



HAL
open science

Information prénatale et population vulnérable : apport de l'audiovisuel en salle d'attente de l'unité médico-psycho-sociale de Nantes

Nicolas Guerrini

► **To cite this version:**

Nicolas Guerrini. Information prénatale et population vulnérable : apport de l'audiovisuel en salle d'attente de l'unité médico-psycho-sociale de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04137714

HAL Id: dumas-04137714

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04137714>

Submitted on 22 Jun 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Nicolas GUERRINI

Présentée et soutenue publiquement le *09 mai 2023*

**Information prénatale et population vulnérable : apport de l'audiovisuel en salle d'attente
de l'unité médico-psycho-sociale de Nantes**

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directeur de thèse : Docteur Solène VIGOUREUX

Remerciement

Au Professeur Norbert WINER président du jury, merci de votre disponibilité pour présider mon jury de thèse.

Au Docteur Solène VIGOUREUX, ma directrice de thèse, un grand merci, pour sa réactivité et sa disponibilité qui mon été d'une grande aide pendant cette longue année. Sans vous ce sujet n'aurait jamais vu le jours.

Aux étudiants et professeur de l'école MJM Design : Merci à Yvan LARBOULETTE professeur de l'école d'avoir cru en mon sujet et d'avoir participer à sa mise en place à l'école de design. Merci à Mathilde JUBEAU pour ses affiches inclusives. Merci à Andréa TETEAU pour la réalisation du corps de la vidéo.

A l'association ASAMLA : Pour leur traduction bénévole des questionnaires ayant permis de toucher le plus grand nombre.

Aux Secrétaires du service de l'UGOMPS : Pauline et Sandrine pour votre gentillesse et votre participation à la délivrance des questionnaires. Sans vous je n'aurai pas pu y arriver.

Au Service de l'UGOMPS : Merci de m'avoir sensibilisé aux multiples vulnérabilités à rechercher à chaque consultation pour donner un meilleur soin.

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
METHODOLOGIE	9
I) Création de la vidéo	9
II) Mise en place du projet	10
III) Évaluation de la satisfaction des usagères.....	10
IV) Analyse statistiques	11
RÉSULTATS	13
I) La vidéo	13
II) Les affiches de préventions.....	13
III) Le questionnaire	16
DISCUSSION	21
I) Principaux résultats:.....	21
II) Force et limites.....	21
III) Analyse des résultats au vu de la littérature nationale et internationale.....	22
1) La vidéo	22
2) Le Questionnaire	23
3) Échelle de Likert et Émoticon.....	24
IV) Perspectives cliniques et scientifiques.....	25
1) Scientifiques.....	25
2) Pratiques	26
Conclusion.....	26
Références	27
Annexes	31
Annexe 1 : explication simplifiée du suivi de grossesse aux étudiants de design.....	31
Annexe 2 : questionnaire avec les différentes traductions.....	37

Figure 1 Affiche urgence médicales	14
Figure 2 Affiche suivie de grossesse.....	15
Figure 3 Diagramme de flux questionnaire de satisfaction	16
Figure 4 Distribution des avis des patientes sur la vidéo.....	18
Figure 5 Moyenne de satisfaction en fonction du lieu d'accouchement.....	19
Figure 6 Moyenne de satisfaction en fonction de la parité.....	20
Tableau 1 : Caractéristique de la population	17
Tableau 2 Distribution des avis des patientes sur la vidéo	18

Abréviations

ASAMLA : Association Santé Migrant Loire Atlantique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ENCMM : Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UGOMPS : Unité Gynécologie Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

INTRODUCTION

La santé de la femme et la santé en périnatalité est un enjeu fixé par le plan « périnatalité » 2005-2007. Remis en lumière et développé dans le rapport « 1000 premiers jours » en 2020. Celui-ci préconise une attention particulière pour les personnes vulnérables et précaires. Avec la création d'outils dédiés pour mieux répondre à leur besoin de santé (1).

L'UGOMPS (unité de gynécologie obstétrique médico-psycho-sociale) de Nantes est un acteur central du soin de ces populations. Elle prend en charge le suivi de grossesse et le suivi gynécologique des populations vulnérables.

Les femmes consultant à l'UGOMPS présentent de multiples critères de vulnérabilité avec 93% de personne n'ayant pas de droit sécurité sociale ouvert, 62 % vivant dans un hébergement précaire (chiffre de 2020). Les nationalités sont multiples avec 42% de femmes ne parlant pas français, avec en majorité de personnes venant d'Afrique de l'Ouest (31%), d'Europe de l'Ouest (24%), d'Europe de l'Est (14%), d'Afrique central (9%), d'Afrique du Nord (8%), d'Afrique de l'Est (5%).

Le suivi de grossesse des femmes vulnérables et migrantes peut être plus difficile devant de multiples barrières : culturelle, de la langue, d'une faible littératie en santé.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire de santé publique du 14 mars 2023 revient sur cette thématique en analysant la 6^e enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles entre 2013 et 2015 (ENCMM). Cette enquête montre un taux de mortalité plus élevé dans la population défavorisée (2). Le fait d'être une femme immigrée en France peut entraîner une surmortalité maternelle (3).

Une des explications possible de cette surmortalité est donnée dans l'article de Sauvegrain et coll. qui analyse l'accès à des soins de qualité selon le cadre conceptuelle des 3 retards défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les 3 retards de prise en charge sont : le retard de type 1 concernant la décision de consulter, le retard de type 2 l'arrivée dans un établissement de santé et le retard de type 3 la délivrance d'une offre de soins adaptée. Les auteurs ont montré que le retard de type 1 et 2 était plus fréquent chez les femmes nées en Afrique subsaharienne (3).

Ceci peut s'expliquer par un manque d'outil adapté à cette population. Un outil pouvant leur permettre de connaître les critères de consultation en urgence et d'avoir accès à la connaissance du suivi de grossesse serait utile.

Il est de notre responsabilité d'un point de vue déontologique et légale d'apporter à ses patients une information accessible. Comme nous le rappelle la loi du 04 mars 2002 qui impose de donner « une information loyale, claire et appropriée » ainsi que l'article 32 du code de déontologie médicale (4,5).

Nous nous sommes donc intéressé au concept de la littératie en santé.

La littératie en santé désigne : les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence (6,7). La littératie en santé est un concept apparu dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons. L'intérêt de la littératie dans les pays européens est très tardive (1990-2000).

Le niveau de littératie en santé dans la population européenne est faible (8). L'OMS a publié dans ce contexte un plaidoyer pour des politiques en faveur de la littératie en santé.

Un niveau de littératie élevé permet d'appliquer un meilleur comportement de santé (pratique de sport, meilleure hygiène alimentaire). A l'inverse, un niveau bas augmente les comportements à risque pour la santé (9,10).

Il existe un lien au moins partiel entre niveau de littératie basse et faible niveau socio-économique. Ceci ajoutant une inégalité supplémentaire à l'accès au soin. Dans un objectif de réduction des inégalités, l'amélioration du niveau socio-économique d'une population est une option bien que complexe. Une alternative est l'augmentation ou l'adaptation de l'information au niveau de littératie (11).

Pour améliorer la communication en santé dans les populations vulnérables, l'utilisation d'infographie ou d'iconographie a montré une meilleure mémorisation des informations et une meilleure satisfaction. Comme le montre l'article de M. Scott Hickman, étude réalisée dans une population haïtienne, avec une amélioration significative de la prise de traitement chez les patients avec une information illustrée par rapport à l'information standard donnée.

Cette meilleure compréhension pouvant se traduire par une meilleure observance au traitement. Sur le même principe, un logiciel de traduction automatique des consignes de sortie d'hospitalisation en pictogramme a été créé au Etats-Unis. Cette étude montre une meilleure satisfaction des personnes ayant reçus les consignes traduit en pictogramme (12,13).

En 2013, au cours de visites sur le terrain, avec la mission ROM médecin du monde, il a été constaté que le suivi de grossesse des femmes roms était problématique : Irrégulier, avec une difficulté d'accès aux informations de prévention ainsi que le manque d'explications sur le suivi de leur grossesse, les examens à réaliser et leurs résultats.

