouve les degrés de pudeur les plus extrêmes. En effet, c'est dans les catégories 19-24 ans et 35-42 ans que l'on retrouve

le plus de personnes « pas pudiques ». Et c'est à nouveau dans ces catégories que l'ont retrouve le plus de personnes « très pudiques ».

**Graphique 10**  
**Tendance pudique en fonction des âges. n= 145**



On observe que de 19 à 34 ans la pudeur a tendance à augmenter progressivement. On peut supposer qu'avec l'âge, on a davantage conscience de son corps et de l'impact de la nudité sur les autres. Ceci pourrait avoir pour résultat de majorer le sentiment de pudeur chez les femmes.

A partir de 35 ans la pudeur a tendance à diminuer à nouveau. Je constate ce dernier résultat, mais je n'en explique pas la cause.

Nous pouvons évaluer l'importance de la communication au sujet de la pudeur (Question 24). 83% des patientes (109) ont spécifié que c'était important et 17% (22) que ça ne l'était pas. On peut donc estimer que la pudeur est un sujet majoritairement important pour les patientes. Elles ont d'ailleurs presque toutes développé leur affirmation, car il y a 95 commentaires positifs et 6 négatifs.

La pudeur a toute son importance dans le respect de la personne, de sa dignité, de ses différences. Elle permet la mise en confiance d'autrui.

Le terme de respect est employé par 32 femmes.

2 autres en parlent comme d'une nécessité pour le respect de la dignité humaine.

Les patientes ont conscience que la pudeur est une notion qui varie d'une personne à l'autre. On doit donc apprendre à détecter ces différences et à s'y adapter. 35 patientes parlent de cela : « chaque individu a ses propres limites en pudeur », d'où l'importance de « prendre en compte chaque personne individuellement, afin qu'elle se sente respectée ».

Ce respect est indispensable pour mettre en confiance l'individu et pour qu'il se sente à l'aise et rassuré. Cette idée est mentionnée 23 fois dans les commentaires.

D'autres femmes vont expliquer l'utilité de la pudeur, justifiant ainsi que l'on en parle.

29 patientes défendent l'intérêt de la pudeur en insistent sur l'importance de préserver leur corps et leur intimité.

La notion d'une pudeur féminine est développée par 4 patientes : « la pudeur est très importante pour une femme, il faut qu'elle puisse se préserver. » On observe que cette idée ancestrale d'une pudeur nécessairement féminine a laissé des traces résiduelles.

26 patientes insistent sur la nécessité de respecter la pudeur, en particulier dans un contexte médical où le corps est plus exposé et vulnérable

Parmi les 22 personnes estimant que la pudeur n'est pas un sujet important, 2 ont expliqué que c'était un sujet personnel et propre à chacun, qui ne regarde personne. 4 autres patientes ont estimé que dans le contexte médical, la pudeur n'était pas importante, car l'intérêt de la santé était largement supérieur. « Même si on est de nature pudique, lorsqu'on est enceinte la question ne se pose plus ».

La pudeur	Un sujet à aborder		Un sujet à ne pas aborder	
Total n=131	109	83%	22	17%
<b>Considérer les différences de pudeur</b>	35	27%		
<b>Notion de respect</b>	32	24%		
<b>Pour préserver son corps</b>	29	22%		
<b>Dans le contexte médical</b>	26	20%	4	3%
<b>Pour une mise en confiance</b>	23	18%		
<b>Une nécessité féminine</b>	4	3%		
<b>Pour le respect de la dignité</b>	2	2%		
<b>Sujet trop personnel</b>			2	2%

**Tableau II : La pudeur**

#### 2.2.1.2. Les éléments de la construction pudique

La question 22 permet de comprendre l'élaboration de la pudeur auprès des patientes. 89 patientes ont cité les éléments qui ont influencé leur pudeur au cours de leur vie.

Le regard joue un rôle important, dans l'élaboration de la pudeur, que ce soit son propre regard, celui des autres ou celui de la société en général.

35 femmes pensent que la pudeur se construit au travers de l'acceptation de son propre corps. Parmi ces femmes, 18 pensent que cela passe par la prise de confiance en soi et le respect de soi-même. Et 22 femmes pensent que cela passe par le dépassement de ses complexes corporels (« surpoids », « poids », « vergetures »,...).

Le regard des autres et la mentalité de l'entourage influencent également la pudeur. 22 femmes en font part, dont 5 mentionnent la moquerie ou la peur du jugement.

6 femmes expriment que la pudeur personnelle est influencée par le regard sociétal sur la nudité et sur le corps de la femme, ainsi que par les critères de beauté et les normes imposées par la société.

Toutes les valeurs inculquées à une personne, dès son premier âge, construisent la pudeur.

L'influence de la culture sur la pudeur a été mentionnée par 4 femmes, toutes de culture différente.

Le milieu social est un facteur modulant la pudeur, 2 femmes le mentionnent.

L'éducation est mentionnée par 23 patientes comme faisant partie de la construction pudique.

12 femmes parlent de la religion ayant influencé leur pudeur. Parmi ces femmes, 9 étaient musulmanes et 3 étaient chrétiennes, aucune n'avait une autre religion. Cela représente donc 29 % des musulmanes qui pensent que la religion a influencé leur pudeur et 7% des chrétiennes qui pensent la même chose. Par ces chiffres, on retrouve à nouveau l'importance de la pudeur dans l'Islam, même si elle n'est pas absente dans les autres religions. D'ailleurs, 3 des 9 musulmanes spécifiant l'influence de la religion sur la pudeur ne souhaitaient pas d'homme en salle de naissance. Aucune des 3 chrétiennes n'avaient mentionné cela.

La pudeur est personnelle et évolue différemment pour chaque individu en fonction de ce qu'il est, de l'âge qu'il a et de ces expériences.

4 femmes signalent que la pudeur est naturelle, mais plus ou moins selon le caractère de chacun.

La pudeur évolue en fonction de l'âge. 15 femmes en parlent ainsi que des différentes périodes de la vie. La majorité d'entre elles parlent de l'adolescence, une période charnière où

la puberté va transformer leur pudeur. D'autres développent aussi l'idée de devenir une femme et de l'accepter.

Les expériences personnelles construisent également la pudeur. 37 femmes évoquent ces expériences, nombreuses, diverses et variées. Les relations dans le cadre scolaire sont citées 2 fois, celles dans le cadre professionnel le sont 4 fois, dont 3 fois par des professionnels de santé. L'expérience des vestiaires sportifs est citée 4 fois et celle de la plage naturiste 1 fois. La vie en couple et les expériences sexuelles sont mentionnées 7 fois. La grossesse et l'accouchement font partie de ces expériences qui structurent la pudeur. 13 femmes l'ont évoqué. Le suivi médical, subi au cours d'une vie, influence aussi la pudeur. 14 femmes en parlent, dont de nombreuses insistent sur le suivi gynécologique.

<b>Construction de la pudeur</b>	<b>Nombre de patientes</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
Expériences personnelles ( <i>vie de couple, maternité, suivi médical, scolarité, profession, sport, naturisme</i> )	37	42
Acceptation de son corps	35	39
Education	23	26
Regard des autres – mentalité de l'entourage	22	25
Âge	15	17
Religion	12	13
Regard sociétal	6	7
Caractère	4	4
Culture	4	4
Milieu social	2	2

**Tableau I : Construction de la pudeur**

Nous pouvons donc affirmer que la pudeur est personnelle et que chaque individu l'exprime différemment. Son élaboration est complexe, influencée par de multiples facteurs. Elle évolue tout au long de la vie en fonction des expériences qui construisent une personne.

Nous pouvons globalement valider les suppositions de la première hypothèse : une pudeur singulière, évoluant au cours de la vie, se construisant en fonction des origines culturelles, religieuses, sociales, éducatives et des événements vécus. Par contre, nous émettons une réserve, concernant une pudeur universelle. En effet, certaines femmes se sont estimées « non pudique ». Mais nous ne pouvons évaluer si la pudeur est réellement absente de leur comportement ou si elle existe, mais dans une faible mesure et qu'elle demeure inconsciente. De plus, l'influence des origines culturelles, religieuses, sociales, éducatives sont mentionnées à de multiples reprises, mais leur degré d'influence n'est pas quantifiable.

#### 2.2.2. Place de la pudeur dans la grossesse et l'accouchement

L'étude d'une évolution de la pudeur au cours de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que celle de la gêne pouvant être ressentie par chaque membre du couple, permettra d'examiner la deuxième hypothèse.

##### 2.2.2.1. Evolution pudique au cours de la grossesse ou de l'accouchement

La question 2 permet d'évaluer d'éventuels changements de la pudeur, au cours de la grossesse. A première vue, la majorité des femmes pensent que la grossesse n'a pas transformé leur pudeur. 35% des femmes (51) pensent qu'elle a changé et 65% des femmes (96) pensent qu'elle est inchangée.

La question 3 permet d'évaluer une éventuelle modification de la pudeur au cours de l'accouchement. A cette question aussi, la majorité des femmes pense que l'accouchement n'a pas transformé leur pudeur. 31% des femmes (46) pensent qu'elle a été modifiée et 69% des femmes (103) pensent qu'elle est identique.

Il semblerait donc que les femmes pensent majoritairement que la maternité n'a pas modifié leur pudeur (ni la grossesse, ni l'accouchement). Mais si l'on tient compte des réponses aux deux questions, les résultats sont différents. 16% des femmes pensent que la grossesse et l'accouchement ont modifié leur pudeur. 34% des femmes pensent que la grossesse ou

l'accouchement ont modifié leur pudeur. 50% des femmes pensent que ni la grossesse, ni l'accouchement n'ont modifié leur pudeur.

En cumulant les réponses positives à ces 2 questions, nous observons que 71 femmes (50%), ont remarqué l'évolution de leur pudeur par la grossesse et/ou l'accouchement.

Pudeur modifiée	Grossesse	Accouchement	Maternité (grossesse <b>et/ou</b> accouchement)
Oui	35%	31%	50% = (16%+34%)
Non	65%	69%	50%

### Tableau III : Pudeur modifiée

Certaines femmes ont expliqué les raisons selon lesquelles la pudeur s'était transformée par la grossesse. Parmi ces raisons, la plus fréquente est celle du suivi obstétrical. 39 femmes mentionnent les nombreux examens des consultations mensuelles pendant le suivi de grossesse.

Le fait de changer régulièrement de professionnels pendant le suivi, est un élément exprimé par 9 femmes. L'une d'entre elles dit avoir été gênée par la présence de plusieurs personnes lors d'un examen.

La nécessité de dévoiler son intimité à des inconnus a été exprimée 5 fois : « montrer mes parties intimes » « se déshabiller devant un inconnu ».

La pudeur évolue aussi par la nécessité d'adopter un détachement de son corps. C'est un passage obligé pour la femme enceinte, 5 femmes en parlent : « il faut s'y habituer car c'est pour 9 mois » « il faut se faire à l'idée » « toute femme enceinte passe par là »

Les changements qui surviennent pendant la grossesse, comme par exemple la prise de poids et la cellulite, sont mentionnés par 6 femmes.

La naissance d'un enfant est une cause qui en vaut la peine, légitimant l'exposition de sa nudité. Cette idée est exprimée 5 fois : « Notre corps change, mais pour une bonne raison. On en est fière et très vite on se moque du regard de l'autre. On ne vit plus que pour cette nouvelle vie. », ou encore « Lorsque l'on est enceinte, on ne voit pas les choses de la même façon. Nous sommes obligées de nous dévoiler pour une bonne cause : notre futur enfant »

Evolution pudique pendant la grossesse	Nombre de patientes	%
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100</b>
- <b>Oui</b>	51	35
- <b>Non</b>	96	65
Nombreux examens médicaux	39	27
Professionnels variés	9	6
Changement corporels	5	3
Se dévoiler devant des inconnus	5	3
Légitimité de la finalité	5	3
Détachement de son corps – passage obligé	5	3

#### Tableau IV : Evolution pudique pendant la grossesse

38 femmes ont expliqué les raisons selon lesquelles la pudeur s'était modifiée par le vécu de l'accouchement.

Au moment de l'accouchement, la proximité de l'arrivée du bébé et la douleur mobilisent l'attention maternelle.

De nombreuses femmes disent que la pudeur n'est plus une priorité lors de l'accouchement. Souvent, elles n'y pensent pas. Parfois même la pudeur disparaît totalement. 26 femmes ont exprimé cette idée de diverses manières : « En salle de naissance, la pudeur n'existe plus. », « à ce moment, ça n'est pas une préoccupation principale ».

Cet amoindrissement de la pudeur, souvent ressenti, peut être légitimé par sa finalité : donner la vie. 15 femmes racontent que leur priorité est l'accueil de leur enfant et qu'il soit en bonne santé. Ceci occupe principalement leurs préoccupations : « la perception de l'essentiel change simplement », « je me suis mise de côté, afin que tout soit mis en place pour le bien être de mon enfant ».

La douleur est souvent signalée comme un ressenti surpassant la pudeur. 12 patientes en parlent : « à cause de la douleur je n'y pensais plus », « la douleur nous fait oublier la pudeur ».

Les notions de hâte et d'impatience sont parfois exprimées (par 2 femmes). Ceci s'explique par le terme d'une longue attente qui touche à sa fin ainsi que la rencontre d'un nouvel être tant attendu : « On a tellement hâte que plus rien ne compte autour ».

Cette longue attente se termine par l'accouchement, un moment hors du temps, où la femme se sent parfois prise dans un engrenage dont elle ne maîtrise pas l'action. 5 femmes parlent de cette absence de contrôle corporel et temporel : « on est pris dans l'action », « nous ne sommes plus maîtresse de notre corps ».

