

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le vendredi 18 juin 2021 à Poitiers
par **Madame Perrine Auzon**

Evaluation d'un dispositif d'information
des femmes enceintes à bas risque
sur les interventions médicales possibles
au cours de l'accouchement

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Monsieur le Docteur Bertrand GACHON
Madame la Docteur Tyffanie HOUPERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bertrand GACHON

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**enmission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**encours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Fabrice Pierre, Président du jury de cette thèse

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre enseignement rigoureux de l'obstétrique tout au long de mon internat. Merci également d'avoir été à l'écoute dans les moments difficiles lors de mes passages au CHU de Poitiers.

A Monsieur le Professeur Xavier Fritel,

Je vous remercie de participer à la composition de ce jury et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Merci pour vos précieux conseils qui m'ont aidée à mettre en œuvre ce projet qui me tenait à cœur.

A Monsieur le Docteur Bertrand Gachon, qui a accepté de diriger ce travail

Je te remercie du temps que tu m'as accordé, entre les multiples relectures de ce travail, et les interrogations pour sa mise en œuvre. Je n'aurais jamais réussi sans ton aide, sans tes idées et sans ton expertise. Merci pour tout.

A Madame le Docteur Tyffanie Houpert,

Merci d'avoir accepté de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

A mes éternels amis de la fac, les « Barbapapas », votre soutien sans faille m'a permis d'en être là où j'en suis aujourd'hui. Alicia, ma meilleure amie, sans toi je n'aurais pas réussi à aller au bout de cet internat difficile. Zoé, Juline, Adeline, Mathilde, Lucie, Sébastien, Anaïs je n'oublierai pas les longues heures passées à vos côtés à la BU, sur les bancs de la fac et surtout à plaisanter de tout.

A mes amis du tour de piste : Flo, Elo, Estelle, Jessy, Jérémy T-B, Benjamin, David, Françoise, Manon, Morgan, Yann, Coline, et tous les autres. Je vous ai rencontrés grâce à une passion commune, l'athlétisme, ma bulle d'oxygène de ces longues années d'étude. A mes coachs, Patrick et Lionel, vous m'avez appris à ne jamais baisser les bras devant la difficulté.

A mes co-internes : Marion L., Imène, Manon S., Caroline, Hugo, Tom, Lucie C, Léa, Manon E. Vous avez toujours été présents, dans les bons ou les mauvais moments. A ma Sandrine, mon modèle, tu m'as appris toutes les bases et tu es toujours là quand j'en ai besoin, je t'en suis éternellement reconnaissante. Merci à la team gynéco du 1^{er} semestre à Angoulême qui m'a permis de réussir ce début d'internat compliqué : Clément V. et Clément C., Guillaume et Nuche. A tous mes co-internes rencontrés au cours de mon internat, merci de m'avoir supportée et soutenue.

A mes chefs au CHU, vous m'avez beaucoup appris et avez cru en moi, tout particulièrement Iglïka Brachot, Diane De Villardi De Montlaur, Aurélie Brossard, Amélie Cariou, Marie Fourreau, Marie Dorey et Amélie Charvériat.

A mes chefs de périphérie, vous m'avez permis de gagner en confiance en moi et de progresser à vos côtés. Denis Tariel, vous m'avez guidé pour ma première césarienne, je ne l'oublierai jamais. Merci à l'équipe de Châtellerault, notamment les docteurs Caroline Carlier Guerin et Alain Godard, vous m'avez permis de grandir et de gagner en autonomie. Merci à l'équipe de Saintes qui me fait confiance et auprès de qui j'apprends tous les jours, merci aux Docteurs Dominique Cambon, Jean Philippe Filet, Alexia Roué, Lucile Bretheau, Julie Missemer, Samia Hattab, et toutes les sages-femmes.

Aux urologues du CHU de Poitiers, vous m'avez fait confiance et presque fait regretter mon choix de spécialité (non je plaisante !): Damien Thillou, Pierre Pillot, Clément Biscans, Simon Bernardeau, Pierre Olivier Delpêche, Maxime Vallée... **A mes chefs de viscérale à Angoulême**, vous m'avez permis de progresser en chirurgie, surtout Alcora Goia, tu es un amour, ne change rien.

A toutes les sages-femmes que j'ai pu rencontrer, vous faites un métier formidable. Vous m'avez beaucoup appris.

A toute ma famille qui a toujours été là. Vous avez tout rendu possible, vous me comprenez plus que personne. Vous êtes mes repères quand je suis perdue, merci d'être là : papa, maman, Maxime, Léa, papy et mamie. A Una, qui est partie trop tôt, à qui je n'ai pas pu dire au revoir à cause d'un métier très prenant.