Dans ce contexte, un carnet de suivi de grossesse adapté pour la femme rom a été créé en 2013. Celui-ci a été bien reçu par la population rom, et permet une meilleure compréhension par celle-ci grâce aux nombreuses illustrations incluses dans le carnet (14,15).

Malgré cela, l'utilisation de ce carnet reste marginale dans le service de l'UGOMPS compte tenu de la méconnaissance même de cet outil de la plupart du personnel soignant du service. Le manque de temps en consultation et la redondance des informations proposées peuvent en être la cause (14).

L'idée de réaliser un support audio-visuel du suivi de grossesse à diffuser en salle d'attente a alors émergée.

L'audio-visuel dans le domaine de l'éducation prénatale, est déjà utilisé et apprécié par les patientes. Ceci pouvant améliorer les interactions avec le personnel de santé (16).

Le support audio-visuel fournit un nouveau support d'information en santé. Ce support est pratique et facile d'accès. Il permet une augmentation des connaissances et incite à une modification des comportements (17,18).

La salle d'attente est un endroit de passage quasi constant avant une consultation. Celui-ci est un lieu propice à la promotion de la santé (19,20). Le CHU de Lille propose d'ailleurs de nombreux contenus dont une réalisation originale d'un « draw my life » sur le dépistage du diabète gestationnel (21).

Cependant celui-ci nous semble trop détaillé, pas adapté à la même population. Pour une meilleure compréhension un choix d'image simple est recommandé (22).

Dans un souci de communication universelle, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a fixé de nouveaux objectifs. Parmi ceux-ci, construire des stratégies d'action adaptées aux populations et accessibles à tous, *de mieux informer le public ou encore d'intégrer la littératie en santé dans tous les programmes d'enseignement.*

Le guide « communiquer pour tous » réalisé en partenariat avec Santé Publique France pose les bases de cette communication adaptée au niveau de littératie de la population (22).

Dans ce contexte, nous proposons la création d'une vidéo du suivi de grossesse à destination d'une population vulnérable adaptée au niveau de littératie à diffuser dans la salle d'attente de l'UGOMPS.

L'objectif général de ce travail est d'améliorer la compréhension du suivi de grossesse des femmes enceintes à bas niveau de littératie. Une de ces hypothèses était que l'absence d'expérience personnelle (ici représenté par la parité) influence positivement la satisfaction à l'égard de la vidéo.

Dans ces conditions, nous nous sommes donnés comme objectif principal de réaliser une création audio-visuelle sur le suivi prénatal avec une infographie adaptée du guide « communiquer pour tous »

L'objectif secondaire était d'évaluer la satisfaction des patientes ayant visionné la vidéo par la voie d'un questionnaire.

METHODOLOGIE

1) Création de la vidéo

La vidéo d'information du suivi de grossesse a été réalisée conjointement avec les élèves de l'école MJM GRAPHIC DESIGN Nantes. Celle-ci validait leur diplôme de fin d'année.

Le sujet comporte plusieurs sous parties :

- Concevoir une identité graphique propre à l'unité UGOMPS et communicant ses valeurs.
- Création d'un livret de suivi de grossesse adapté au niveau de littératie.
- La création d'un motion design : conception du mouvement ou conception graphique animée est une forme d'art visuel consistant à créer des œuvres animées ; il implique d'utiliser le mouvement comme principal outil graphique et artistique.

Nous avons réalisé une présentation de l'unité UGOMPS et des populations cibles dans l'école de Design. Une explication du concept de la littératie et du niveau de complexité des graphismes a été donné en s'appuyant sur « communiquer pour tous » (22).

Une explication sur le suivi de grossesse a été effectuée. Nous nous sommes appuyés sur les recommandations de l'HAS validées par un gynécologue obstétricien (23); Cette information a été simplifiée pour une meilleure compréhension et une meilleure transcription visuelle (annexe 1).

Nous avons effectué un suivi régulier de l'avancement des sujets et de leur cohérence autant scientifique que de leur niveau de littératie.

Une participation au jury final d'évaluation en tant qu'observateur et auteur du projet pour un avis consultatif a eu lieu.

Une concertation pluridisciplinaire (médecin, gynécologue, psychologue, assistante social, sage-femme) de l'équipe de l'UGOMPS a eu lieu pour valider la vidéo finale choisie. Ceci a entraîné l'abandon de l'audio trouvé trop dérangeant pour une salle d'attente.

II) Mise en place du projet

Pour la diffusion du motion design, un support télévisuel était nécessaire. Une demande de subvention pour l'achat de téléviseur et la diffusion de la vidéo a été proposée au CHU de Nantes. Le Financement a été accordé dans le cadre de la réforme des « 1000 premiers jours ». La diffusion de la vidéo a débuté le 17 février 2023 dans la salle d'attente principale de l'UGOMPS. Elle est encore en diffusion à ce jour.

III) Évaluation de la satisfaction des usagères

Nous avons réalisé une évaluation de la satisfaction des patientes sur la vidéo infographique. Via un questionnaire d'évaluation de la satisfaction menée dans la salle d'attente de l'UGOMPS.

Pour cela, un auto-questionnaire adapté au faible niveau de littératie a été créé.

Pour cette adaptation nous avons fait le choix d'une évaluation par échelle de Likert en 5 propositions. Les patientes ayant la possibilité d'émettre un avis neutre. Chaque proposition est imagée par un émoticon différent.

Dans un contexte de faible niveau de littératie il a été démontré que la mesure en émoticon avait une bonne validité (23). L'utilisation d'émoticon dans des échelles d'évaluation est déjà utilisée dans différentes échelles de qualité de vie pour les enfants. Ces émoticons par une représentation imagée permettent de faciliter la compréhension et limitent l'interprétation, ce qui participe à la standardisation des questions (24).

Un choix d'émoticons avec expressions faciales prononcées et différentes a été privilégié pour améliorer la différenciation de chaque item (25).

Le questionnaire a été réalisé en quatre parties (annexe 2) :

- Partie 1 : une question fermée à choix unique « oui /non » sur le visionnage de la vidéo.
- Partie 2 : 4 questions fermées composées chacune de 5 réponses possibles sur une échelle de Likert « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « neutre », « d'accord », « tout à fait d'accord »
- Partie 3 : une question fermée à choix unique « oui/non » sur la recommandation de la vidéo à d'autres mamans
- Partie 4 : Concernant les caractéristiques démographiques de chaque répondant

Pour favoriser une meilleure inclusion et compréhension, une traduction en anglais, rom et arabe a été réalisée. Cette traduction a été effectuée par l'Association Santé Migrant Loire Atlantique (ASAMLA).

Étaient inclus toute patiente enceinte suivie à l'UGOMPS sur la période de recueil et acceptant de répondre au questionnaire.

Étaient non incluses les patientes non enceintes suivies à l'UGOMPS et celles refusant de répondre au questionnaire. Était exclus les questionnaires mal remplis.

Le recueil des questionnaires s'est déroulé du 17 février 2023 au 2 mars 2023. Le questionnaire était proposé par les secrétaires de l'UGOMPS à chaque consultation.

Une urne opaque scellée était en libre accès pour déposer les questionnaires remplis.

Un relevé de l'urne était assuré une fois par semaine.

IV) Analyse statistiques

Les données ont été retranscrites sur un fichier Excel et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2022. Ce logiciel a permis la réalisation d'un tri des données et la réalisation des graphiques. Les pourcentages, médiane et moyenne des caractéristiques de notre population ont été réalisés avec ce logiciel.

Pour la réalisation du test statistique ANOVA, le logiciel R a été utilisé.

Une traduction de l'échelle de Likert en variable continue a été réalisée pour comparer les différentes moyennes retrouvées avec calcul des écarts-types. Une comparaison par ANOVA-Test des moyennes des différents sous-groupes de notre population a été réalisée.

Dans un souci de simplicité et pour une meilleure visualisation graphique l'échelle de Likert a été considéré comme une échelle agrégée avec intervalle régulier. Bien que cette échelle soit ordinale ce postulat nous permet de l'utiliser de façon paramétrique comme l'explique Spencer E dans son article « How to analyze Likert and other rating scale data » (26).