L'accouchement génère une exposition corporelle imparable. 8 femmes parlent de cette exposition au travers des positions d'accouchement, de l'exposition nécessaire aux examens et des touchers vaginaux : « différentes personnes viennent contrôler l'avancée du travail, du coup il ne reste plus de pudeur », « position gynécologique quasi obligatoire ».

L'accouchement est l'aboutissement inéluctable d'une grossesse. La nudité et l'amointrissement de la pudeur sont vécus comme une obligation par certaines femmes. 5 femmes évoquent cette notion : « mise à nue obligatoire », « nécessité oblige ».

Certains éléments peuvent aider les patientes à être moins gênées. La position des soignants, en tant que professionnels, aide à créer une relation de confiance. 6 patientes en parlent : « entourée de professionnels ayant l'habitude de la nudité », « l'équipe met à l'aise ».

2 femmes ont évoqué que la grossesse prépare à la nudité de l'accouchement : « avec le suivi de grossesse j'ai appris à prendre sur moi. Pour l'accouchement j'étais moins stressée, prête à mettre au monde mon bébé ».

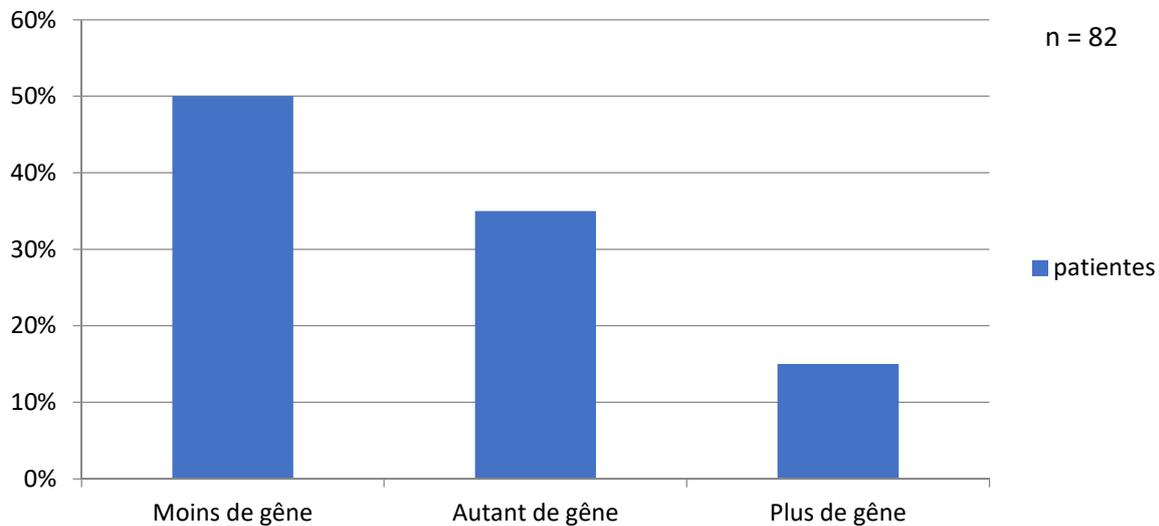
<b>Evolution pudique en salle de naissance</b>	<b>Nombre de patientes</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100</b>
- <b>Oui</b>	46	31
- <b>Non</b>	103	69
La pudeur n'est plus une priorité	26	17
Légitimité de la finalité	15	10
Douleur	12	8
Exposition corporelle importante	8	5
Relation de confiance avec des professionnels	6	4
Obligation (événement inéluctable)	5	3
Absence de contrôle corporel et temporel	5	3
Préparation par la grossesse	2	1
Impatience	2	1

**Tableau V : Evolution pudique en salle de naissance**

La question 9 s'intitule ainsi : « Si vous avez plusieurs enfants, avez-vous ressenti plus ou moins de gêne qu'aux accouchements précédents : moins de gêne / autant de gêne / plus de gêne ? ». 90 patientes étaient concernées par cette question parce qu'elles s'adressaient aux multipares. 82 femmes y ont répondu. Parmi elles, 41 femmes (50%) ont ressenti moins de gêne qu'aux accouchements précédents. 29 femmes (35%) ont ressenti autant de gêne. 12 femmes (15%) ont ressenti plus de gêne.

### Graphique 11

#### Evolution de la gêne par rapport aux accouchements précédents, chez les multipares



A la question 9, 51 femmes, toutes des multipares, ont fait part d'un commentaire.

4 femmes n'ont coché aucun des trois choix proposés car elles signalent n'avoir éprouvé « aucune gêne ».

Pour celles estimant être moins pudiques, suite à leur accouchement, 33 femmes ont commenté leur réponse.

16 expliquent la diminution de leur gêne par la connaissance de l'accouchement. Elles ont déjà une expérience et le processus n'est plus inconnu. Certaines, même, parlent de « l'habitude » d'accoucher.

D'autres l'expliquent par une attitude plus sympathique ou plus respectueuse des soignants. 8 femmes énoncent cette idée : « personnel plus avenant et délicat », donnant plus d'explications, moins intrusif, recherchant systématiquement un consentement avant l'examen,...

7 patientes signalent l'impact du nombre de soignants et de leurs allers et venues : « car moins de soignants pour celui-ci », « moins d'irruptions dans la salle de naissance », « pas de défilé de personnel différent ».

2 femmes évoquent un accouchement plus rapide. Ceci engendre une absence de réflexion et donc une diminution de la gêne.

2 patientes avaient précédemment subi une césarienne. Lors d'un accouchement voie basse, elles ont ressenti moins de gêne.

Pour celles estimant être autant pudiques qu'avant, 5 ont détaillé leur réponse. 2 femmes ont dit qu'elles ne ressentaient « aucune gêne », donc la situation reste la même quelque soit le nombre d'accouchement. Les 3 autres pensent que l'exposition corporelle provoque toujours la même gêne : « la nudité reste difficile », « car c'est la même gêne ».

9 patientes ont expliqué pourquoi elles s'étaient senties plus gênées à cet accouchement qu'au précédent. Les raisons sont très variées. 2 ont été gênées parce qu'elles ont été prises en charge par un homme. 2 autres, parce que les douleurs ont été plus fortes et qu'elles l'ont largement exprimé : « je me suis comportée comme un enfant » p117. Les autres ont toutes exprimé une cause différente à cette gêne majorée : accouchement plus long, plus de soignants pour la naissance des jumeaux, selles, perte de liquide « en perdant les eaux, j'ai arrosé énormément la sage-femme ».

<b>Comparaison accouchement précédent</b>	<b>Moins de gêne</b>		<b>Autant de gêne</b>		<b>Plus de gêne</b>		<b>Aucune case</b>	
Total (n=90)	n=41		n=29		n=12		n=8	
Expérience connue	16 femmes	39%						
Soignants plus respectueux	8 femmes	20%						
Nombre de soignants restreint	7 femmes	17%						
Accouchement plus rapide	2 femmes	5%						
Antécédent de césarienne	2 femmes	5%						
Aucune gêne			2 femmes	7%			4 femmes	50%
Nudité identique			3 femmes	10%				
Soignant homme					2 femmes	17%		
Expression de la douleur					2 femmes	17%		

**Tableau VI : Comparaison accouchement précédent**

Nous pouvons en déduire, qu'en général, les femmes qui ont déjà accouché, sont moins gênées aux accouchements suivants. Pour une grande partie d'entre elles, c'est le fait d'avoir déjà accouché, de connaître cette expérience, qui les met à l'aise.

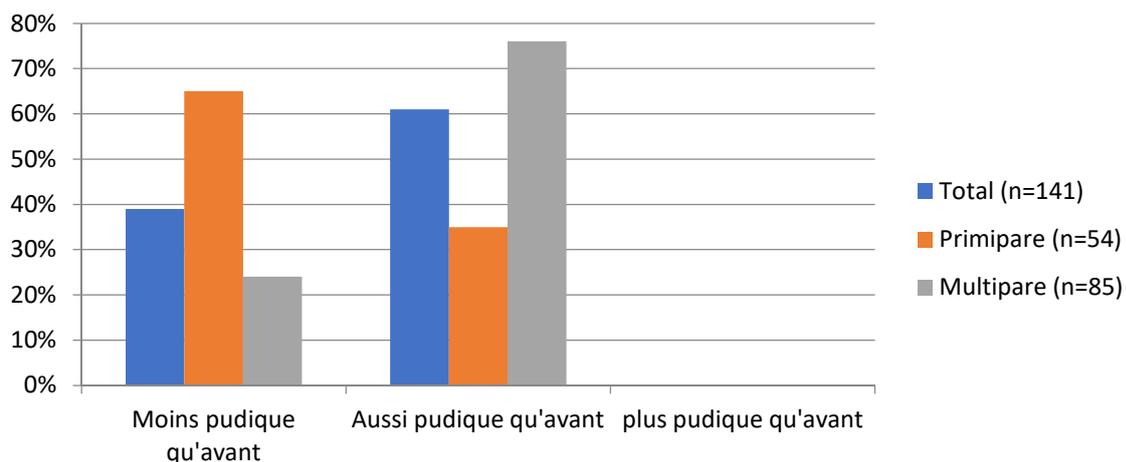
La question 23 permet d'étayer la question 9 sur l'évolution de la pudeur après un accouchement. Elle s'adresse à toutes les patientes, qu'elles soient primipares ou multipares. « Maintenant, après avoir accouché, pensez vous que votre pudeur ait changé ? Vous êtes : moins pudique qu'avant / aussi pudique qu'avant / plus pudique qu'avant ».

55 femmes (39%) pensent être « moins pudique qu'avant », 86 femmes (61%) pensent être « aussi pudique qu'avant » et aucune femme pensent être « plus pudique qu'avant ». **Il est intéressant d'observer qu'un accouchement n'augmente jamais la pudeur des femmes, que pour la majorité d'entre elles, la pudeur reste la même, mais que pour une grande partie d'entre elles, la pudeur diminue.**

On observe une différence entre les primipares et les multipares. Pour les primipares (55 patientes), 35% sont « aussi pudique qu'avant » et 64% sont « moins pudique qu'avant ». La grande majorité des primipares voit une différence entre l'avant et l'après avoir accouché puisque leur pudeur a tendance à diminuer.

Pour les multipares (90 patientes), 72% d'entre elles sont « aussi pudique qu'avant » et 22% sont « moins pudique qu'avant ». L'immense majorité des multipares ne voit pas de différence pudique entre l'avant et l'après de leur 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, ou 5<sup>e</sup> accouchement.

**Graphique 12**  
**Evolution de la pudeur après**  
**l'accouchement.n=141**



.2

**On note donc que le premier accouchement minimise la pudeur chez la plupart des femmes nullipares devenues primipares. Par contre, elle n'est majoritairement pas modifiée par les accouchements suivants.**

#### 2.2.2.2. La pudeur de chaque membre du couple à l'accouchement

Les questions 15 et 16 permettent d'évaluer la communication dans le couple sur leurs craintes concernant l'accouchement.

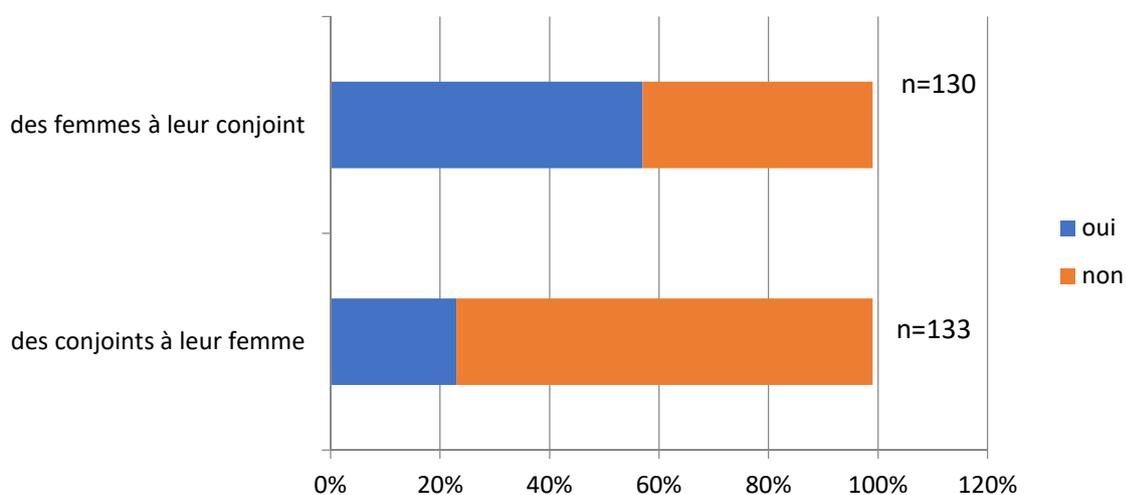
Concernant les femmes ayant exprimé leurs craintes pudiques (Question 15), 132 réponses sont exploitables. Pour ces patientes, 57% en ont parlé à leur conjoint et 42% n'en ont pas parlé.

On peut donc noter que les femmes ont plutôt tendance à en parler à leur conjoint, sans qu'elles le fassent très majoritairement pour autant.

Concernant les hommes ayant exprimé leurs craintes (Question 16), 134 réponses sont exploitables. Pour ces conjoints, seulement 23% en ont parlé à leur femme et 76% ne leur en ont pas parlé. Puisque très majoritairement, les conjoints ne parlent pas de leurs craintes à leur femme, on peut faire 3 hypothèses. Soit ils ont peu de craintes, donc ils n'ont pas la nécessité d'en parler. Soit ils ont des craintes mais n'osent pas en parler, par pudeur des sentiments et pour préserver leur virilité. Soit ils se sentent indirectement concernés et ne veulent pas ajouter leurs propres craintes à celles de leur femme qui, elle, vivra physiquement l'accouchement.