A toi, Pierre, qui supporte tout. Aux larmes que tu as dues si souvent sécher. A ton soutien sans faille. A toi qui me connais mieux que personne. Merci d'être là.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	8
ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODES	12
1. Elaboration du diaporama vidéo.....	12
2. Elaboration d'un questionnaire d'évaluation du diaporama vidéo	13
3. Population cible de l'étude	14
4. Déroulement de l'étude	15
5. Critères de jugement.....	15
6. Plan d'analyse.....	17
7. Considérations statistiques	18
8. Avis comité d'éthique.....	18
RESULTATS.....	19
1. Caractéristiques de la population	19
2. Réponse au critère de jugement principal	19
3. Réponses aux critères de jugement secondaire	19
DISCUSSION	21
1. Résultat principal.....	21
2. Forces et limites	21
3. Comparaison aux données de la littérature.....	22
4. Perspectives.....	23
5. Conclusion	25
TABLEAUX ET FIGURES	26
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ANNEXES.....	36
Annexe 1 : Texte du diaporama vidéo.....	36
Annexe 2 : Questionnaire	43
RESUME	48
SERMENT	49

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Analyse détaillée de l'acceptabilité du diaporama vidéo avec les réponses obtenues pour chaque chapitre	26
Figure 2 : Analyse détaillée de l'exhaustivité et de la compréhension du diaporama vidéo avec les réponses obtenues pour chaque chapitre.....	27
Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	28
Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques de notre population aux données de l'enquête nationale périnatale de 2016.....	29
Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques des participantes entre celles trouvant le diaporama vidéo acceptable et celles ne le trouvant pas acceptable.....	30
Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des participantes entre celles trouvant le diaporama vidéo pertinent et celles ne le trouvant pas pertinent.....	30

ABREVIATIONS

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

LOSA : Lésion obstétricale du sphincter de l'an

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de masse corporelle

SA : Semaines d'aménorrhée

HLS-EU : European health literacy survey

CEROG : Comité d'éthique et de la recherche en Gynécologie Obstétrique

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles

INTRODUCTION

Il existe une demande sociétale forte en faveur d'une désescalade dans la médicalisation de la naissance, avec un désir d'avoir un déroulement de l'accouchement plus en adéquation avec le projet de naissance émis par le couple. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, 23% des femmes avaient des souhaits particuliers pour leur accouchement (3,7% des femmes avaient rédigé un projet de naissance, 17,2% ont fait part de leurs demandes en arrivant à la maternité et 1,9% n'ont pas pu les exprimer aux professionnels de santé) [1].

Certaines interventions médicales au cours du travail peuvent être nécessaires pour la préservation de la santé fœtale et/ou maternelle. Ces interventions peuvent être invasives (cathéter intra utérin, épisiotomie, accouchement instrumental, césarienne...).

Dans ce type de situation, le projet de naissance souhaité par le couple s'éloigne, avec un vécu de l'accouchement qui peut être difficile. Selon une enquête réalisée par le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance) en 2012, le vécu de l'accouchement serait corrélé au respect des souhaits mentionnés dans le projet de naissance [2]. En effet 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique. Se rajoute à cela la notion d'urgence de l'intervention qui peut rendre compliquée l'information et les échanges avec l'équipe médicale sur les modalités de cette intervention avec le couple. Ces situations difficiles peuvent occasionner un sentiment pour le couple de manque d'information, l'impression d'être dépossédé de leur accouchement.

Les conséquences d'un mauvais vécu de l'accouchement sont encore mal documentées, mais il apparaît cependant que, dans les cas les plus graves, ce mauvais vécu est l'une des causes du syndrome de stress post-traumatique après un accouchement [3]. Cela expose également

les femmes au risque de dépression postnatale, d'altération de la relation mère-enfant et de renoncement à une future grossesse [4].

La possibilité d'une intervention médicale au cours de l'accouchement est censée être anticipée et discutée pendant les consultations de suivi de grossesse, ou à l'occasion de cours de préparation à l'accouchement. Or, les polémiques actuelles autour des situations dites de « violence obstétricale » laissent à penser qu'il existe une carence dans l'information délivrée en anténatal.

Il est alors légitime de se demander si une meilleure information, en amont, à propos des interventions médicales possibles et parfois nécessaires au cours de l'accouchement ne serait pas un moyen de diminuer ce sentiment de non-respect des choix du couple et d'améliorer le vécu de l'accouchement.

Nous faisons l'hypothèse que la mise en place d'un dispositif d'information, sous la forme d'un diaporama vidéo, pour les femmes enceintes à bas risque sur les différents types d'interventions médicales au cours du travail, leurs indications et leurs principes de réalisation pourrait permettre un meilleur vécu de leur accouchement.

L'objectif principal de cette étude était d'élaborer puis d'évaluer l'acceptabilité et la pertinence de ce dispositif d'information auprès des femmes qui venaient d'accoucher au sein de notre maternité de type 3.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la clarté, l'exhaustivité et la compréhension du diaporama vidéo, comparer notre échantillon aux données nationales, ainsi que l'impact des caractéristiques de la population sur l'acceptabilité et la pertinence de ce diaporama vidéo.

MATERIEL ET METHODES

1. Elaboration du diaporama vidéo

Les thèmes abordés dans le scénario du diaporama vidéo ont été sélectionnés en fonction des évènements pouvant survenir au cours du travail et de l'accouchement. Nous nous sommes basés sur les interventions obstétricales retrouvées le plus fréquemment dans une population à bas risque au sein de notre maternité de type 3 [5].