RÉSULTATS

I) La vidéo

La vidéo qui a été créée dure 3 minutes. Elle reprenait l'ensemble du suivi de grossesse de la première consultation à la consultation avec l'anesthésiste. En s'attachant à expliquer le déroulé de chaque consultation et les examens entre les consultations. Une deuxième partie s'attachait sur les signes d'urgence durant la grossesse. Elle se terminait par deux affiches explicatives, résumé sur le suivi de grossesse et les urgences durant celle-ci.

Lien vers la vidéo et la production des étudiants en design :

<https://e.pcloud.link/publink/show?code=kZVDohZhKa8CVGq7emt5CVmxTkecV1nIV6y>

II) Les affiches de préventions

Deux affiches synthétisant les éléments les plus importants de la vidéo ont été créées. Celles-ci permettent d'avoir un complément de support pour transmettre l'information. Une fiche explicative des urgences médicales pendant la grossesse. Une autre sur le déroulé du suivi de grossesse.

Figure 1 : Affiche urgence médicales

URGENCES MÉDICALES !

www.chu-nantes.fr



- Brûlures urinaires**
Sensation de brûlures très intenses, avec l'envie constante d'uriner.
- Mouvement du fœtus**
Diminution/absence de mouvements chez le bébé.
- Contractions**
Le travail a commencé !
- Perte des eaux**
Attention le bébé arrive !



© UNIVERSITÉ NANTES

Figure 2 : Affiche suivie de grossesse

COMMENT ÇA MARCHE ?

LE SUIVI DE GROSSESSE

1^{er} Trimestre ○
1^{ère} échographie pour dater la grossesse (3^{ème} mois).

2^e Trimestre ○
2^{ème} échographie : étudier la morphologie du bébé (4^{ème} mois).

3^e Trimestre ○
3^{ème} échographie : vérifier la bonne croissance du bébé (7^{ème} mois).

The infographic is set against a light blue background. At the top left, the title 'COMMENT ÇA MARCHE ?' is in large, bold, blue letters, with 'LE SUIVI DE GROSSESSE' below it in smaller blue letters. The content is organized into three main sections, each with a circular illustration. The first section, '1^{er} Trimestre', features a woman in a black hijab and blue dress holding her belly, with an ultrasound image of a fetus and a calendar icon showing three red 'X's and one green 'O'. The second section, '2^e Trimestre', shows a woman with dark skin and curly hair holding her belly, with an ultrasound image of a fetus and a magnifying glass icon. The third section, '3^e Trimestre', depicts a woman with dark hair in a pink top holding her belly, with an ultrasound image of a fetus and a green arrow pointing upwards. A central illustration shows a pregnant woman with dark skin and curly hair talking to a healthcare professional with blonde hair and glasses, who is holding a blue folder. A speech bubble between them contains a thumbs-up emoji and a green checkmark icon. At the bottom right, the logo for 'UGOMPS' is displayed, featuring a stylized heart icon and the text 'UGOMPS'.

III) Le questionnaire

Aucun décompte du nombre de refus et de passages précis de consultant(e)s pendant les jours de distribution du questionnaire a eu lieu. Sur les 42 questionnaires de l'étude, 32 soit 76,2%, ont pu être exploités. Approximativement un quart des données n'ont pu être utilisées. Il s'agit de personnes n'ayant pas vu la vidéo et des questionnaires avec des données manquantes.

Ce qui limite notre analyse suivante aux 32 questionnaires complets.

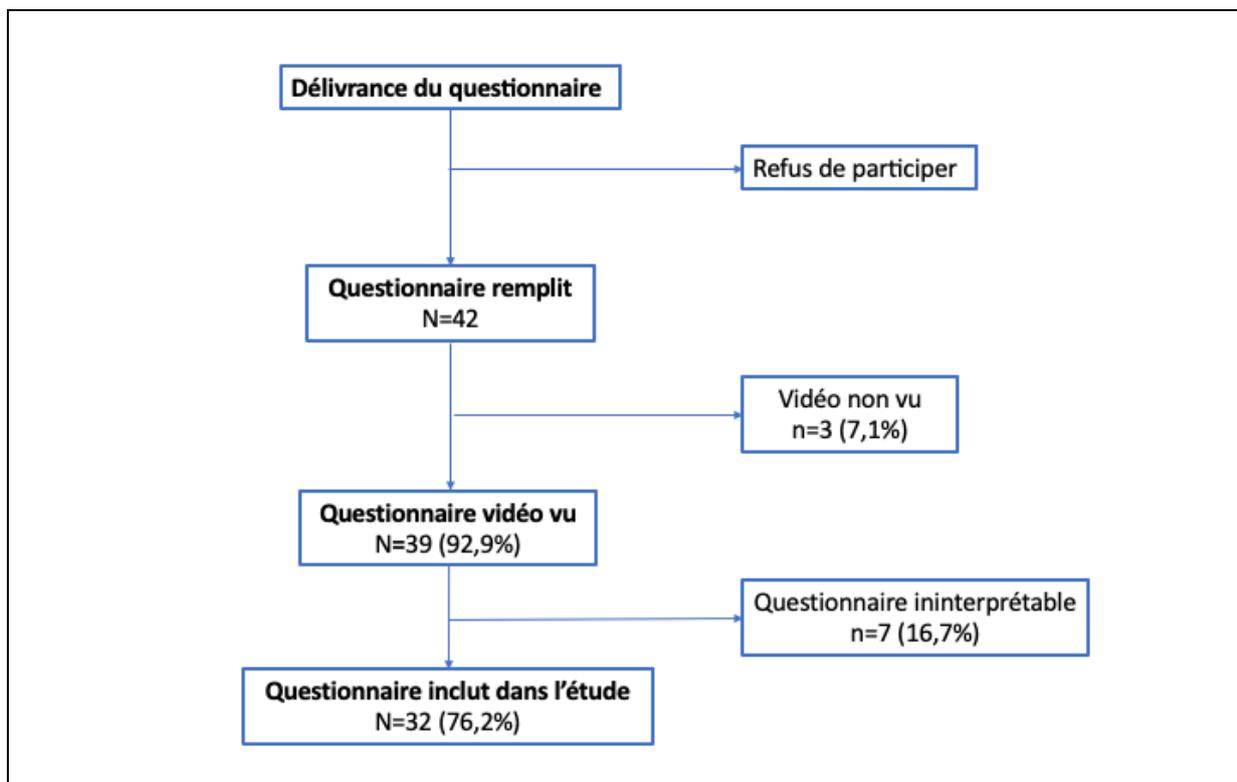


Figure 3 : Diagramme de flux questionnaire de satisfaction

L'ensemble des caractéristiques de notre population sont regroupées dans la figure 1.

Notre population de l'étude était essentiellement composée de femmes au deuxième ou troisième trimestre de grossesse. Avec une médiane d'âge de 27 ans et une légère prédominance de nullipares (41%). Le questionnaire majoritairement rempli était celui en Français.

	N =32
Age (en années médiane)	27
Parité	
Nullipare	13 (41%)
1 enfant et plus	19 (59%)
Trimestre de la grossesse	
Premier	1 (3,1%)
Deuxième	16 (50%)
Troisième	15 (46,9%)
Langue du questionnaire	
Anglais	2 (6,3%)
Français	26 (81,3%)
Rom	4 (12,5%)
Arabe	0 (0%)
Accouchée en France	14 (43,8%)
Vie en France (mois/médiane)	27

Tableau 1 : Caractéristique de la population

La distribution des réponses au sujet de la vidéo était globalement très positif pour l'ensemble des questions (Figure 2 et Tableau 2). La quasi majorité des réponses retrouvées sur l'échelle de Likert étant « D'accord » ou « Tout à fait d'accord ». Au sujet de la satisfaction 40,6% était « D'accord » et 56,3% était « Tout à fait d'accord » soit un total de 96,9% de réponses positives à la satisfaction de la vidéo. Les deux seuls items comportant des avis négatifs concernaient la durée et la fiabilité de la vidéo. La population de notre étude recommande à 93,8% cette vidéo pour d'autre maman.