### Graphique 13

#### Expression des craintes dans le couple



96 conjoints ont exprimé ce qu'ils étaient prêts à voir ou non (Question17), soit 68%. Tandis que 46 conjoints ne l'ont pas exprimé, soit 32%. Une grande majorité des conjoints a donc communiqué sur ce qu'ils souhaitaient voir. En effet, cette notion du regard est plus factuelle. On accepte de regarder ou non, c'est un choix et la honte ne rentre pas en cause. Il est probablement moins difficile d'en parler que de laisser entrevoir une faiblesse : la peur ou la crainte.

Parmi ceux qui ont répondu « non » à cette dernière question, presque tous avaient répondu « non » à la précédente (44 sur 47). Ils n'avaient donc exprimé ni crainte ni souhait visuel.

Parmi ceux qui ont exprimé ce qu'ils étaient prêts à voir ou à ne pas voir, 30 ont détaillé leur réponse.

L'idée la plus récurrente est de ne pas voir en détail l'accouchement et la naissance de l'enfant. 16 conjoints l'ont exprimé : « il n'avait pas envie de voir le bébé entre les jambes », « il voulait rester près de moi, sans regarder comment le bébé sort ».

D'autres avaient peur de ne pas supporter la vue des modifications corporelles, du sang, de la délivrance, de la souffrance, ni de couper le cordon. 10 hommes ont exprimé ces craintes, dont 2 signalant la peur « de s'évanouir » s'ils y étaient confrontés.

3 redoutaient de voir leur femme examinée par un homme soignant.

3 autres ne voulaient pas voir les potentiels actes médicaux tels que les touchers vaginaux, la pose de la péridurale et la césarienne.

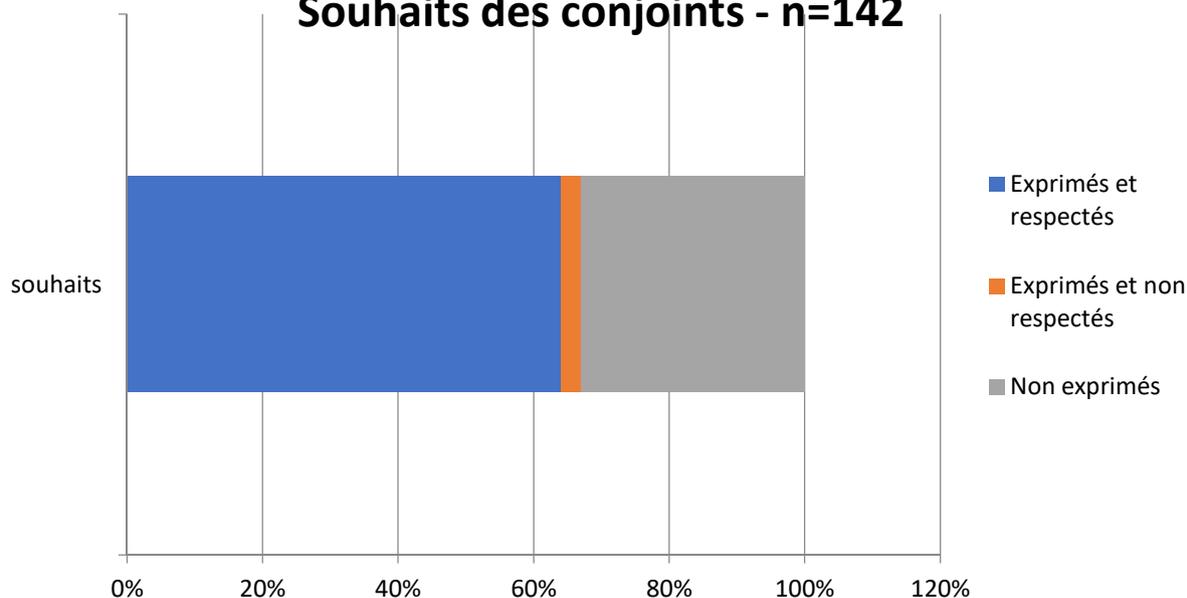
Il est spécifié qu'un conjoint était « prêt à tout voir », sans aucune restriction.

La question 18 permet de savoir si les souhaits du conjoint ont été pris en considération. 95 réponses sont exploitables, parmi lesquelles 91 individus ont répondu « oui », soit 96% des réponses et 4 individus ont répondu « non », soit 4%.

Pour les 4 conjoints dont les souhaits n'ont pas été respectés, chacune de leur femme a expliqué le contexte : « il n'était pas prêt à assister à l'accouchement, mais quand il a vu ma souffrance, il a préféré rester là. » p117, « l'accouchement s'est fait rapidement sans péridurale et pour me coacher au maximum, il a mis ses idées de côté pour me dire où ça en était » p21, « l'accouchement s'est passé en urgence, tout le protocole n'a pu être respecté. Mais en aucun cas il ne s'est senti offensé. » p128, « Pour le 2<sup>e</sup> jumeau, j'ai dû être endormie. Mon conjoint a dû sortir et il n'a pas vu la naissance, alors qu'il a demandé à rester. » p39.

La souffrance ou l'urgence de la situation peuvent amener le conjoint à faire évoluer ses souhaits initiaux, afin de s'adapter à la réalité. En cas de grande urgence ou de complications, il peut aussi arriver que l'équipe médicale ne puisse pas en tenir compte.

**Graphique 14**  
**Souhais des conjoints - n=142**



La question 19 permet de connaître la proportion des conjoints présents à l'accouchement. 93% des conjoints (136) étaient présents et 7% (10) étaient absents.

En France, nous savons en effet que les conjoints sont presque automatiquement présents. Il y a pourtant des cas où ils demeurent absents.

Parmi les 10 conjoints absents, seulement 4 expliquent la raison de leur absence : par 3 fois, le conjoint ne supportait pas la souffrance et les cris de sa femme, l'un d'entre eux redoutait le sang, le dernier par coutume « dans nos traditions, l'homme ne rentre pas ».

Pour tenter de mieux comprendre l'absence de ces conjoints, on peut chercher une concordance avec les religions. En effet, sur 10 conjoints absents, 4 avaient une femme musulmane, 2 en avaient une chrétienne, et 4 en avaient une qui ne s'était pas prononcée sur la religion. La population globale de l'étude étant constituée de 31 musulmanes, 41 chrétiennes et 97 femmes n'ayant rien précisé, on constate que la proportion des conjoints absents chez les musulmanes est de 13%, la proportion des conjoints absents chez les chrétiennes est de 5% et la proportion des conjoints absents, lorsqu' aucune religion n'a été renseignée, est de 6%. On peut donc penser que la religion chrétienne n'a pas d'influence sur la présence du conjoint à l'accouchement. Mais on observe que la religion musulmane

influence la présence des conjoints à l'accouchement, puisqu'ils sont plus du double à être absents.

Pour approfondir sur la notion d'homme en salle d'accouchement, il m'a paru intéressant de lister toutes les patientes ne souhaitant pas qu'un homme s'occupe d'elle en salle de naissance. A travers toutes les questions, 21 femmes différentes ont exprimé ce point de vue, soit 14% des femmes de cette étude. Parmi elles, 9 étaient musulmanes, 5 chrétiennes, 1 athée et 6 ne s'étant pas prononcé sur la religion. On observe donc que les femmes ayant spécifié le souhait de ne pas être suivie par un homme représentent 29 % des musulmanes, 12% des chrétiennes, 11% des athées et 9% des femmes ne s'étant pas positionnées sur la religion.

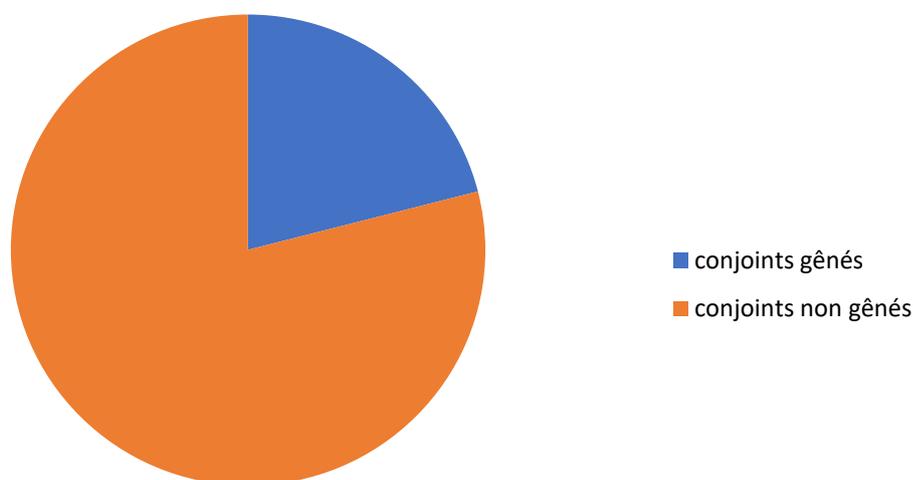
La proportion des musulmanes est plus de 2 fois supérieure à toutes les autres catégories, qui elles ont des taux similaires.

Comme relaté dans la première partie, on observe que la religion influence la pudeur. Notamment dans l'Islam, la femme doit être cachée pour ne pas être un objet de désir et de conflit. Il paraît donc cohérent que la place d'un homme en salle de naissance, qu'il soit conjoint ou soignant, soit moins facilement acceptée puisque la femme est sexuellement très exposée.

La question 20 permet d'évaluer si le conjoint a été gêné par l'accouchement et s'il s'est senti respecté dans sa pudeur. Parmi les 85 réponses exploitables, 21% des conjoints ont été gênés et 79% ne l'ont pas été.

## Graphique 15

### Conjoints gênés par l'accouchement n=85



Pour tous ceux qui ont été gênés, une explication a été mentionnée par la patiente.

Cette gêne a été justifiée 10 fois par la visualisation de la délivrance, du sang, du placenta, du cordon. Par 2 fois, cette gêne a été causée par l'agencement de la pièce. Pour s'occuper de leur enfant, les conjoints ont été obligés d'être en face de la table d'accouchement, au moment de la délivrance.

5 fois la notion de souffrance a été exprimée comme étant cause de gêne : « ne supporte pas de voir la souffrance », « peur des cris ».

3 conjoints ont été gênés par l'expulsion de l'enfant car ils ont vu tous les détails, à cause d'une urgence, d'un accouchement rapide,... « Il a vu la tête sortir alors qu'il ne voulait pas regarder », « du coup il a tout vu ».

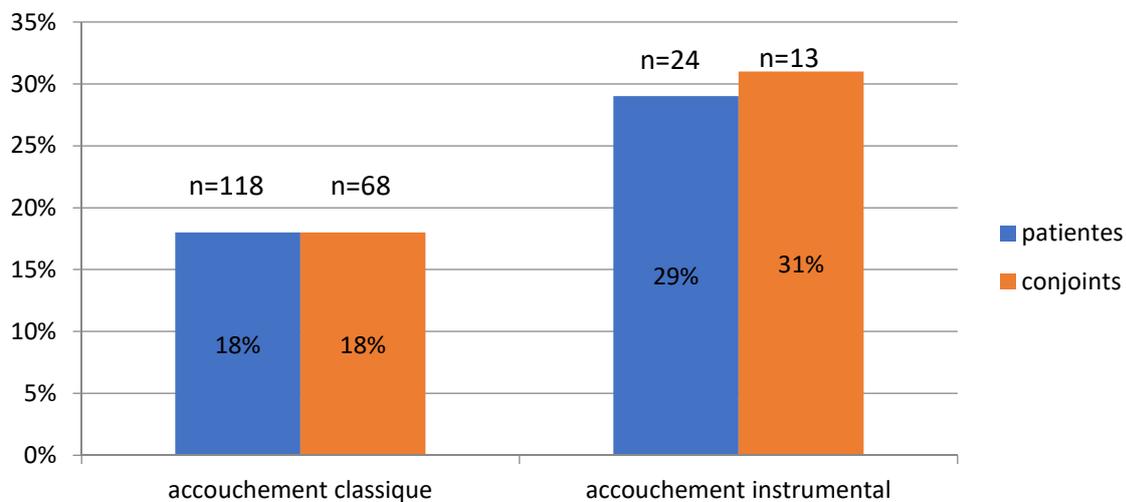
J'ai cherché une corrélation entre la gêne de la patiente ou de son conjoint et le mode d'accouchement.

Parmi les femmes ayant eu un accouchement voie basse classique, 118 cas sont exploitables. Nous comptons 18% de femmes qui ont été gênées à leur accouchement et 82% qui ne l'ont

pas été. Concernant leurs conjoints, 68 cas sont exploitables. 18% des hommes ont été gênés par l'accouchement de leur femme et 82% ne l'ont pas été. On observe que dans ces conditions, les taux de gêne pour les patientes et les conjoints sont identiques.

Parmi les femmes ayant eu un accouchement voie basse avec aide instrumentale, 24 cas sont exploitables. 29% des femmes ont été gênées à leur accouchement et 71% ne l'ont pas été. Concernant les conjoints, 13 cas sont exploitables. On trouve 31% des hommes gênés par l'accouchement de leur femme et 69% des hommes qui ne l'ont pas été. On observe une fois de plus que, dans ces conditions, les taux de gêne pour les patientes et les conjoints sont très similaires mais bien supérieurs à l'accouchement classique.