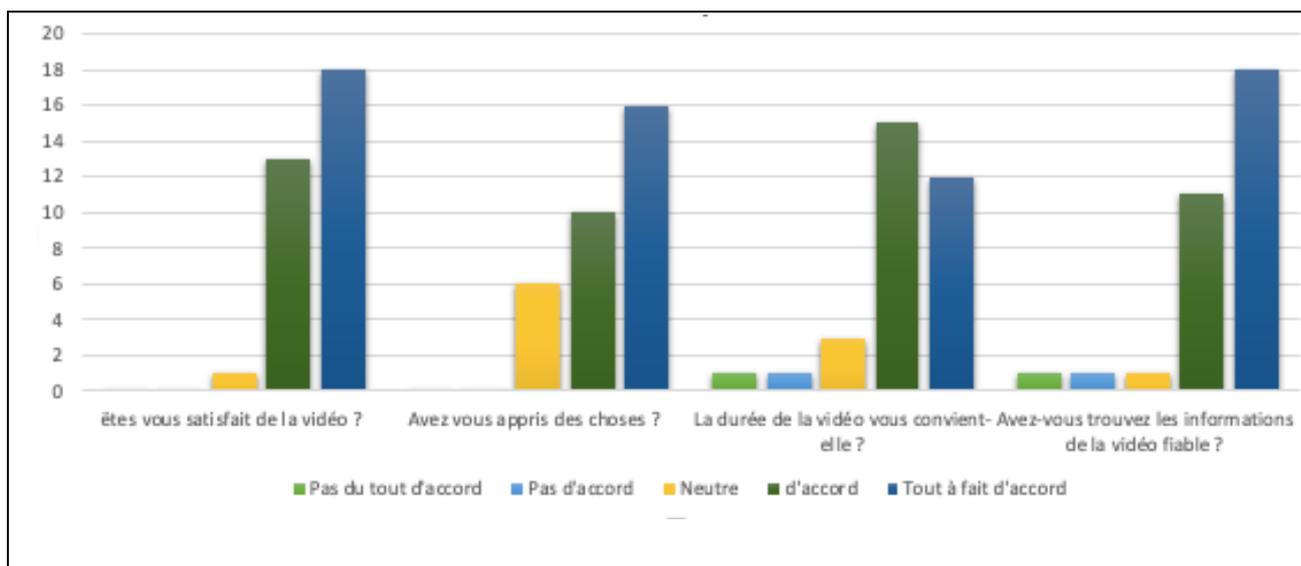


Figure 4 : Distribution des avis des patientes sur la vidéo

	êtes vous satisfait de la vidéo ?	Avez vous appris des choses ?	La durée de la vidéo vous convient-elle ?	Avez-vous trouvez les informations de la vidéo fiable ?
Pas du tout d'accord	0	0	1 (3,1%)	1 (3,1%)
Pas d'accord	0	0	1 (3,1%)	1 (3,1%)
Neutre	1 (3,1%)	6 (18,8%)	3 (9,4%)	1 (3,1%)
d'accord	13 (40,6%)	10 (31,2%)	15 (46,9%)	11 (34,4%)
Tout à fait d'accord	18 (56,3%)	16 (50%)	12 (37,5%)	18 (56,3%)

Tableau 2 : Distribution des avis des patientes sur la vidéo

Il n'y a pas de différence de satisfaction en moyenne entre le fait d'avoir déjà accouché en France ou non ($4,64 \pm 0,13$ VS $4,44 \pm 0,15$, $p = 0,33$) (Figure 3).

Le fait d'être nullipare ou d'avoir eu un enfant ou plus ne modifie pas la satisfaction ($4,38 \pm 0,14$ VS $4,63 \pm 0,137$, $p = 0,23$) (Figure 4).

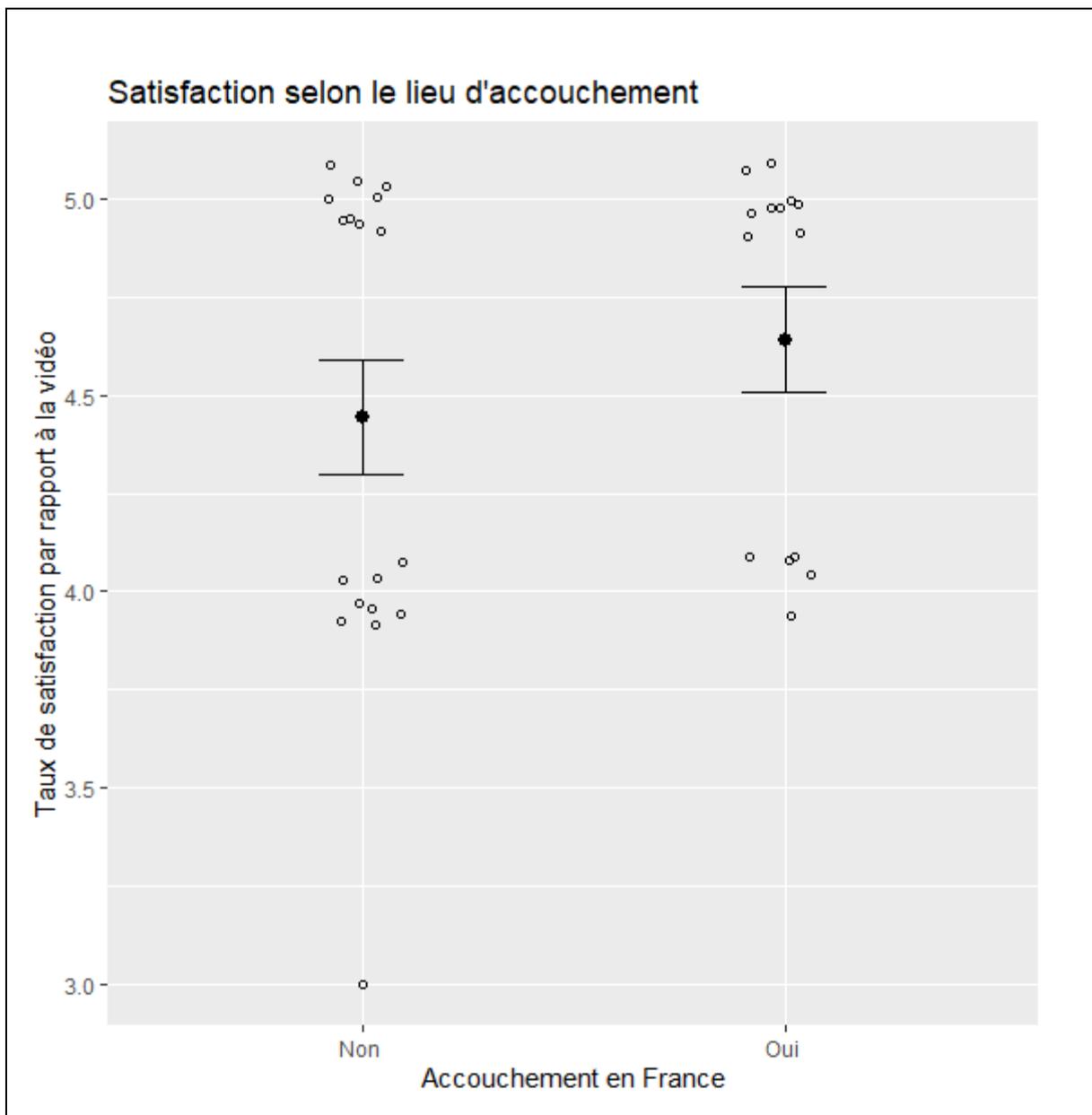


Figure 5 : Moyenne de satisfaction en fonction du lieu d'accouchement

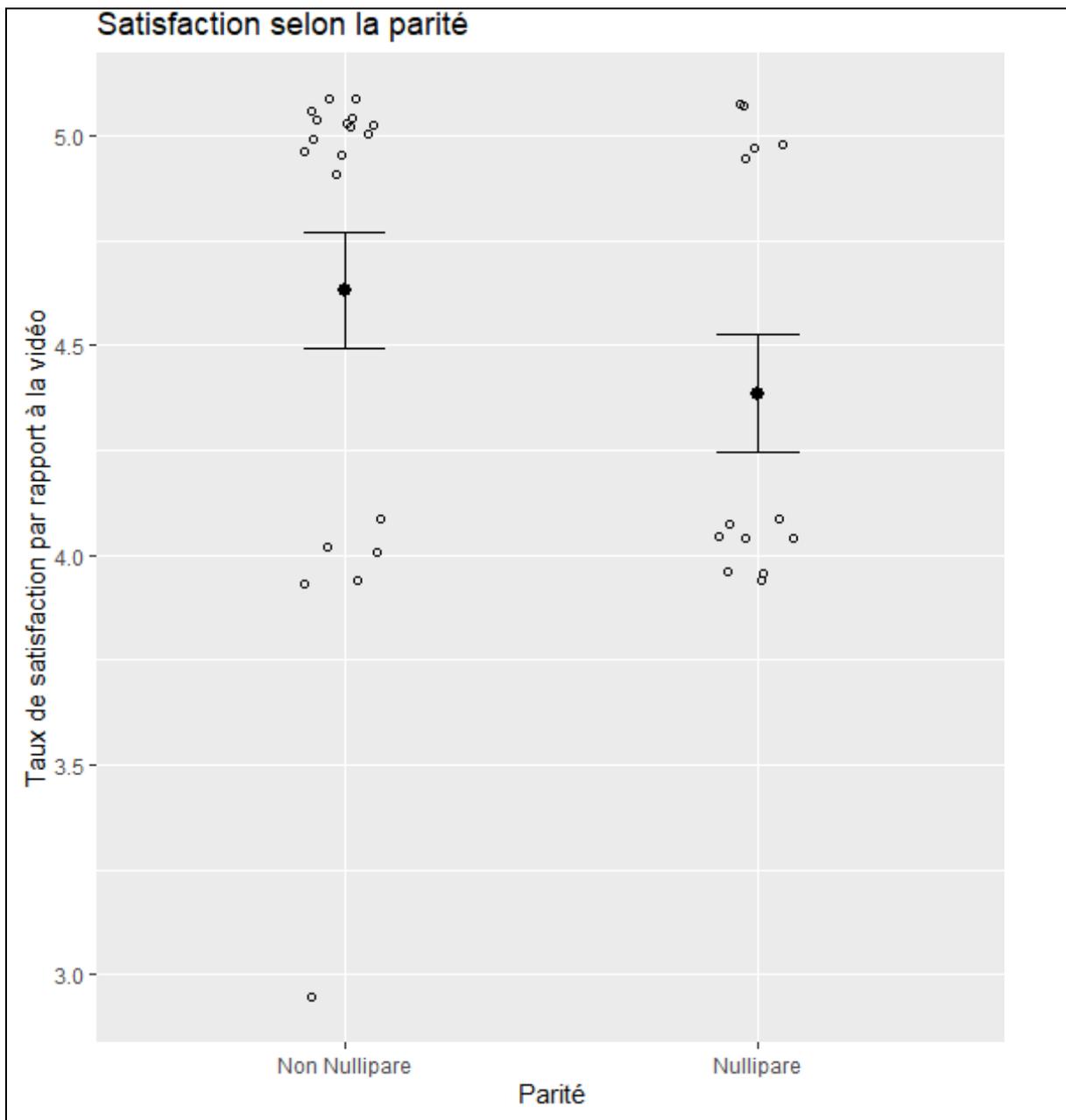


Figure 6 : Moyenne de satisfaction en fonction de la parité

DISCUSSION

I) Principaux résultats:

Notre travail a permis à la fois la création d'une vidéo infographie et l'évaluation primaire de celle-ci sur notre population cible.

La satisfaction globale de la vidéo était de 96,9 % sur l'ensemble des questionnaires analysés. La recommandation à d'autres mamans était de 93,8%. Ce qui montre un très vif intérêt de notre population à ce support.

II) Force et limites

1) Force de notre étude

Cette vidéo infographie est une création originale avec une co-construction pluridisciplinaire entre des étudiants en design et une équipe de soignants. A notre connaissance, il n'y a pas d'équivalent pour le moment.

Ce projet rentre dans l'actualité des projets de santé publique française, répondant aux objectifs nationaux de Santé Publique France sur la communication universelle. Il répond aussi à la demande de création d'outil spécifique à la population vulnérable dans le cadre des 1000 premiers jours.

La réalisation de la vidéo en partenariat avec une école de Design permet d'ajouter une expertise supplémentaire à cette création. Ceci permettant de donner une plus-value à notre projet.

La réalisation d'un questionnaire de satisfaction concomitant à la diffusion nous a permis de recueillir l'avis de notre population cible. Ce qui nous semblait nécessaire pour avoir une évaluation globale notre travail.

2) Limite de notre étude

Malgré toute l'attention pour limiter les biais, ceux-ci sont inhérents à toutes études.

Le faible échantillon de notre population ne nous permet pas d'avoir une vision précise de la satisfaction. Néanmoins elle donne une tendance.

Le temps court de recueil de notre questionnaire a limité notre échantillon. Celui-ci s'étant déroulé sur 3 semaines.

Par souci technique, le positionnement de la TV n'était pas au niveau du regard ce qui a pu limiter le visionnage de la vidéo.

L'absence de significativité peut-être dû au manque de puissance de notre étude.

L'absence de significativité entre les différents groupes de parité peut aussi s'expliquer par un intérêt à la vidéo équivalent. C'est le postulat retenu par une étude réalisée à l'hôpital Jeanne de Flandre. « *Nous pouvons poser l'hypothèse que les multipares sont motivées à regarder les vidéos du fait du souvenir des difficultés qu'elles ont pu rencontrer lors de leur(s) accouchement(s) précédent(s), même si elles ont certainement acquis une expérience utile* » (27).

La réalisation d'une étude quantitative ne nous permet pas de saisir les déterminants exacts de la satisfaction. Mais celui-ci nous permet d'avoir des données pour la réalisation d'autre projet futur.

III) Analyse des résultats au vu de la littérature nationale et internationale

1) La vidéo

L'adaptation au faible niveau de littératie dans cette vidéo nous permet de toucher autant la population cible que les populations à niveau plus élevé. Ceci permet d'avoir un bénéfice secondaire pour l'ensemble des femmes enceintes.

C'est la définition de l'accessibilité universelle. Ce principe est souvent reconnu dans le milieu architectural : la rampe d'accès est indispensable pour les personnes en fauteuil, nécessaire pour les personnes avec une valise ou une poussette, et utile pour tous.

Ce constat nous permet de légitimement penser que la diffusion de la vidéo pourra être rendue accessible aux autres patientes du CHU de Nantes, voir à une diffusion à plus grande échelle (28,29).

Cette vidéo est néanmoins ciblée sur les populations vulnérables. S'appuyant sur le concept d'universalité proportionnée de Marmot : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné » (30). De manière générale, le niveau de littératie dans la population française est bas. Ce qui justifie une adaptation de la littératie pour l'ensemble de la population (31).

Cette réalisation s'appuyant sur l'accessibilité universelle, l'universalité proportionnée et les dernières recommandations de Santé Publique France « communiquer pour tous » s'oppose à la discrimination fortuite. Concept mis en lumière par Jonathan Mann et Marmot.

« La pratique de la santé publique est lourdement touchée par le problème de la discrimination fortuite : comme dans les activités de communication qui postulent que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans le langage dominant et diffusé par la télévision (...). En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire »

Ceci nous montre l'importance de toujours remettre en question le niveau de littératie de l'information procurée. Il serait donc utile dans une seconde étude de vérifier le niveau de compréhension de notre population sur cette vidéo (32).

2) Le Questionnaire

Nous avons créé un questionnaire adapté au niveau de littératie. Pour favoriser une meilleure inclusion et compréhension, une traduction en anglais, rom et arabe a été réalisée. Cependant, une limite au questionnaire est la barrière à la lecture. Restant dans notre population un problème majeur. Ceci est fortement révélé par l'absence total de questionnaire rempli en arabe.

En effet en Afrique de l'Ouest 40% de la population est analphabète (33). Ceci pouvant entraîner un taux de non-réponse non négligeable ainsi qu'un biais de recrutement. Seules les personnes capables de lire ont pu participer à ce questionnaire.

Néanmoins, le problème de l'illettrisme concerne aussi une grande partie de la population française, environ 2 500 000 personnes en 2011 soit 7% de notre population.