**Graphique 16**  
**Gêne éprouvée à l'accouchement**



Nous pouvons confirmer l'hypothèse 2 puisque nous avons observé que la grossesse et l'accouchement pouvaient transformer la pudeur d'une femme, ainsi que gêner la patiente ou son conjoint. La pudeur du couple peut donc être mise à l'épreuve par le vécu d'une maternité. Mais ces constatations, même si elles sont répandues, ne sont pas générales.

### 2.2.3. Evaluation du respect de la pudeur en salle de naissance

Lors de l'accouchement, nous évaluerons le respect de la pudeur et ses limites. Nous observerons la communication entre les patientes et l'équipe à propos de leurs inquiétudes et de leurs souhaits. Ainsi nous pourrions interroger la troisième hypothèse.

#### 2.2.3.1. Un respect pudique reconnu par les patientes

Concernant le respect de la pudeur en salle de naissance (Question 5), **148 femmes ont répondu qu'elles s'étaient senties respectées, soit plus de 99% des patientes de cette étude.**

Les éléments permettant le respect de la pudeur (Question 6 et 7) sont divers et variés.

De nombreuses femmes citent l'attitude des professionnels comme étant une aide qui diminue leur gêne : l'empathie, le professionnalisme, le respect, la mise en confiance, les explications, la recherche de consentement en font partie.

86 patientes vantent l'attitude empathique des professionnels, qui regroupe un large panel de qualités. Parmi les qualificatifs les plus récurrents, nous notons : l'écoute ( 22 répétitions), la gentillesse (18), le professionnalisme (15), la douceur (10), s'enquérir du confort de la patiente (8), la notion d'accompagnement (5), l'attention (5), la discrétion, le tact, la prévoyance, la bienveillance, la pédagogie, la patience, la délicatesse, le calme, l'humilité, l'accueil, le sourire, la passion du travail,... « Les sages-femmes sont très agréables et aux petits soins, toutes très gentilles et respectueuses », « des gestes simples qui démontreraient que je n'étais pas juste un corps mais une personne ».

23 patientes disent s'être senties respectées et prises en considération par l'équipe au travers de paroles, de gestes et de regards respectueux. Ces éléments ne sont pas souvent décrits, ils ne sont pas des gestes ou des paroles précises. Mais c'est l'intention de respect qui transparait, faisant ressentir ce sentiment aux patientes. Elles sont nombreuses à évoquer le regard : « absence de regard persistant », « pas de regard déplacé ». Cette dernière phrase est très relative, car la sage-femme a certainement regardé la vulve de la patiente au moment de l'accouchement, soit la partie la plus intime de son corps. Pourtant cette patiente a ressenti ce regard comme n'étant pas déplacé, probablement parce qu'il n'était pas érotisé, ni dégoûté, simplement respectueux. Les patientes parlent aussi de « l'absence de jugement » et du

« respect de mon avis et de mes envies ». Autant d'éléments qui montrent la reconnaissance de l'espace intime et de la liberté d'une personne.

32 femmes ont remarqué les mesures prises par l'équipe afin de les mettre en confiance et à l'aise. Il est souvent question de soignants qui rassurent (15 fois évoqué), qui trouvent les « paroles justes » et libèrent des « inquiétudes ».

Les éléments de communication sont très présents dans les réponses, 47 patientes le mentionnent. Les explications données par les professionnels ont toute leur importance, car elles permettent de donner un sens aux examens et aux soins (employé par 23 femmes). L'écoute spécifiée 22 fois ci-dessus est également un élément de communication. Les idées de dialogue, discussion, conseils, informations, réponse aux questions, « discours direct et décomplexé » sont aussi retranscrites.

L'examen du col par le toucher vaginal, répété au cours du travail, constitue une grande part du dévoilement de l'intimité à l'accouchement. 48 personnes se sont senties particulièrement respectées au cours de cet examen grâce aux mesures prises. Le consentement de la patiente pour cet examen est primordial. 31 femmes expriment cette recherche de la part des professionnels. D'autres affirment que les soignants préviennent de leurs gestes (10 répétitions) et attendent qu'elles se sentent prêtes pour les examiner (8). « Nous sommes prévenues de tout ce qui nous est fait ».

Les mesures prises témoignant du respect de la pudeur sont souvent exprimés par les patientes, comme recouvrir la nudité, fermer la porte, être discret et vigilant concernant le conjoint.

59 patientes disent s'être senties respectées grâce aux mesures prises pour préserver leur nudité. 47 fois l'utilité du drap est mentionnée. Les mouvements pour couvrir ou cacher le corps de la patiente, ou encore l'utilité de la blouse ou de champs sont répétés : « petites attentions pour nous habiller en cas de découvrément ». Mais aussi le temps accordé à la femme pour qu'elle se découvre à son rythme : « On m'a laissé le temps de me déshabiller à mon rythme et par moi-même » p101.

16 femmes ont ressenti moins de gêne grâce aux précautions prises vis-à-vis de la porte, ou de la fenêtre. Beaucoup ont noté les efforts faits pour « frapper à la porte », « l'ouvrir avec

attention », « jamais grande ouverte ». Une autre a apprécié d'avoir un rideau devant sa porte, dissimulant la table d'accouchement.

Certaines patientes (7) ont exprimé avoir été moins gênées grâce à l'équipe prenant en considération leur nudité vis-à-vis de leur conjoint, « ils font attention à ce que le papa ne soit pas gêné ».

Le contexte de l'accouchement, un événement naturel, douloureux et parfois rapide, dans un cadre professionnel peut amener les femmes à se détacher de leur pudeur et à minimiser leur gêne.

13 femmes font part de cette conséquence de la douleur: « la douleur fait que l'on ne peut plus se permettre d'être gênée ».

8 femmes signalent que la rapidité de l'accouchement et la hâte de son aboutissement ont diminué leur gêne: « hâte que ce soit fini », « grâce à l'attente de mon enfant, j'étais tellement pressée ».

L'accouchement est pris en charge dans un contexte professionnel et médical, ceci peut diminuer la gêne. 7 patientes l'expriment: « la concentration sur l'accouchement des professionnels », « c'est du domaine médical ».

La prise de conscience que l'accouchement est un événement naturel peut être libérateur: « c'est la nature d'accoucher comme ça », « tout paraît naturel ».

La présence d'un personnel restreint féminin et celle du conjoint interfèrent également sur la gêne ressentie.

L'idée d'un suivi par un nombre restreint de soignants, qui se soient présentés auparavant, est répandue; 12 patientes l'expriment: « pas plus de 2-3 personnes à la fois », « suivi fait par une même sage-femme pour la grossesse et l'accouchement ».

9 femmes signalent s'être senties respectées grâce à une prise en charge exclusivement féminine: « aucun homme à part mon mari », « cadre féminin ».

D'autres femmes (4) expriment avoir ressenti moins de gêne grâce à la présence réconfortante de leur conjoint : « la présence de mon mari », « le regard de mon époux ».

Certaines femmes pensent qu'une préparation est possible afin de diminuer la gêne au moment de l'accouchement. 4 femmes disent qu'il faut se préparer psychologiquement à cette exposition. Deux parmi elles soulignent que cela a été possible grâce aux consultations et aux cours de préparation à l'accouchement.

Eléments respectueux	Nombre de femmes	%
<b>Total</b>	136	100
Empathie des professionnels ( <i>écoute, gentillesse, douceur, professionnalisme</i> )	86	63
Nudité préservée ( <i>drap, blouse, champs</i> )	59	43
Précaution au toucher vaginal - consentement	48	35
Communication ( <i>explication, dialogue, écoute</i> )	47	35
Mettre en confiance	32	24
Regards, paroles et gestes	23	17
Porte fermée	16	12
Douleur	13	10
Nombre restreint de soignants - présentation	12	9
Soignants féminins	9	7
Rapidité + Hâte	8	6
Contexte professionnel et médical	7	5
Précaution pour le conjoint	7	5
Accoucher est un événement naturel	6	4
Soutien du conjoint	4	3
Préparation psychologique	4	3

**Tableau VII : Eléments respectueux**

### 2.2.3.2. Les limites au respect de la pudeur

La question 4 permet d'évaluer si les patientes ont été gênées lors de l'accouchement. 20% des femmes (29) reconnaissent avoir été gênées et 80% (119) ne l'ont pas été.

Parmi les 119 femmes qui disent ne pas avoir été gênées au moment de l'accouchement, seulement 5 expliquent pourquoi. Pour elles, ceci se justifie soit par la rapidité de l'accouchement qui empêche de penser à la pudeur, soit par la relation avec des professionnels (« c'était leur métier, ils étaient habitués », « je fais confiance à 300% ), soit par leur attitude (« sage-femme très respectueuse et prévoyante »).

Pour les 29 femmes qui ont été gênées au moment de l'accouchement, 28 en expliquent les causes qui sont multiples.

6 femmes ont exprimé une gêne lors de l'accouchement par rapport aux professionnels. Plusieurs éléments entrent en considération. Ce peut être le fait de se montrer à des inconnus, « gêne de me montrer à quelqu'un que je ne connaissais pas », ou au contraire à des personnes trop connues, « j'ai été gênée par la présence des pompiers de mon village que je croise tous les jours ». D'autres éléments sont évoqués comme le nombre de soignants présents, la prise en charge par un soignant de sexe masculin, des « aller-retour de personnes qui ne se présentent pas », l'auscultation par une étudiante.

4 femmes ont exprimé une gêne liée à l'absence de liberté dans la prise en charge : « le fait d'être examinée à tout moment », « on ne m'a pas demandé mon accord pour que ce soit une étudiante qui m'ausculte », « ça m'a gênée d'être restée longtemps en sous-vêtements sans pouvoir me rhabiller ».

9 femmes ont signalé être gênées par le risque, la sensation ou la réalité d'avoir déféqué. La honte des pets ou d'uriner est aussi évoquée. Ceci provoque « une très grosse gêne » car c'est « un acte très privé », « ne se faisant que dans l'intimité ». La présence du conjoint et des professionnels rend cette réalité honteuse.

5 patientes font part de leur gêne lors de l'accouchement vis-à-vis de leur conjoint. La gêne occasionnée est alors liée à ce qu'il pouvait voir, à la peur de le choquer. Pour 3 de ces 5

femmes, la configuration de la salle a engendré une trop grande exposition de leur nudité : « mon mari est revenu dans la salle de naissance en plein travail, il a tout vu de face », ou encore « j’aurais préféré que mon mari qui s’occupait du bébé ne me voit pas être recousue ».

La gêne évoquée dans cette question comme étant une gêne liée à la pudeur, voire à la honte, n’a pas toujours été comprise ainsi par les patientes. Certaines l’ont comprise comme une gêne liée à un inconfort. 5 patientes m’ont fait réaliser cette incompréhension par leurs commentaires. La gêne évoquait « la poussée à cause de la sensation du bébé qui avance » ou la ventouse, le temps nécessaire à la suture ou la douleur que celle-ci a provoqué ou encore la position avec les étrières.

	Oui	Non
Gêne éprouvée :	29 femmes = 20%	119 femmes = 80%
- Déféquer	9 femmes = 6%	
- Professionnels	6 femmes = 4%	
- Absence de liberté	4 femmes = 3%	
- Conjoint	5 femmes = 3%	
- Inconfort	5 femmes = 3%	

**Tableau VIII : Gêne**

Nous avons interrogé les patientes à propos des éléments évoquant le non-respect de la pudeur (Question 8). 88 patientes (79%) ont exprimé ne pas avoir rencontré d’obstacles à la pudeur.

24 femmes (21%) ont fait part des difficultés rencontrées concernant leur pudeur. Les commentaires sont en contre-point de ceux évoqués précédemment. Nous relevons l’attitude des professionnels, le manque de mesures prises, la composition du personnel, la présence du conjoint et l’accouchement en lui-même.

4 patientes ne se sont pas senties respectées par l’attitude du personnel soignant, à cause de leur brusquerie, leur manque de pédagogie, leur froideur, leurs propos secs, ou leurs aller-retour incessants : « les professionnels qui y vont comme des brutes, limite un travail à la chaîne », « un propos déplacé peut tout faire basculer ».

4 autres patientes ont été gênées par la présence d'un trop grand nombre de soignants à l'accouchement, dont une à cause des étudiants et l'autre à cause des pompiers, dans un contexte d'accouchement à domicile.

Les professionnels de sexe masculin ont été un obstacle pour 3 patientes : « J'aurais aimé que tous les professionnels soient des femmes » p150.

3 femmes ont été gênées vis-à-vis de leur conjoint. A cause de la configuration des salles, les conjoints ont dû être aux pieds de la table d'accouchement, au moment de la délivrance, pour assister aux soins de leur enfant.

L'importance de la porte fermée a été exprimée par 4 femmes. Elles ont été gênées par une « porte restée entrouverte lors des soins », « l'ouverture de la porte pendant l'accouchement », « entrer sans frapper », « la porte ne ferme pas à clef, donc on a peur qu'une personne extérieure rentre ».

Le problème du vêtement s'est posé pour 3 patientes. 2 d'entre elles ont été gênées par la blouse « inconfortable et pas pratique ». La dernière a été gênée de se dévêtir devant le personnel et son conjoint, ainsi que de devoir « poser ses affaires en vrac sur le rebord d'une fenêtre ».

L'accouchement et ce qui lui est intrinsèquement lié ont été signalés comme étant un obstacle à la pudeur par 4 femmes : « écarter les jambes donnant une exposition importante à tout le personnel », « l'accouchement sans péridurale », « la position inconfortable et la douleur ».