L'illettrisme n'est donc pas spécifique à notre population étudiée. Mais la grande proportion est à prendre en compte (34).

On aurait pu recourir à une hétéro-administration du questionnaire afin de lever l'obstacle de la lecture mais cela aurait entraîné une forte augmentation du biais de désirabilité.

Le biais de désirabilité social est un biais consistant à vouloir se présenter sous un jour positif, et à répondre ce que l'on pense attendu par l'enquête (35).

L'absence de réponse en arabe et la forte prédominance de réponse en français (81,3%) est à nuancer du fait qu'une grande partie des pays d'Afrique est francophone. Il est donc possible qu'une partie de notre population soit bilingue. Les personnes concernées ont pu faire le choix de répondre en français (36).

Malgré toute l'attention pour limiter les biais du questionnaire, ils font partie des risques inhérents à une enquête par questionnaire.

Il est possible qu'un biais de désirabilité sociale ait favorisé les réponses positives au questionnaire. Le fait d'avoir anonymisé et auto-administré celui-ci permet néanmoins de diminuer ce biais (35).

Le fort pourcentage de satisfaction globale doit prendre en compte le risque d'un effet halo affectif. Il s'agit de « l'influence de l'affectif sur les perceptions ». Dans ce contexte, la diffusion de la vidéo dans le cadre du CHU de Nantes a pu influencer la perception de qualité et de la satisfaction. Le CHU de Nantes faisant office d'argument d'autorité sur les évaluateurs. Ce qui peut augmenter faussement le taux de satisfaction. Une possibilité pour diminuer ce biais serait la diffusion dans plusieurs centres (37).

3) Échelle de Likert et Émoticon

Nous avons choisi une échelle de Likert en 5 points. Cependant plusieurs études déclarent que l'échelle à 5 points est plus susceptible de contribuer à des mesures inexactes par des pertes de données subtiles mais répétées. L'échelle de Likert en 7 points est plus sensible en restant compact ce qui permet de gagner en précision. L'échelle en 7 points aurait donc permis un meilleur reflet de la véritable évaluation d'un répondant (38,39). Mais nous avons privilégié l'échelle de 5 points par soucis de simplicité pour notre population.

L'échelle de Likert est soumise à un biais culturel. Pour diminuer ce biais, une adaptation de l'échelle Likert avec des émoticons a été réalisée. Les émoticons ayant pour but de faciliter la compréhension de l'échelle ordinale (40,41).

L'utilisation des émoticons et émojis est en pleine croissance depuis plusieurs années. Ceux-ci permettant de rajouter une émotion ou éclairer une phrase pouvant être ambiguë. L'emoji est à la phrase ce que la gestuelle est à la parole. Malgré un espoir d'universalité de l'emoji. Il y a une certaine limite à la compréhension transculturelle. Ceci pouvant entraîner une mauvaise compréhension de l'information à transmettre (42).

Nous pensons que ce risque est mineur devant l'utilisation d'émojis à émotion basique. Qui elles sont universelles selon Ekman (43).

IV) Perspectives cliniques et scientifiques

Plusieurs autres objectifs secondaires sont apparus dans cette thèse qui n'ont pu être développés.

1) Scientifiques

Il serait intéressant de poursuivre avec une étude qualitative. Celle-ci aurait pour objectif de recueillir les avis de notre population cible. Pour l'amélioration de la vidéo en qualité et en pertinence de l'information délivrée.

D'autres sujets méritent d'être développés en vidéo et diffusés. Dans le but d'améliorer la qualité des soins. Parmi eux, le suivi du diabète gestationnel est un enjeu majeur dans notre population (44).

Évaluer la vidéo dans une population générale, en consultation de maternité hors UGOMPS pourrait être intéressant.

Nous n'avons pu mettre en évidence une amélioration des issues périnatales devant de multiples facteurs à prendre en compte (barrière de la langue, niveau de littératie, niveau socio-économique). Un autre objectif serait donc de recueillir sur un temps plus long les issues de santé avant et après la délivrance de la vidéo. Pour rechercher un impact sur le comportement de santé comme une amélioration du suivi en consultation.

2) Pratiques

La réalisation d'un sous-titrage et d'une voix OFF en plusieurs langues disponibles sur internet. La diffusion sur d'autres lieux de prévention. En cabinet de médecine générale et au niveau régional.

Délivrer la vidéo au plus proche des populations vulnérables avec une diffusion dans les camps Rom dans le cadre d'atelier en santé. Pour permettre de délivrer l'information aux femmes ne pouvant se déplacer. Ainsi que la création d'un atelier en santé à l'UGOMPS avec comme support pratique la vidéo.

Conclusion

L'objectif de notre travail était d'améliorer l'accessibilité de l'information sur le suivi de grossesse pour les femmes vulnérables. Dans un contexte où l'accès aux soins leur est limité par de multiples barrières (culturelle, de la langue, faible niveau en littératie). Nous avons pris comme levier l'adaptation au niveau de littératie pour réduire les inégalités en santé.

Pour cela nous avons créé une vidéo infographie adaptée au niveau de littératie. Nous basant sur les recommandations de Santé Publique France du guide « communiquer pour tous ».

La vidéo a été créée en partenariat avec des étudiants en design. Celle-ci a été bien accueillie par notre population. Comme le relevait notre questionnaire avec un très fort taux de satisfaction.

L'accessibilité universelle et universalité proportionnée sont les piliers de ce projet. Ceux-ci permettant de toucher le plus grand nombre tout en étant focalisé sur les populations vulnérables.

L'ajout d'autre vidéo adaptée au niveau de littératie pour compléter l'information pré et post natal serait une manière de communiquer facilement sur les problématiques de santé. La diffusion à plus grande échelle serait intéressante d'un point de vue de santé publique.

Références

1. rapport-1000-premiers-jours.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
2. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 14 mars 2023, n°3-4 Mortalité maternelle en France : accomplissements, inégalités, et défis à relever [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-mars-2023-n-3-4-mortalite-maternelle-en-france-accomplissements-inegalites-et-defis-a-relever>
3. SPF. Comprendre la surmortalité maternelle chez les femmes immigrées en France : une analyse de l'accès à des soins de qualité selon le cadre conceptuel des trois retards [Internet]. [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/comprendre-la-surmortalite-maternelle-chez-les-femmes-immigrees-en-france-une-analyse-de-l-acces-a-des-soins-de-qualite-selon-le-cadre-conceptuel>
4. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients. (Articles R4127-32 à R4127-55) - Légifrance [Internet]. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196409/
5. Code de déontologie Article 35 - Information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 1 sept 2000;15(3):259-67.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 25 janv 2012;12(1):80.
8. OCDE. Perspectives de l'OCDE sur les compétences 2013: Premiers résultats de l'Évaluation des compétences des adultes [Internet]. OECD; 2013 [cité 20 nov 2022]. (Perspectives de l'OCDE sur les compétences). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/education/perspectives-de-l-ocde-sur-les-competences-2013_9789264204096-fr

9. Littératie en santé en Belgique.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpacesStore/b6374a8a-76d3-44b5-b888-3fc0c0c05fe5/Litt%C3%A9ratie%20en%20sant%C3%A9%20en%20Belgique.pdf?guest=true>
10. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization, éditeurs. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. 73 p. (The solid facts).
11. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int.* 1 oct 2019;34(5):e1-17.
12. Hickman MS, White WL, White WA. Illustrations as a patient education tool to improve recall of postoperative cataract medication regimens in the developing world. *Hawaii Med J.* sept 2010;69(9):212-5.
13. Hill B, Perri-Moore S, Kuang J, Bray BE, Ngo L, Doig A, et al. Automated pictographic illustration of discharge instructions with Glyph: impact on patient recall and satisfaction. *J Am Med Inform Assoc.* nov 2016;23(6):1136-42.
14. Dréano É, Carton V. La grossesse chez les femmes roms migrantes de l'agglomération nantaise: impact de la mise en place d'un carnet de maternité adapté et propositions d'accompagnement. Nantes, France; 2016.
15. Rousselle A. Réalisation d'un carnet de maternité adapté au suivi de grossesse des femmes roms: étude qualitative auprès de femmes roms et des professionnels, à Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.
16. DeStephano CC, Flynn PM, Brost BC. Somali prenatal education video use in a United States obstetric clinic: a formative evaluation of acceptability. *Patient Educ Couns.* oct 2010;81(1):137-41.
17. McNab M, Skapetis T. Why video health education messages should be considered for all dental waiting rooms. *PLoS One.* 2019;14(7):e0219506.
18. Gagliano ME. A literature review on the efficacy of video in patient education. *J Med Educ.* oct 1988;63(10):785-92.
19. Tiedje LB. Teaching is more than telling: education about prematurity in a prenatal clinic waiting room. *MCN Am J Matern Child Nurs.* déc 2004;29(6):373-9.
20. Berkhout C, Zgorska-Meynard-Moussa S, Willefert-Bouche A, Favre J, Peremans L, Van

Royen P. Audiovisual aids in primary healthcare settings' waiting rooms. A systematic review. Eur J Gen Pract. déc 2018;24(1):202-10.