Obstacles au respect de la pudeur	Nombre de patientes	%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
- Pas d'obstacles	88	79
- Divers obstacles	24	21
<b>Attitude des soignants</b>	4	3.5
<b>Soignants trop nombreux</b>	4	3.5
<b>L'accouchement en lui-même</b>	4	3.5
<b>Porte ouverte</b>	4	3.5
<b>Configuration des salles (gêne vis-à-vis du conjoint)</b>	3	2.5
<b>Vêtements problématiques</b>	3	2.5
<b>Professionnels masculins</b>	3	2.5

**Tableau IX : Obstacles au respect de la pudeur**

#### 2.2.3.3. Inquiétudes et souhaits concernant la pudeur

La question 10 a pour but d'évaluer les inquiétudes durant la grossesse : « Avant d'accoucher, est-ce que quelque chose vous inquiétait au sujet de votre pudeur ? ». 31% des femmes (46) avaient des inquiétudes et 69% des femmes (102) n'en avaient pas.

Les 46 femmes ayant répondu « oui » ont toutes étayé leur réponse d'un commentaire détaillant leurs inquiétudes.

19 étaient inquiètes concernant la relation avec l'équipe soignante. Parmi elles, 9 redoutaient l'exposition de leur corps devant les soignants ; 7, craignaient que les professionnels soient trop nombreux ; 3, qu'ils soient de sexe masculin ; 2, qu'ils ne se présentent pas ; 3, qu'ils la juge et ne la respecte pas assez.

7 femmes appréhendaient la récurrence des examens pendant le suivi de grossesse et l'accouchement, en particulier celle des touchers vaginaux.

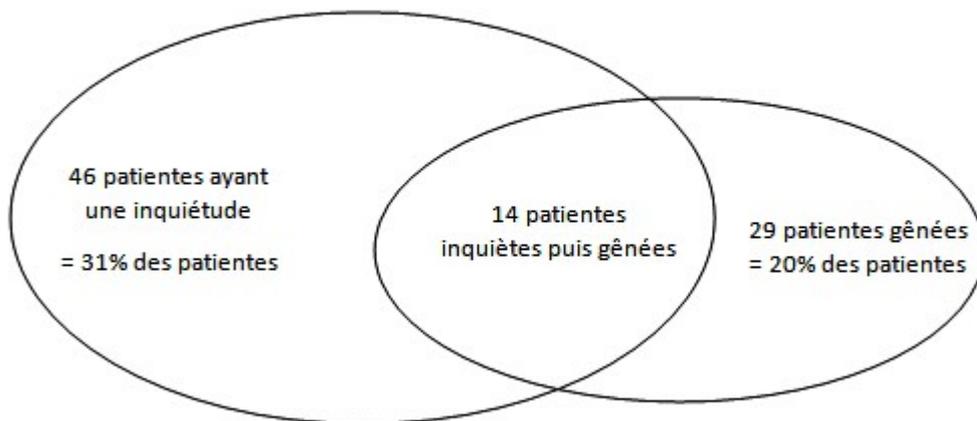
10 patientes craignaient de déféquer pendant l'accouchement.

Les inquiétudes sont aussi portées sur le conjoint. 7 femmes redoutaient le regard de leur conjoint sur leur propre corps et leur souffrance : « peur de son ressenti et qu'il ne voit plus mon corps comme avant » p45.

4 d'entre elles appréhendaient de ne pas être suffisamment épilées.

On observe que 31% des femmes ont été inquiètes au sujet de leur pudeur, alors qu'en réalité seulement 20% de la population totale ont été gênées lors de l'accouchement.

14 femmes, soit moins d'un tiers des femmes dites inquiètes pendant leur grossesse, ont réellement été gênées à l'accouchement. Mais à l'inverse, ces 14 femmes, représentant la moitié des femmes gênées à l'accouchement, avaient exprimé une inquiétude. La corrélation entre inquiétude et gêne réelle n'est pas évidente. Car même dans les 14 cas où le lien peut être fait, la cause de la gêne réelle n'a pas été systématiquement la même que celle de l'inquiétude.



**Schéma 1**

Nous savons déjà que la proportion des primipares dans cette étude est de 38%. Or, les primipares représentent 59% des femmes se disant inquiètes avant l'accouchement.

**On peut donc conclure que les femmes n'ayant jamais accouché sont plus inquiètes au sujet de leur pudeur, pendant leur grossesse.**

Les souhaits concernant le respect de la pudeur (Question 11) ont été annoncés par certaines patientes. 22% d'entre elles (32), estimaient avoir des souhaits ou des limites à poser concernant l'exposition de leur corps et 78% (113) n'en avaient pas.

23 personnes ont expliqué leurs souhaits.

6 d'entre elles souhaitaient que leur conjoint ne voit pas l'accouchement en détail et que l'équipe se préoccupe de « ce qu'il pouvait voir et ressentir ». Qu'il soit « épargné au maximum ».

6 patientes souhaitaient limiter l'exposition de leur corps par un drap, un vêtement choisi et surtout « ne pas se retrouver complètement nue ».

5 femmes désiraient limiter au maximum le nombre de soignants, pour ne pas « se sentir hall de gare » ou « être un animal de foire ». Pour 2 d'entre elles, la présence d'étudiant était problématique.

La demande de consentement avant un examen et la limitation des touchers vaginaux sont des souhaits exprimés par 4 femmes.

3 femmes spécifiaient qu'elles voulaient être prises en charge par des soignants féminins.

Souhaits ou limites à poser	Nombre de patientes	%
Total	145	100
- Non	113	78
- Oui	32	22
<b>Protéger le conjoint</b>	6	4
<b>Cacher la nudité (<i>drap, vêtement</i>)</b>	6	4
<b>Limiter le nombre de soignants</b>	5	3
<b>Consentement aux examens</b>	4	3
<b>Soignant féminin</b>	3	2

**Tableau X : Souhaits ou limites à poser**

Parmi les réponses positives, 15 patientes avaient également exprimé une inquiétude. Ceci correspond à la moitié des personnes ayant un souhait ou une limite à poser. On peut donc supposer, qu'en réponse à leurs craintes, une partie des femmes a exprimé des désirs. Ceux-ci permettent peut-être de les rassurer et de réduire les situations qui les embarrassent.

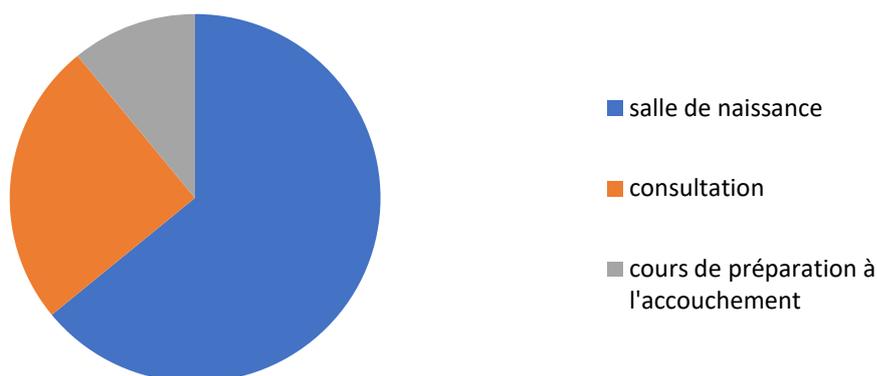
Par la question 12, on cherche à savoir si les patientes ont exprimé leurs souhaits ou limites aux soignants, et dans quelles conditions : « Si vous aviez des souhaits, les avez-vous exprimés aux soignants ? », « si oui, dans quelles circonstances ? préparation à la naissance / consultation / salle de naissance / autres circonstances).

Pour cette question, 109 réponses sont exploitables. 36 personnes ont répondu « oui », soit 33%, et 73 personnes ont répondu « non », soit 67%.

Lorsque les circonstances sont mentionnées, 25 femmes ont formulé leurs souhaits en salle de naissance, 10 en préparation à la naissance et 13 en consultation. Les patientes expriment leurs souhaits de façon quasiment égale dans les différents lieux d'accompagnement de la grossesse (cours de préparation à l'accouchement et consultations). Elles les expriment 2 fois plus en salle de naissance, lorsqu'elles y sont vraiment confrontées. Une femme s'est exprimée au travers d'un projet de naissance.

La somme de ces 48 souhaits, exprimés dans les différents lieux, est supérieure à la somme totale de 36, car certaines femmes se sont exprimées plusieurs fois.

**Graphique 17**  
**Souhaits exprimés dans divers contextes**  
**n=36**

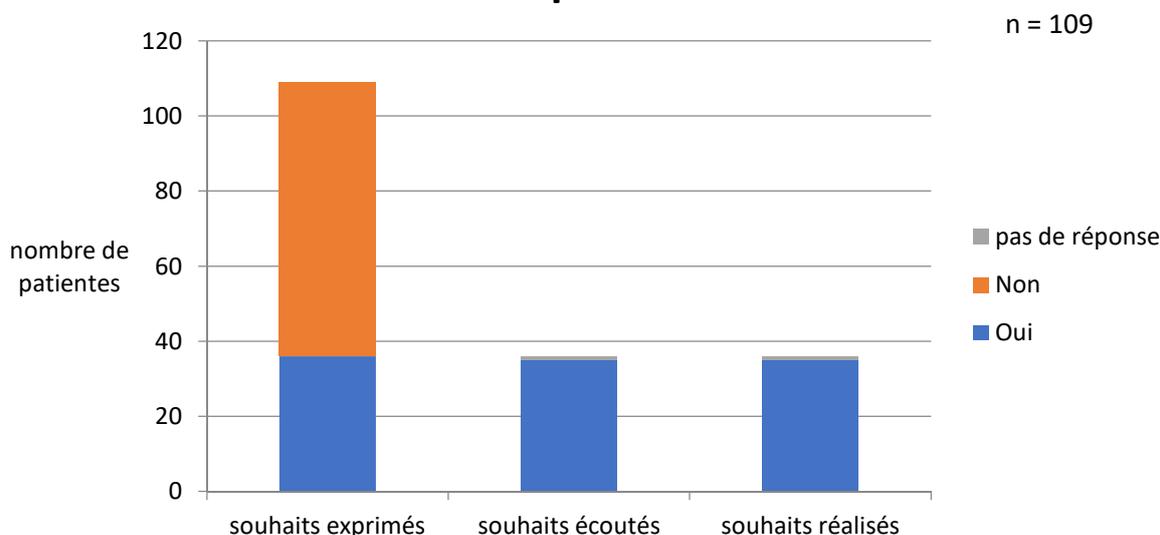


Les questions 13 et 14 permettent de savoir si les souhaits dévoilés ont été écoutés et respectés par les professionnels. A la 13<sup>e</sup> question, « Vos souhaits ont-ils été écoutés par les soignants ? », 35 réponses sont exploitables. Les 35 personnes ont répondu « oui », soit 100%.

A la 14<sup>e</sup> question, « Ont-ils été réalisés par les soignants ? », 35 réponses sont également exploitables. Les 35 personnes ont à nouveau répondu oui.

Lorsqu'une patiente exprime ses souhaits aux soignants, ils sont généralement écoutés et réalisés.

## Graphique 18 Souhaits des patientes n=109



La question 25 permet de se tourner vers les patientes, afin de connaître leurs éventuelles suggestions. Ainsi la profession pourrait progresser et mettre en place de nouvelles pratiques, afin d'offrir une meilleur prise en charge. La question « Auriez-vous des propositions à nous faire afin d'améliorer notre respect de la pudeur ? » a obtenu 50 réponses.

25 femmes ont écrit qu'elles n'avaient rien à suggérer, qu'il y avait « déjà beaucoup de respect », que c'était « suffisant », voire « parfait ». C'est plutôt satisfaisant, car cela indique que globalement les patientes se sentent respectées et n'ont pas pensé à d'éventuelles améliorations.

Mais cela n'est pas pour autant unanime, et quelques propositions peuvent être intéressantes.

8 femmes parlent de l'importance d'aborder ce sujet, d'interroger les femmes pour savoir si elles se sentent respectées. Beaucoup pensent qu'il est utile d'en parler avant l'accouchement, certaines même proposent des réunions sur ce sujet : « toujours en parler avec les patientes avant », « communiquer, mais ne surtout pas forcer la personne à en parler ».

4 patientes demandent davantage d'explications. Lors des dernières consultations, elles souhaiteraient apprendre ce à quoi elles vont être exposées en salle de naissance (touchers

vaginaux, présence des internes,...). Lors des cours de préparation à l'accouchement, elles voudraient aborder les sensations à l'expulsion du bébé. En consultation et en salle de naissance, elles souhaiteraient connaître l'intérêt des nombreux touchers vaginaux et celui des soins effectués.

Concernant la relation avec les soignants, 5 patientes ont exprimé des souhaits. 3 d'entre elles, souhaitent limiter au maximum le nombre de soignants : « ne pas multiplier les professionnels qui s'occupent d'une patiente », « demander si on accepte telle ou telle personne en plus qui observe ou ausculte ».

Parmi ces 5 patientes, 2 d'entre elles abordent la question du sexe du soignant. L'une voudrait que l'on propose « un choix du médecin aux patientes : homme, femme ou peu importe ». L'autre va jusqu'à penser qu'il faut « interdire aux hommes d'accoucher les femmes ».

5 patientes ont exprimé des souhaits concernant l'aménagement de l'espace. 3 fois les femmes ont réclamé que la couveuse ou la table de réanimation ne se trouve pas en face de la table d'accouchement, pour que le conjoint ne voit pas la délivrance, la suture et les soins.