21. Houvin C. Diabète gestationnel et information prénatale: apport de l'audiovisuel à la maternité Jeanne de Flandre du CHU de Lille à la lumière du site supermaman.be (happy-mums.be) [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2021 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM021.pdf

22. SPF. Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible [Internet]. [cité 13 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible>

23. Davies J, McKenna M, Denner K, Bayley J, Morgan M. The emoji current mood and experience scale: the development and initial validation of an ultra-brief, literacy independent measure of psychological health. Journal of Mental Health. 10 mai 2022;1-9.

24. Gayral-Taminh M, Bravi C, Depond M, Pourre F, Maffre T, Raynaud JP, et al. Auto-évaluation de la qualité de vie d'enfants de 6 à 12 ans : analyse du concept et élaboration d'un outil prototype. Santé Publique. 2005;17(1):35-45.

25. Yahaya W, Abdul Salam S. Smiley Faces: Scales Measurement for Children Assessment. 2008.

26. Harpe SE. How to analyze Likert and other rating scale data. Currents in Pharmacy Teaching and Learning. 1 nov 2015;7(6):836-50.

27. Bouttens A. Audiovisuel en salle d'attente de consultation prénatale: analyse, enquête auprès des patientes et propositions d'amélioration à l'Hôpital Jeanne de Flandre [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018 [cité 12 déc 2021]. Disponible sur: https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM104.pdf

28. Caubel D. Outils et méthodes d'évaluation des enjeux / impacts sociaux d'une politique de transports urbains: le concept d'accessibilité. :25.

29. Steinfeld E. La conception universelle. :8.

30. Marmot, M. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. 2010 févr [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

31. OCDE. Programme for the international assessment of adult competencies (PIAAC), 2013. Enquête internationale sur la mesure des compétences des adultes, premiers résultats pour la France [Internet]. [cité 20 nov 2022]. Disponible sur:

[https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20\(FR\).pdf](https://www.oecd.org/skills/piaac/Country%20note%20-%20France%20(FR).pdf)

32. Mann J. Santé publique : éthique et droits de la personne. SANTÉ PUBLIQUE. :12.
33. Caroline Pearce. From Closed Books to Open Doors: West Africa's Literacy Challenge | INEE [Internet]. 2009 [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: <https://inee.org/resources/closed-books-open-doors-west-africas-literacy-challenge>
34. ÉTAT DES LIEUX : LES DONNÉES ET CHIFFRES CLÉS [Internet]. [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/10/pour_aller_plus_loin_-_les_chiffres_cles.pdf
35. Coron C. Outil 11. Le questionnaire : les biais. In: La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise [Internet]. Paris: Dunod; 2020 [cité 3 oct 2022]. p. 38-41. (BàO La Boîte à Outils). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-p-38.htm>
36. Synthese_La_langue_francaise_dans_le_monde_2022.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: https://www.francophonie.org/sites/default/files/2022-03/Synthese_La_langue_francaise_dans_le_monde_2022.pdf
37. Aurifeille JM. Proposition d'une méthode de mesure du halo affectif en marketing. Recherche et Applications en Marketing. 1991;6(4):59-77.
38. Response Interpolation and Scale Sensitivity: Evidence Against 5-Point ScalesJUX [Internet]. 2010 [cité 20 nov 2022]. Disponible sur: <https://uxpajournal.org/response-interpolation-and-scale-sensitivity-evidence-against-5-point-scales/>
39. Diefenbach MA, Weinstein ND, O'Reilly J. Scales for assessing perceptions of health hazard susceptibility. Health Educ Res. juin 1993;8(2):181-92.
40. Korzenny, F, Korzenny, B. A. Culturally informed strategy based on grounded research. Hispanic Marketing. In Oxford, UK: Elsevier Butterworth-Heinemann.; 2005. p. 215-30.
41. Flaskerud JH. Cultural bias and Likert-type scales revisited. Issues Ment Health Nurs. févr 2012;33(2):130-2.
42. Navé É, Farini C, Achieng S. Une approche interculturelle des émojis: France, Italie, Arabie saoudite. 2021;42.
43. Ekman P. Strong evidence for universals in facial expressions: A reply to Russell's mistaken critique. Psychological Bulletin. 1994;115(2):268-87.
44. Regnault N, Moutengou E, Fosse-Edorh S, Barry Y, Billionnet C, Weill A, et al. Dépistage et prévalence du diabète gestationnel : disparités socio-économiques en France en 2015. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 févr 2019;67:S42.

Annexes

Annexe 1 : explication simplifiée du suivi de grossesse aux étudiants de design

Le suivi de grossesse

Est un ensemble de **7 consultations**. Chaque consultation évalue le bon déroulé de la grossesse.

Pour cela un **examen clinique** spécifique est réalisé à chaque consultation.

Celui-ci comprenant :

- Prise de tension artérielle
- Mesure du poids
- Examen des urines (par analyse avec bandelette urinaire)
- Mesure de la hauteur utérine (mesure avec mètre ruban hauteur comprise entre le pubis et le fond utérin, ceci permettant d'évaluer grossièrement la bonne évolution du bébé)
- Bruit du cœur du fœtus

Des examens complémentaires sont réalisés entre les consultations :

Prise de sang suivant les situations peut aller jusqu'à une par mois :

- Recherche de maladie dangereuse pour le développement du fœtus :
 - Syphilis, toxoplasmose, rubéole et hépatite B
 - Proposé recherche VIH
- Détermination du groupe sanguin

Analyse urinaire (une analyse par mois) :

- Recherche de sucre ou de protéine dans les urines

Échographie (3 échographies sont réalisées au cours de la grossesse, une à chaque trimestre de grossesse) :

- 1^{ère} échographie pour dater la grossesse (3^{ème} mois)
- 2^{ème} échographie : étudier la morphologie du bébé (4^{ème} mois)
- 3^{ème} échographie : vérifier la bonne croissance du bébé (7^{ème} mois)

Au cours du suivi différents intervenants (Homme ou Femme) peuvent être rencontrés :

- Sage-Femme
- Médecins
- Secrétaires
- Psychologues
- Assistantes sociales
- Étudiants

1) 1^{ère} consultation

Quand :

- La 1^{re} consultation se déroule avant la fin du 3^e mois de grossesse.

Administratif :

- Déclaration de la grossesse pour bénéficier de prestation sociale.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de Sang

- Possible dépistage de la Trisomie 21

Analyse urinaire

Avant la fin du 3^{ème} mois (11- 13SA+6jours):

- Échographie du 1^{er} trimestre

2) 2^{ème} consultation

Quand :

- La 2^{ème} consultation se déroule au 4^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

3) 3^{ème} consultation

Quand :

- La 3^{ème} consultation se déroule au 5^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

Au cours du 5^{ème} mois (20 – 24 SA) :

- Échographie du 2^{ème} trimestre

4) 4^{ème} consultation

Quand :

- La 4^{ème} consultation se déroule au 6^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

5) 5^{ème} consultation

Quand :

- La 5^{ème} consultation se déroule au 7^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

Au cours du 7^{ème} mois (20 – 24 SA) :

- Échographie du 3^{ème} trimestre

6) 6^{ème} consultation

Quand :

- La 6^{ème} consultation se déroule au 8^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

Consultation avec anesthésiste (péridurale)

7) 7^{ème} consultation

Quand :

- La 7^{ème} consultation se déroule au 9^e mois de grossesse.