2 femmes désireraient que l'on change les blouses qui ne ferment pas au niveau des fesses : « donner des blouses qui ferment pour ne pas se balader les fesses à l'air ».

1 patiente souhaiterait que l'on soit plus vigilant à fermer les portes lors des soins.

Une autre femme émet le souhait de pouvoir se doucher avant d'entrer en salle de naissance, pour son propre confort et celui des soignants.

**Nous pouvons donc valider la troisième hypothèse. Les soignants ont la capacité de respecter la pudeur des patientes, même en salle de naissance. Mais quelques gênes persistent. Nous pouvons progresser dans nos pratiques, afin de minimiser certaines d'entre elles.**

**Les 3 hypothèses sont donc validées dans leur globalité, mais quelques réserves sont constatées.**

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

### **1. Analyse de la méthode**

#### 1.1. Les limites de l'étude

Le sujet de la pudeur est vaste et complexe à définir. La forme du questionnaire n'a pas permis de communiquer directement sur la définition de la pudeur.

De plus, cette méthode ne permettait pas de demander à la patiente d'approfondir ou de réexpliquer une idée, lorsque celle-ci était difficilement compréhensible.

Le contexte du post-partum immédiat ne donne pas suffisamment de recul, autant pour la femme, que pour l'homme. Si le père a été choqué, peut être ne va-t-il pas l'exprimer si tôt. Peut être le temps apaisera-t-il ce choc, ou peut être qu'au contraire, l'intimité du couple en souffrira, notamment dans la reprise des rapports sexuels.

Même si j'ai tenté de formuler les questions de la façon la plus simple qui soit, la tournure des questions était la même pour toutes. Ce qui n'a pas permis de s'adapter au niveau de compréhension de chacune.

Le questionnaire est impersonnel et peu cordial, il peut diminuer la motivation de se confier et d'approfondir les réponses.

Un questionnaire est basé uniquement sur ce que la personne est capable de retranscrire ou souhaite exprimer. Aucune analyse du comportement verbal ou non verbal n'est possible.

La formulation de certaines questions manquait de clarté. Ceci pouvait entraîner des biais dans les réponses. J'ai parfois dû réduire l'échantillon de personnes aux cas strictement exploitables.

La question 19 permet de connaître la proportion des conjoints présents. Mais elle ne permet pas de connaître la cause de l'absence de certains conjoints. On ne sait pas si leur absence est un choix ou un concours de circonstance.

La catégorie socioprofessionnelle des patientes a été évaluée à partir du métier annoncé. Mais certains métiers sont difficilement classables avec si peu de renseignements. Ils peuvent

correspondre à différentes catégories. Celles choisies ne sont peut être pas exactes pour chaque cas.

L'étude a été menée sur 10 maternités, de type I, II ou III, situées dans 2 régions différentes, avec des proportions variables. Mais 79% des questionnaires proviennent de maternités de type II. L'échantillon est certes vaste, mais ne représente pas suffisamment les maternités de type I et III, ni l'ensemble de la population des femmes accouchées en France.

## 1.2. Les atouts de l'étude

Cette étude m'a permis de me pencher sur le sujet de la pudeur. Son intérêt questionne forcément en salle de naissance puisque le corps de la femme est fortement exposé. Mais quotidiennement, les professionnels n'ont pas forcément le temps, ni le recul suffisant pour l'aborder. Cette étude en a été l'occasion permettant de m'intéresser au vécu de l'accouchement. Ceci prend tout son sens d'un point de vue médical, car il est un retour sur une prise en charge humaine. Cette analyse du vécu sous-entend une analyse de nos pratiques. Elle permet donc de développer la capacité d'écoute, d'adaptation aux divers besoins et de comprendre ce qui peut impacter les patientes. Ceci rend possible une remise en question et une adaptation de nos prises en charge

Je pense que la majorité des patientes a été intéressée par l'étude. Je crois pouvoir dire qu'elles ont été satisfaites d'y contribuer et de donner leur point de vue sur ce sujet. En effet, 83% des patientes pensent que c'est un sujet important à aborder.

Le questionnaire est impersonnel, comme nous l'avons vu plus haut. Ceci peut être une limite et un frein aux confidences. Mais il peut aussi rendre l'échange plus libre grâce à l'anonymat. En effet, le questionnaire libère d'un face à face avec une inconnue et d'une sorte d'obligation de se confier sur un sujet aussi intime qu'est la pudeur.

Nous avons essayé de rendre les questions le plus neutres possible, pour qu'elles n'expriment pas d'idée préconçue. Les réponses par oui ou par non, ainsi que les espaces libres pour les réponses ouvertes, permettent des réponses personnelles et non suggérées. Ceci a permis une analyse quantitative fiable et une analyse sémantique à partir du vocabulaire personnel de chaque patiente.

Le fait que 10 maternités soit concernées, met en relief des tendances observées dans de nombreuses maternités et chez de multiples équipes soignantes.

## 2. Discussion

### 2.1. La pudeur dans toute sa complexité

La définition de la pudeur est complexe, elle varie en fonction de la subjectivité des personnes. Les patientes présentent la pudeur différemment en fonction de leurs opinions sur : son importance, ce qui la construit et l'influence, les conditions de son respect ou de son offense. Dans 2 autres études d'étudiantes sages-femmes, les participantes insistent également sur la subjectivité de la pudeur. Les 3 études ont soulevé que la pudeur était influencée par de multiples facteurs : la culture, l'origine géographique, la société, la famille, la religion, l'environnement, le regard des autres, le caractère individuel,...

On observe que c'est majoritairement la pudeur corporelle qui est évoquée et pas tellement la pudeur sentimentale.(6,41)

Dans cette étude, 83% des femmes pensent que la pudeur est importante à aborder. Dans l'étude de F. Thiers, les femmes aussi abordent avec intérêt la question de la pudeur, avec ces perceptions variées et une « *vision propre* » à chacune. Dans l'étude de S. Devaux, il a été relevé que les patientes peinent à évoquer spontanément la pudeur. Mais 30% d'entre elles, souhaiteraient que les soignants abordent le sujet, pour qu'elles puissent enfin s'exprimer.(6)

En observant que la majorité des patientes est particulièrement pudique (63%). Nous devons garder à l'esprit que la pudeur reste importante même en salle de naissance.

90% de la population étudiés par F. Thiers (patientes et sages-femmes), pensent que le respect de la pudeur influence le bon déroulement de l'accouchement, autant pour le travail, que pour les efforts expulsifs.(41)

### 2.2. La grossesse met à l'épreuve la pudeur

Au préalable, 46 patientes étaient inquiètes, alors qu'en réalité, 29 ont été gênées. Parmi ces femmes, seulement 14 ont été inquiètes, puis gênées ; et leur gêne ne faisait pas toujours référence à leurs précédentes inquiétudes. Cela illustre la complexité de l'Homme dans sa sensibilité, rendant la communication et la compréhension de l'autre si compliquées. Ceci explique aussi la difficulté des sciences humaines et l'impossibilité de classer les individus.

En salle de naissance, la pudeur n'est plus une priorité, pour les patientes car leur attention des patientes est bien souvent portée sur la finalité qu'est l'enfant. Pour parvenir à cet

aboutissement, le dévoilement du corps est perçu comme un passage obligé. Les 3 études d'étudiantes sage-femme le remarquent.

20% des patientes se sont senties gênées à l'accouchement. Certaines ont été gênées par l'accouchement en lui-même (sensations, selles, se montrer nue à des inconnus). Nous devons entendre ces remarques, même si nous n'avons pas beaucoup d'emprise sur elles. Mais, par le professionnalisme qui fait prendre du recul sur les gestes et par le dialogue qui permet de dédramatiser, les professionnels peuvent les aider à relativiser.

Selon une étude interrogeant des patientes et des sages-femmes, les perceptions de la pudeur de ces 2 populations ne sont pas les mêmes. En effet, lorsqu'une patiente exprime avoir ressenti de la gêne, leurs sages-femmes ne semblent pas s'en être rendu compte. *« La honte, provoquée lors d'une atteinte à la pudeur et décrite par les patientes, n'a jamais été citée par les sages-femmes, signe que cette dernière peut passer totalement inaperçue. »*(41)

Selon cette étude, même si des gênes sont observées, 99% des femmes se sont senties respectées dans leur pudeur. Alors que dans l'étude de F. Thiers, il n'y a que 20% des femmes qui pensent la même chose. La différence de méthode et la taille de l'échantillon peuvent être expliquées ces différences, car cette étude a été menée par des entretiens auprès de 10 patientes.(41)

Il a été évoqué dans la deuxième partie, la présence ou l'absence du conjoint ou du père, lorsque la prise en charge se complique. Le Professeur et gynécologue Israël Nisand indique *« qu'il ne faut pas, sauf incident dûment explicité, refuser s'il le souhaite, l'accès à l'autre parent au bloc opératoire pendant la césarienne »*. Le conjoint ne peut pas pour autant exiger sa présence, mais sa demande doit être entendue par l'équipe. Selon les maternités et les équipes, c'est accepté de façon très inégale. Mais cela devient plus courant, ce qui signifie que cette demande est réalisable.(42)

## 2.3. Le respect de la pudeur par les soignants

### 2.3.1. Le respect de la singularité et de la liberté de chacune

La prise en considération d'une pudeur individuelle, l'empathie, la relation de confiance, la présentation du personnel, la transparence des soins, le professionnalisme sont autant d'attitudes qui permettent à la patiente de se sentir respectée et d'éprouver moins de gêne. Les 3 études d'étudiants sages-femmes le signalent.

Il faut apprendre à accueillir la différence chez les patientes avec un regard neutre, sans émettre de jugement. De nombreuses patientes (26%), ont justement exprimé, que les soignants les avaient mises à l'aise, qu'ils avaient un regard bienveillant sans trace de jugement. 2% des femmes ont eu un avis inverse.

Mais au travers des collectifs, des blogs, des réseaux sociaux, de la presse, des femmes dénoncent l'attitude jugeante, culpabilisatrice et humiliante de certains soignants. Ceci s'observe dans des situations estimées anormales ou non idéales par les professionnels, comme : le surpoids, le tabagisme gravidique, les grossesses précoces ou tardives, une femme enceinte homosexuelle,... Cette attitude est bien éloignée de la déontologie, qui stipule que *«La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quelques soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant ».*(43)

Il n'est pas toujours simple de manifester son respect et d'adopter l'attitude la plus juste selon les circonstances. On observe que la frontière est étroite et que l'on bascule vite du non respect au sentiment de violence.

25% des femmes de l'étude, ont signalé l'importance du consentement. Il est intrinsèquement lié au respect de la personne, par la prise en considération de sa liberté. Le médecin légiste, Cécile Manaouil a récemment rappelé que l'accouchement peut être vécu comme un traumatisme, et que les gestes ou les paroles des soignants peuvent paraître violents ou humiliants. La réalisation d'un examen ou d'un soin, sans le consentement préalable rompt la relation de confiance et inflige une violence. Il est indispensable, pour minimiser ces risques, que la démarche d'obtention d'un consentement soit effectuée. Pour que le consentement soit libre et éclairé, les soignants ont l'obligation légale et morale de fournir une information adaptée, délivrée avec pédagogie. La législation réclame qu'elle soit *« claire, loyale et appropriée »*. Cette information naît dans l'échange, qui commence par l'écoute de l'autre, afin de s'adapter à ses besoins et fournir le degré suffisant d'information.(42)

Dans cette étude, 36% des patientes parlent de l'intérêt ou du manque d'explications dans la communication. Dans l'étude de F. Thiers, 80% des patientes réclament davantage d'explications et de préventions concernant les soins.(41) Le Docteur Manaouil précise que la connaissance du déroulement et de l'intérêt d'un soin, permet aux patientes de l'accepter.

Même s'il ne supprime pas forcément la gêne qu'il occasionne. Tandis que tout geste effectué dans le mutisme peut être vécu comme une violence. Tout soin ou examen doit donc être expliqué. L'urgence d'une situation ne peut pas justifier l'absence d'explication. La parole ne prend pas forcément de temps, on peut agir en même temps que d'expliquer le geste effectué. Plus de détails pourront être fournis à posteriori, mais au moins, la patiente ne se sentira pas reléguée au second plan, voir agressée.(42)

Les « violences obstétricales » qui sont de réelles maltraitances, sont tout de même à distinguer, des maladroites ou encore d'un vécu traumatisant causé par un accouchement violent, indépendamment de l'attitude des professionnels.

On constate donc que l'attitude des professionnels a pour effet de diminuer la gêne, ou au contraire, de la majorer.

### 2.3.2. La composition d'une équipe nécessitant une adaptation réciproque

Dans l'exercice quotidien des professions médicales, certains gestes coutumiers peuvent sembler anodins. Pourtant ils ne le sont pas forcément pour les patientes. En effet un toucher vaginal est une intrusion dans l'intimité des femmes. Il faut donc le garder à l'esprit, en expliquer l'intérêt, rechercher le consentement et l'effectuer avec douceur. La frontière est étroite entre l'examen médical et le geste sexuel. Les soignants ne doivent pas se départir d'une attitude professionnelle et s'abstenir de tout comportement ambigu, en particulier à connotation sexuelle. Ces mesures sont d'autant plus indispensables concernant les hommes médecins ou sages-femmes, pour qu'il n'y ait aucune méprise sur leurs intentions. Parfois même, certains soignants masculins préfèrent qu'une tierce personne assiste aux soins, pour attester de leur bonne foi. En effet, 14% des patientes sont mal à l'aise avec la prise en charge masculine, dans le contexte de la maternité. Les mesures prises pour mettre en confiance, tout en gardant une distance professionnelle, sont donc indispensables.(42)

L'étude de S. Devaux a démontré que la gêne suscitée par la surprise devant un soignant masculin s'estompait généralement au cours de la communication, grâce à la relation de confiance instaurée. Mais quelques rares refus persistent.(6)

Le nombre de professionnels présents lors des soins est fréquemment jugé trop important par les femmes. Les 3 études font cette constatation. Dans l'étude de F. Thiers, même 60% des sages-femmes interrogées pensent qu'il y a trop de monde en salle de naissance.(41)

Dans l'étude, les étudiants ont gêné à plusieurs reprises. En général, ce n'est pas le statut de l'étudiant qui est problématique, c'est le surnombre de l'équipe et le fait de ne pas avoir pu choisir leur présence. Dans les études de F. Thiers et de S. Devaux, la gêne des étudiants a été évoquée à plusieurs reprises. Et l'absence de liberté concernant leur intervention est également ressentie : « *Les étudiants doivent bien apprendre, on ne nous laisse pas tellement les choix.* ».(41) Les soignants doivent former les étudiants à une juste prise en considération de la pudeur.

Pourtant, la loi stipule que la présence ou la participation d'étudiants doit être acceptée : « *L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable* »(44). Cet article concerne aussi les femmes enceintes, même si elles ne sont pas malades, puisqu'elles sont aussi des patientes.

### 2.3.3. Le respect par l'organisation de l'espace et la prise en charge

Le problème de l'agencement des salles d'accouchement est fréquemment reconnu. Cette étude, celle de S. Devaux et l'article du Docteur Manaouil en font toutes part. La table d'accouchement face à la porte, la couveuse ou la table de réanimation au pied de la table d'accouchement, sont des agencements qui ne permettent pas le respect pudique des parturientes.(6,42)

Les allers-retours incessants du personnel soignant, connu ou inconnu, l'absence de présentation de l'équipe, l'absence de salutations, les apartés entre professionnels sont autant d'attitudes qui vont montrer une déconsidération de la patiente.(6) Comme le disait le Docteur Manaouil, il est intolérable qu'un soignant inconnu par la patiente, entre dans une salle alors qu'elle est en position gynécologique, pour venir l'examiner ou même parler à un autre professionnel, sans même lui adresser la parole.(42)

La préparation psychologique individuelle et celle permise par les séances de préparation à l'accouchement peuvent atténuer la gêne lors de l'accouchement. Cette étude et celle de S. Devaux ont permis cette constatation. Ceci constitue une raison de plus pour conseiller aux patientes d'assister aux cours de préparation en libéral, en PMI ou en maternité.(6)

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a repris les objectifs de bientraitance répandus par l'HAS. En 2018, si les maternités répondent aux 14 critères définis (dont des taux raisonnables d'épisiotomie, de déclenchement et de césarienne,...), elles pourront bénéficier d'un label qualité « bientraitance ». Il est également

question de mettre en place un entretien postnatal obligatoire et remboursé, qui mettra au centre la question du vécu de l'accouchement.(42)

### **3. Propositions**

Quelque soit le niveau de pudeur des patientes, les mesures prises pour son respect sont essentielles. Même si occasionnellement, elles ne sont peut être pas indispensables, mieux vaut être trop prévoyant et respectueux, qu'induire des gênes, voire des traumatismes. Il faut pouvoir offrir la même qualité de soins aux patientes, en y ajoutant l'adaptation nécessaire à la singularité de chacune.

#### **3.1. Propositions des patientes**

Le nombre des soignants a souvent été signalé comme une gêne. Plusieurs femmes demandent à ce que ce nombre soit limité au strict minimum et qu'il n'y ait pas de changement de professionnels au cours du travail. Cette demande est déjà mise en place dans les maternités. Il n'y a de changement de soignant en salle d'accouchement qu'aux changements de garde, ou s'il y a une urgence. Mais il est vrai, que parfois des soignants supplémentaires ou des étudiants sont présents pour approfondir leur apprentissage. Ils devraient demander aux patientes si elles consentent à leur présence. A l'heure actuelle, cette démarche n'est pas systématique. Même si les étudiants ont besoin d'apprendre et d'être confrontés au maximum aux diverses situations, la liberté du patient doit être considérée en premier.

Certaines patientes s'opposent à une prise en charge par des hommes soignants. Ceci pose un réel problème, car d'un point de vue organisationnel, il n'est pas possible de laisser les patientes choisir leur soignant. Par contre, s'il est important pour une femme de ne pas être soignée par un homme, elle l'exprimera. Si l'équipe est constituée d'hommes et de femmes, nous nous devons d'essayer de répondre à cette attente, en lui attribuant une femme comme soignant, dans la mesure du possible.

Par contre, interdire aux hommes d'accoucher les femmes, comme le demande une patiente, semble être une demande tout à fait déraisonnable dans notre société. Elle serait d'ailleurs une marque de discrimination masculine, car toute personne a le droit d'exercer un métier quelque soit son sexe.

Afin de restreindre l'exposition de la nudité, les patientes ont suggéré un réaménagement des salles d'accouchement, lorsque la table d'accouchement est face à la porte ou que la table de

réanimation est positionnée à ses pieds. D'autres voudraient un aménagement préservant mieux l'intimité et ne permettant pas qu'une patiente qui souffre soit en présence d'une autre et de son conjoint. En effet, cette problématique est récurrente dans cette étude et dans celles qui lui ont été comparées. Il me semble important d'en prendre la mesure. Des séparations légères, telles que des rideaux, seraient déjà une solution. Une patiente a même apprécié qu'un rideau soit tendu au niveau de la porte, pour cacher sa visibilité lorsque la porte était ouverte. Lors de travaux dans les établissements, cette problématique devrait être au centre de l'aménagement de l'espace.

Certaines désireraient que la coupe des blouses soit modifiée. Il est vrai qu'elles ne sont absolument pas pratiques, puisqu'elles ferment dans le dos, laissant les fesses découvertes. Il me semble utile de les remplacer par des blouses avec une fermeture à l'avant, qui ferme jusqu'en bas.

### 3.2. Autres mesures pour minimiser l'exposition du corps

#### 3.2.1. Les positions corporelles

En France le toucher vaginal se fait le plus souvent en decubitus dorsal. Mais il peut également être réalisé en décubitus latéral. C'est la position dite « à l'anglaise ». Dans de nombreux pays, les femmes sont examinées, soignées et accouchées dans cette position. Ainsi elles ont la possibilité de voir les gestes qu'effectue le soignant. D'ailleurs le médecin Martin Winckler le recommande, car cette position est souvent plus confortable pour la patiente. Non seulement elle permet que le poids du fœtus ne pèse pas sur l'aorte (ce qui provoque une tachycardie, un essoufflement et des vertiges), mais elle respecte d'avantage la pudeur de la patiente. Pour le professionnel, il faut probablement retrouver ses repères anatomiques, mais ils sont certainement peu modifiés. Tout est une question d'habitude ; et les habitudes peuvent être changées.(45)

#### 3.2.2. Dissimuler la nudité

De plus dans les pays nordiques et anglo-saxons, les patients sont toujours examinés avec une chemise. Et si la peau doit être visualisée, elle l'est au dernier moment et avec discrétion.(45)

Il n'est pas très contraignant de rajouter un drap sur la femme pendant le travail et l'accouchement, de telle façon que le conjoint ne voit pas le sexe de sa femme lors des examens et de l'accouchement. D'autant plus si des gestes instrumentaux sont pratiqués, car ils peuvent être impressionnants.

Nous avons plutôt cette tendance à être prévoyant vis-à-vis du conjoint, lors du travail et de l'accouchement. Ainsi, il a la possibilité de ne pas voir, surtout, s'il n'a pas mentionné la volonté de regarder l'arrivée de l'enfant. Mais parfois, notre vigilance diminue, voire disparaît lors de la délivrance, de la suture et des soins post-nataux. De plus, la configuration des salles n'est pas toujours propice à préserver l'intimité de la patiente : entre le lit en face de la porte, ou la table de réanimation au pied du lit maternel. Même si dans le post-partum immédiat nous devons déjà veiller à la santé de la mère et de son enfant, nous devons garder à l'esprit la sensibilité du père et la pudeur de chaque membre du couple. La configuration de la salle a toute son importance, car elle peut soit minimiser l'exposition, soit la majorer. Si l'aménagement de la salle ne peut pas être optimal, l'installation d'un rideau ou la tenture d'un drap provisoire, peuvent être des solutions.

### 3.2.3. La présence des uns et des autres

#### 3.2.3.1. Les étudiants

Peut-être pourrions-nous répartir différemment les étudiants, afin qu'ils ne soient pas tous concentrés dans les mêmes services ou les mêmes hôpitaux. La répartition des élèves dans des hôpitaux de périphérie, où leur flux est faible et irrégulier permettrait de réduire cette « escadrille » de soignants. Mais elle permettrait aussi aux étudiants, d'approfondir leur apprentissage, car leur tâche serait plus vaste. En effet, dans les CHU, il est parfois nécessaire de partager les soins entre les étudiants, car leur nombre est trop important proportionnellement à celui des patients. Ceci peut être un obstacle à leur formation et peut démotiver leur soif de progresser.

#### 3.2.3.2. Les soignants

De plus, au lieu que toute l'équipe fasse la visite avec les médecins, comme c'est parfois le cas, chaque soignant pourrait aller voir les patients à tour de rôle. L'équipe pourrait organiser un deuxième bilan en fin de visite médicale, afin d'être informée de l'état du patient. Ainsi l'individu serait moins déstabilisé et se sentirait davantage respecté. La majorité des soignants ne perdrait pas d'avantage de temps, car, même s'ils avaient une réunion de plus, ils auraient un tour de visites en moins. Il s'agit simplement d'une organisation différente, pas

d'un ajout de tâches. Cette organisation est surtout possible dans les services d'hospitalisation. Mais on peut s'en inspirer en salle de naissance, en ayant à l'esprit qu'il n'est pas utile que tous les soignants soient présents au même moment. Si le médecin doit intervenir, la sage-femme peut le présenter à la patiente, puis s'éclipser le temps de l'examen, si sa présence n'est pas indispensable ; ceci d'autant plus pour les autres soignants et étudiants.

### 3.2.3.3. Le conjoint

La présence des conjoints en salle de naissance est actuellement très répandue en France. Elle l'est tellement, que l'absence d'un conjoint peut nous surprendre. Mais elle peut s'expliquer par de multiples raisons, souvent liées à la crainte ou à la pudeur. Il faut apprendre à respecter le choix des patientes, même si nous ne le comprenons pas forcément. En effet, la présence du conjoint en salle d'accouchement doit rester un choix, une possibilité. Elle n'est ni une obligation sociale, ni une preuve d'amour indispensable. Respecter leur choix, c'est aussi une façon de respecter la pudeur du couple.

Même s'ils sont utiles et recommandés, il est parfois intéressant de savoir remettre en question les protocoles des services. Parfois, le fonctionnement des équipes exclut le conjoint ou le père, estimant la situation trop compliquée ou trop choquante. Mais il est important de pouvoir s'adapter à chaque personne. Si l'individu souhaite assister à la césarienne ou à la réanimation, il est quasiment toujours possible de trouver une solution et un terrain d'entente. D'ailleurs, il a été observé que les familles des patients étaient beaucoup plus procédurières, lorsque la situation médicale s'était dégradée et qu'ils n'avaient pu assister aux mesures prises par l'équipe. Ceci laisse penser que l'observation d'une prise en charge compliquée peut être moins pénible à vivre, que la même situation dont on aurait été évincé et dont on ne comprendrait que le résultat positif ou négatif. Tout du moins, je pense que laisser le choix d'y assister ou non, ne complique pas la prise en charge. Car une personne, sur un fauteuil, dans un coin, ne prend pas beaucoup de place. Par contre, cette possibilité peut améliorer le vécu d'une situation difficile. Parce que d'une part, on comprend ce qui a été fait, et d'autre part, on accompagne le patient en étant présent.

### 3.2.4. Communiquer pour approfondir le respect

Comme nous l'avons vu précédemment l'explication des soins est indispensable. Non seulement parce qu'elle permet un consentement libre et éclairé, ce qui est une obligation légale et morale, mais aussi, parce qu'elle en améliore le vécu. Nous devons indéfiniment

travailler sur notre capacité de communication, qui est l'élément le plus complexe des relations humaines. La relation patient-soignant est encore moins évidente, puisqu'elle est imprégnée du statut de chacun, de leur histoire et de la vulnérabilité du patient. Il est donc indispensable de travailler sur notre capacité d'écoute, de transmettre des explications adaptées, de comprendre l'autre et de s'ajuster à ses besoins.

83% des femmes estiment que la pudeur est un sujet à aborder. Elles ont été nombreuses à insister sur ce point. Par l'importance qu'elles accordent au dialogue sur la pudeur, j'ai compris qu'il ne suffisait pas de faire une étude sur ce sujet. Certes, elles ont pu s'exprimer et nous avons pu entendre ce qu'elles avaient à nous apprendre. Mais elles ont manifesté le besoin d'en parler.

Dans le suivi de grossesse, dans les cours de préparation à l'accouchement, et même en salle de naissance, il serait souhaitable que nous abordions ce sujet. Nous pourrions oser parler des changements corporels et psychiques, pas seulement sur le plan scientifique, mais sur l'aspect du vécu. Nous pourrions les questionner sur leurs craintes, les inviter à en parler, ainsi qu'à exprimer leurs souhaits. Nous pourrions leur transmettre l'idée que leur gêne ne doit pas être un tabou, qu'elles peuvent en parler, pour que nous en prenions la mesure. Il existe en quelque sorte un tabou de la pudeur, c'est-à-dire, un tabou du tabou. C'est nous, professionnels, qui avons l'opportunité de le briser. Non pas pour détruire la pudeur, mais justement pour la connaître et la préserver.