Examen clinique :

- CF ci-dessus

Prise de sang

Analyse urinaire

Les signes de consultation aux urgences /!\ :

- Brûlures urinaires
- Fièvre
- Saignements
- Maux de tête avec trouble de la vision et/ ou gonflement des jambes
- Contractions
- Perte des eaux
- Diminution des mouvements du bébé

Les consignes hygiéno-diététique :

- Je mange pour deux personnes et non comme deux personnes
- Éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé (pas de COCA, pas de BONBONS)
- Alimentation équilibrée et diversifiée
- Bien cuire les aliments et la viande
- Laver et éplucher les fruits et légumes
- Zéro alcool
- Pas de tabac

Les conseils supplémentaires :

- Ne pas prendre de médicaments sans l'avis de votre médecin
- Ne pas être en contact avec des personnes malades

Script du motion design :

Le suivi de grossesse c'est 7 consultations avec un personnel soignant.

A chaque consultation un examen médical est effectué pour vérifier la bonne évolution de la grossesse avec :

- Une prise de tension, une prise de poids, Mesure de la hauteur utérine, analyse d'urine, écoutes du cœur du bébé .

Entre les consultations chaque mois (si nécessaire) :

- Une prise de sang et analyse d'urine vous est demandé

3 échographies sont réalisées pendant la grossesse à chaque trimestre une avant la fin du 3^{ème} mois puis au 5^{ème} et 7^{ème} mois de grossesse.

Une consultation avec un médecin anesthésiste est réalisé au 8^{ème} mois, il vérifiera la possibilité de faire une péridurale.

Chaque consultation est importante et ne doit pas être oubliée.

Certains signes doivent vous faire consulter en urgence et ne pas attendre votre prochain rendez-vous :

- Brûlures urinaires
- Fièvre
- Saignements

- Maux de tête avec trouble de la vision et/ ou œdème des jambes (jambes gonflées)
- Contractions
- Perte des eaux
- Diminution des mouvements du bébé

Conseils pour protéger bébé :

- Manger équilibré et bien nettoyer vos aliments
- Zéro alcool et tabac
- Pas de prise de médicament sans l'avis d'un médecin

Après l'accouchement le suivi continue pour bébé et maman !

- Une consultation post-natal pour évaluer une bonne récupération

Lexique

SA : semaine d'aménorrhée

Annexe 2 : questionnaire avec les différentes traductions

Avez-vous vu la vidéo ?				
Non 		Oui 		
Êtes-vous satisfait de la vidéo ?				
Pas du tout d'accord 	Pas d'accord 	Neutre 	D'accord 	Tout à fait d'accord 
Avez-vous appris des choses ?				
Pas du tout d'accord 	Pas d'accord 	Neutre 	D'accord 	Tout à fait d'accord 
La durée de la vidéo vous convient-elle ?				
Pas du tout d'accord 	Pas d'accord 	Neutre 	D'accord 	Tout à fait d'accord 
Avez-vous trouvez les informations de la vidéo fiable ?				
Pas du tout d'accord 	Pas d'accord 	Neutre 	D'accord 	Tout à fait d'accord 
Conseillerez-vous d'autre maman de regarder cette vidéo ?				
NON 		OUI 		
Date prévu de l'accouchement : /_/_/_/_/		Nombre d'enfants : /_/_/		
Nombre d'accouchement : /_/_/		Votre Age : /_/_/		
Depuis quand êtes-vous en France ? /_/_/_/_/				
Avez-vous déjà accoucher en France ? OUI / NON				

Have you seen the video on TV ?				
NO 		YES 		
Are you satisfied with the video ?				
Strongly Disagree 	Disagree 	Neutral 	Agree 	Strongly Agree 
Did you learn something ?				
Strongly Disagree 	Disagree 	Neutral 	Agree 	Strongly Agree 
Is the length of the video suitable for you ?				
Strongly Disagree 	Disagree 	Neutral 	Agree 	Strongly Agree 
Do you think the information given are reliable ?				
Strongly Disagree 	Disagree 	Neutral 	Agree 	Strongly Agree 
Would you recommend this video to an other mom to be ?				
NO 		YES 		
Date of birth : /_/_/_/_/				
Number of children : /_/_/		Number of childbirth: /_/_/		
Your Age : /_/_/				
Since when have you been in France? /_/_/_/_/				
Have you already gave birth in France ? YES / NO				

تاريخ الولادة المُرتقب: / /
عدد الأولاد: /
عدد مرات الولادة: /
المهين: /
ماذ مستى و أنت في مسرنا ؟ / / / /
هل سبق لسكي أن ولدت في مسرنا ؟ نعم / لا

هل شاهدت الفيديو ؟	
لا 	نعم 

هل أنت راضية عن الفيديو ؟				
غير موافقة تماما 	غير موافقة 	شحايدة 	موافقة 	موافقة تماما 

هل تعلمت شيئا ؟				
غير موافقة تماما 	غير موافقة 	شحايدة 	موافقة 	موافقة تماما 

هل تأتبعك مسكة الفيديو ؟				
غير موافقة تماما 	غير موافقة 	شحايدة 	موافقة 	موافقة تماما 

هل تثقين في المعلومات المقدمة في الفيديو ؟				
غير موافقة تماما 	غير موافقة 	شحايدة 	موافقة 	موافقة تماما 

هل ستصححين أسهات أخريات بمشاهدة هنا الفيديو ؟	
لا 	نعم 

Ați văzut videoclipul?				
Nu 		Da 		
Sunteți mulțumit de videoclip?				
Total dezacord 	Dezacord 	Neutru 	De acord 	Total de acord 
Ați învățat lucruri?				
Total dezacord 	Dezacord 	Neutru 	De acord 	Total de acord 
Vă convine durata videoclipului?				
Total dezacord 	Dezacord 	Neutru 	De acord 	Total de acord 
Informațiile din videoclip vi s-au părut de încredere?				
Total dezacord 	Dezacord 	Neutru 	De acord 	Total de acord 
Ați sfătui o altă mamă să se uite la acest videoclip?				
NU 		DA 		
Data estimată a nașterii:				
Număr de copii:				
Număr de nașteri:				
Vârstă:				
De când sunteți în Franța?				
Ați mai născut în Franța? DA/ NU				

Vu, le Président du Jury,

*Monsieur le Professeur Norbert
WINER*

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur Solène VIGOUREUX

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Information prénatale et population vulnérable : apport de l'audiovisuel en salle d'attente de l'unité médico psycho sociale de NANTES

Contexte

Le suivi de grossesse des femmes vulnérables et migrantes peut être plus difficile devant de multiples barrières (langue, culturelle notamment) entraînant des difficultés d'orientation dans un système de soins complexe.

L'adaptation de l'information au niveau de littératie et la diffusion via un support audiovisuel peut être un élément de réponse pour réduire les inégalités en santé.

Objectif

Réalisation d'une vidéo-infographie adaptée au niveau de littératie sur le suivi de grossesse suivie d'une enquête de satisfaction auprès des femmes enceintes suivies à l'UGOMPS.

Méthode

Création d'une vidéo-infographie adaptée avec des étudiants en design. Diffusion de la vidéo en salle d'attente de l'UGOMPS. Réalisation d'un auto-questionnaire de satisfaction délivré en salle d'attente.

Résultat

Une vidéo de 3 minutes a été réalisée sur le suivi de grossesse et les signes d'urgence devant amener les femmes à consulter.

L'évaluation de la vidéo par les patientes de l'UGOMPS dans la salle d'attente a permis de récolter 32 questionnaires complets. La population avait une médiane d'âge de 27 ans et majoritairement composée de nullipares (41 %). Le questionnaire majoritairement utilisé était celui en Français (81,3 %). La satisfaction de la vidéo était de 96,9% dans notre population. Elle recommande à 93,8% cette vidéo pour d'autre maman.

Discussion

La vidéo infographie créée a été bien accueillie par notre population. Un ajout d'autre vidéo adaptée au niveau de littératie pour compléter l'information pré et post natal est une manière de communiquer facilement une problématique de santé. Une diffusion à plus grande échelle serait intéressante d'un point de vue de santé publique.