Il me semble intéressant d'encourager la communication sur ce sujet, au sein du couple. Ceci peut les préparer au vécu de l'accouchement, leur permettre de s'adapter aux besoins de l'un et de l'autre, ainsi que de mieux comprendre ce que chacun vit concernant les changements d'une grossesse. L'accouchement peut être un choc psychique et physique pour la femme. De plus, le couple doit trouver un nouvel équilibre après la naissance d'un enfant. Si le couple est à l'aise sur le sujet de la pudeur, ce sera une force en post-partum, qui leur permettra de mieux se comprendre et de s'adapter l'un à l'autre.

## **CONCLUSION**

L'élaboration de la pudeur est complexe. Elle est influencée par de multiples facteurs : l'âge, les expériences, la vie de couple, les grossesses, l'éducation, la culture, la religion,... Chacun en fait une interprétation personnelle, expliquant les différents degrés de pudeur rencontrés.

Le vécu de la maternité peut modifier la conception initiale de la pudeur. Au cours de l'accouchement, elle n'est souvent plus une priorité, mais elle influence tout de même le bon vécu de l'accouchement.

Même si l'intimité est exposée dans le domaine médical, la pudeur garde toute son importance. Elle peut et doit être respectée quelles que soient les circonstances, même en maternité.

L'intérêt de cette étude est de faire un état des lieux du respect ressenti par les patientes. Nous pouvons ainsi évaluer les mesures prises utiles et à conserver, ainsi que les mesures à adopter pour améliorer le respect. La globalité de cette étude est plutôt positive, puisque 99% des patientes se sentent respectées dans leur pudeur. Par contre, des gênes persistent pour certaines d'entre elles et leur conjoint. Même si la sécurité de la mère et de l'enfant reste notre priorité, nous devons faire tout notre possible, pour permettre un bon vécu de l'accouchement et réduire les traumatismes qui peuvent en résulter.

Une grande partie de notre amélioration est possible grâce à la communication. C'est elle qui permet de comprendre l'autre et ses besoins. C'est en dépistant les possibles traumatismes, en les reconnaissant et éventuellement, en accompagnant les couples dans leurs démarches, que nous pourrions en comprendre les causes. Plus nous aurons des retours sur nos pratiques et sur le vécu des patientes, plus nous pourrions adapter nos prises en charge.

Il serait intéressant d'interroger les patientes césarisées sur le même sujet. Certaines femmes de cette étude ont signalé avoir ressenti plus ou moins de gêne lors de cet accouchement, en comparaison de leur précédente césarienne. Les patientes nous informeraient sur leur vécu d'un point de vue pudique, concernant toutes les étapes d'une césarienne (la préparation en salle de naissance, le départ en urgence, le passage sur le brancard, l'opération au bloc). Ainsi, si elles sont nécessaires, nous pourrions prendre des mesures, afin améliorer le vécu de la césarienne et le respect de la pudeur dans un contexte élargi.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire - Le petit Larousse grand format. 100. éd. Paris: Larousse; 2005. 1927 p.
2. Robert P, Rey-Debove J, Rey A, éditeurs. Le Petit Robert: dictionnaire de la langue française. Nouv. éd. millésime 2014. Paris: Le Robert; 2014. 2837 p.
3. Zarader J-P, éditeur. Dictionnaire de philosophie. Paris: Ellipses; 2014. 805 p. (Ellipses poche).
4. Habib C. La Pudeur: la réserve et le trouble. Paris: Autrement; 1992.
5. Selz M. La pudeur, un lieu de liberté. Paris: Buchet/Chastel; 2003. 145 p. (Au fait).
6. Devaux S. Le respect de la pudeur en maternité [mémoire étudiant sage-femme]. Université de Picardie Jules Verne - Faculté de médecine; 2012.
7. Bourbon Busset J de. Lettre à Laurence. Paris: Gallimard; 1987. 122 p.
8. Bologne J-C. Histoire de la pudeur. Paris: Hachette; 1989.
9. Scheler M. La pudeur. Éditions Aubier-Montaigne. 1952. 156 p.
10. Bologne J-C. Pudeurs féminines: voilées, dévoilées, révélées. Paris: Editions du Seuil; 2010. 391 p. (L'univers historique).
11. Faucher M. La pudeur est-elle devenue démodée. Sexprime Magazine - Ministère de la Santé Québec. 2008;12.
12. Robert J. Le sexe en mal d'amour: de la révolution sexuelle à la régression érotique. Montréal: Éditions de l'Homme; 2005.
13. Masson E. Vocation sage-femme - La pudeur en salle de naissance. mai 2016;15(120).
14. Leuillet P. Sexualité et Grossesse. 2015;80.
15. Joubert J. Pensées, essais, maximes et correspondances de J. Joubert. Vol. Tome 1. S.l.: Hachette livre BNF; 2013.
16. Yanne J. Aphorisme - slogan de mai 68. 1968.
17. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - judaïsme [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/judaïsme/184105>
18. Phaneuf M. Les soins d'un patient de religion juive. 2016;29.
19. Riveline C. L'Amour dans la tradition juive. Association Consistoriale Israélite de Paris Département Torah et Société. :35.
20. Ecole biblique et archéologique française (Jérusalem). La Bible de Jérusalem. Paris: Les éditions du Cerf; 2011.

21. Encyclopédie Larousse en ligne - christianisme latin ecclésiastique christianismus du grec khristianismos [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/christianisme/33770>
22. Fossion A. Le credo des chrétiens. 2014;10.
23. Église catholique, Jean Paul II, Église catholique, Conférence des évêques catholiques du Canada. Catéchisme de l'Église catholique. Paris: Centurion/Cerf/Fleurus-Mame/CECC; 2012.
24. Phaneuf M. Prendre soin d'un patient musulman. 2016;78.
25. San A. Rites et cultures des femmes d'origine chinoise en périnatalité. Les difficultés rencontrées. :77.
26. Bourqia R. Valeurs et changement social au Maroc. :11.
27. Petrel E. Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1e et 2e génération. Ecole de sages-femmes Pierre Morlane - Université Henri Poincaré, Nancy I; 2009.
28. Carles G. Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. avr 2014;43(4):275-80.
29. Kant et la morale – La-Philosophie.com : Cours, Résumés & Citations [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://la-philosophie.com/kant-morale>
30. Éthique : Définition philosophique [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://dicophilo.fr/definition/ethique/>
31. Code pénal - Article 222-32. Code pénal.
32. Iacub M. Par le trou de la serrure: histoire de la pudeur publique (XIXe-XXIe siècle). Paris: Fayard; 2008. 352 p. (Histoire de la pensée).
33. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=04549575F854C4645693C63DE0823948.tplgfr30s\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180411](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=04549575F854C4645693C63DE0823948.tplgfr30s_2?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180411)
34. Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne. Journal Officiel des Communautés européennes; 2000.
35. ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personne hospitalisée. 2006.
36. code de la Santé Publique. Code de déontologie des sages-femmes. 2012.
37. Code de la Santé Publique. Code de déontologie médicale. 2017.
38. HAS - FORAP. Regards croisés sur la bientraitance - Evaluation. 2012.
39. HAS - FORAP. Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte. 2012.

40. Karine P. HAS - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017;47.
41. Thiers F. Le respect de la pudeur chez les femmes enceintes en salle de naissances [mémoire étudiant sage-femme]. [Académie de Paris]: Ecole de sages-femmes Hôpital Saint Antoine - Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine; 2013.
42. Manaouil C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? La Revue Sage-Femme [Internet]. juill 2018 [cité 18 août 2018]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408818300816>
43. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-305. 2004-802 juill 29, 2004.
44. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique février, 2016.
45. Winckler M. Le chœur des femmes. Paris: P.O.L; 2009. 602 p.

## ANNEXE : Questionnaire

Madame,

Pour réaliser mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je fais une étude auprès des patientes, afin de savoir si elles se sentent respectées dans leur pudeur. Si vous avez accouché hier ou avant-hier, par les voies naturelles, ce questionnaire s'adresse à vous. D'avance, je vous remercie infiniment pour votre contribution à ce travail.

Bien cordialement

Sixtine de Bray

### Le vécu de votre accouchement :

1- Avant la grossesse, dans la vie de tous les jours, diriez-vous que vous étiez :

pas pudique       un peu pudique       assez pudique       très pudique

2- Pensez-vous que cela ait changé pendant la grossesse ?       oui       non

Si oui, pour quelles raisons ?.....

3- Pensez-vous que cela ait changé en salle de naissance?       oui       non

Si oui, pour quelles raisons ?.....

4- Au moment de l'accouchement, quelque chose vous a-t-il gêné ?       oui  
 non

Si oui, qu'est-ce que c'était ?.....

Et pour quelles raisons ?.....

5- De manière globale, les professionnels ont-ils respecté votre pudeur ?       oui  
 non

6- Quels sont les éléments qui ont permis que vous vous sentiez respectée ?.....  
.....

7- Quels sont les éléments qui vous ont aidée à ne pas être gênée ?.....  
.....

8- Par contre, quels sont les éléments qui ont fait obstacle au respect de votre pudeur ?.....  
.....

9- Si vous avez plusieurs enfants, avez-vous ressenti, plus ou moins de gêne qu'aux accouchements précédents ?

moins de gêne       autant de gêne       plus de gêne

Pour quelles raisons ?.....

### **Retour sur votre grossesse :**

10- Avant d'accoucher, est-ce que quelque chose vous inquiétait au sujet de votre pudeur?

oui       non

Si oui, qu'est-ce que vous redoutiez ?.....

11- Aviez-vous des souhaits concernant votre pudeur ou des limites à poser concernant l'exposition de votre corps ?       oui       non

Si oui, lesquels ? .....

12- Si vous aviez des souhaits, les avez-vous exprimés aux soignants ?       oui       non

Si oui, dans quelles circonstances ?

préparation à la naissance       consultation       salle de naissance

autres circonstances : .....

13- Vos souhaits ont-ils été écoutés par les soignants ?       oui       non

14- Ont-ils été réalisés par les soignants ?       oui       non

### **Par rapport à votre conjoint :**

15- Si vous aviez des craintes au sujet de votre pudeur, les avez-vous exprimées à votre conjoint ?       oui       non

16- Et lui, a-t-il exprimé ses craintes à ce sujet?  oui  non

Si oui, lesquelles?.....

17- A t-il exprimé ce qu'il était prêt à voir et à ne pas voir ?  oui  non

18- Ses souhaits ont-ils été respectés ?  oui  non

19- Votre conjoint était-il présent à l'accouchement ?  oui  non

20- Savez-vous si votre conjoint a été gêné par l'accouchement ?  oui  non

Si oui, par quoi ?.....

21- Votre conjoint a-t-il participé à répondre aux questions le concernant ?  oui  non

**Pour conclure sur la pudeur :**

22- Pourriez-vous citer des éléments qui ont influencé votre pudeur au cours de votre vie ?

.....  
.....

23- Maintenant, après avoir accouché, pensez-vous que votre pudeur ait changé ? Vous êtes :

moins pudique qu'avant  aussi pudique qu'avant  plus pudique qu'avant

24- Selon vous est-ce que la pudeur est un sujet important à aborder ?  oui  non

Pour quelles raisons ?.....

.....

25- Auriez-vous des propositions à nous faire afin d'améliorer notre respect de la pudeur ?.....

.....

**Aidez nous à mieux comprendre vos réponses:**

Date du jour (actuelle) : ..... Date d'accouchement : .....

Dans quelle maternité : .....

Votre âge : ..... Votre nombre d'enfants : .....

Votre métier, sinon votre formation : .....

Vos origines culturelles : .....

Avez-vous une religion ? Si oui, voulez vous nous dire laquelle? .....

Comment s'est passé votre accouchement ? Vous avez eu :

1-  un accouchement par les voies naturelles

classique

avec une aide instrumentale (ventouse, forceps, cuillères)

une césarienne

2-  pas de déchirure

une déchirure

une épisiotomie

## RESUME

La pudeur est à la fois psychique et corporelle. Elle est individuelle et influencée par de multiples facteurs. Elle se façonne au cours de la vie et des expériences personnelles. L'accouchement est un moment de forte exposition intime. La relation soignant-soigné va impacter le respect de la pudeur ainsi que le vécu de l'accouchement.

149 questionnaires ont été distribués aux patientes de 10 maternités différentes, en suite de couches, afin d'évaluer le respect de leur pudeur à l'accouchement.

La pudeur varie au cours de la maternité pour 50% des patientes interrogées. Après l'accouchement, la pudeur reste stable pour 61% des femmes et diminue pour 39% d'entre elles (majoritairement des primipares).

99% des patientes se sentent globalement respectées dans leur pudeur, même si 20% d'entre elles ont ressenti une gêne.

Les femmes sont sensibles à l'attitude empathique des professionnels, aux efforts de communication et aux mesures prises pour préserver leur nudité. Le nombre et le sexe des soignants peuvent influencer les patientes dans le fait d'être plus ou moins à l'aise.

Les soignants doivent tenter de favoriser le respect de la pudeur afin de permettre un bon vécu de l'accouchement. La communication permet d'évaluer les pratiques et de connaître les attentes des patientes afin de s'y adapter.

Mots-clés : pudeur – respect – accouchement – patientes – soignants