Ainsi, il nous est apparu essentiel de développer les sujets concernant : la césarienne en cours de travail, l'accouchement instrumental, l'épisiotomie, les déchirures périnéales, l'hémorragie de la délivrance. Au contraire, il ne nous est pas paru judicieux de développer les sujets suivants du fait de leur faible prévalence : les dystocies des épaules, les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA).

Nous mettons en annexe le texte intégral du diaporama vidéo qui se compose de 11 chapitres : le travail et ses différentes phases, le déclenchement artificiel du travail et ses modalités, la prise en charge de la douleur, les gestes courants en salle de travail, la surveillance du bébé pendant le travail, les positions pendant le travail, l'accouchement spontané et instrumental, les déchirures périnéales, l'épisiotomie, la césarienne en cours de travail et la délivrance (annexe 1). Chaque section a été conçue sur la base des recommandations nationales (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) et Haute Autorité de Santé (HAS)) et internationales [6–14].

Afin d'agrémenter le diaporama vidéo et le rendre moins formel, nous avons créé un personnage (une femme enceinte) que l'on retrouve tout au long de la vidéo dans les différentes situations décrites. Pour enregistrer le diaporama vidéo, nous nous sommes servis du logiciel de montage de diaporama Microsoft Power Point®. La vidéo était accessible en

ligne via ce lien Youtube : <http://videoff.e-monsite.com>, qui était disponible sur la fiche d'information distribuée aux femmes acceptant de participer au projet.

2. Elaboration d'un questionnaire d'évaluation du diaporama vidéo

Le questionnaire comportait 4 grandes parties (annexe 2).

La première partie recensait les caractéristiques de la population étudiée :

- Âge ;
- Niveau d'étude (non scolarisé, primaire, collège, lycée et enseignement supérieur) ;
- Professionnel ayant réalisé le suivi de la grossesse (sage-femme en libéral, sage-femme à l'hôpital, gynécologue ou médecin traitant) ;
- Début du travail (spontané ou artificiel) ;
- Voie d'accouchement (voie vaginale spontanée, voie vaginale instrumentale ou césarienne en cours de travail) ;
- Vécu de l'accouchement (évalué par une échelle de satisfaction « smiley » correspondant à une note de 1 à 5).

La deuxième partie regroupait les questions en lien avec le critère de jugement principal c'est-à-dire l'exploration de l'acceptabilité et de la pertinence du dispositif d'information.

La troisième partie concernait les questions en lien avec les critères de jugement secondaires tels que l'exhaustivité, la compréhension et la clarté du diaporama vidéo. Ces deux notions étaient évaluées à l'aide de trois questions fermées et d'une question ouverte.

La quatrième partie concernait l'évaluation du niveau de littératie en santé des participantes.

La littératie en santé est un élément déterminant qui est défini par « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de

prendre des décisions concernant leur santé » [15]. Le niveau de littératie en santé d'une personne peut être évalué par un questionnaire validé au niveau européen, le HLS-EU (European health literacy survey) dont il existe une version validée en français [16, 17].

3. Population cible de l'étude

La population cible de cette étude correspondait aux femmes ayant une grossesse de déroulement à bas risque. Les critères d'inclusion définissant une grossesse à bas risque, et correspondant aux groupes 1 et 2 de la classification de Robson [18], étaient les suivants :

- Âge supérieur ou égal à 18 ans et inférieur ou égal à 40 ans ;
- Femmes ayant la capacité de lire et d'écrire en français ;
- Indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 17 et inférieur à 40 kg/m² ;
- Terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée (SA) ;
- Grossesse unique ;
- Présentation céphalique ;
- Enfant vivant ;
- Utérus non cicatriciel.

Les critères de non-inclusion établis à partir des données des recommandations émises par la HAS en 2016, étaient les suivants : antécédents médicaux, gynécologiques ou obstétricaux pouvant nécessiter une surveillance particulière, pathologies au cours de la grossesse, diagnostic prénatal, signe de souffrance fœtale chronique [19].

4. Déroulement de l'étude

Il s'agissait d'une étude monocentrique prospective qui s'est déroulée au sein de notre maternité de type 3. Les femmes acceptant de participer à l'étude pouvaient visionner la vidéo en ligne à l'aide du document remis et remettaient leurs réponses au questionnaire aux sages-femmes durant leur séjour à la maternité ou le jour de leur sortie.

L'étude s'est déroulée sur 3 mois, du 12 octobre 2020 au 12 janvier 2021, le temps d'obtenir 100 réponses au questionnaire.

5. Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était l'acceptabilité et la pertinence de ce diaporama vidéo utilisé comme outil pédagogique au cours de la grossesse.

L'acceptabilité était évaluée de 2 manières : d'un point de vue global et de manière ciblée sur chacun des différents chapitres. Les réponses étaient attendues sous forme d'une échelle de Likert en 5 paliers. L'acceptabilité globale du dispositif d'information était évaluée par la question « je suis prête à conseiller cette vidéo à d'autres femmes enceintes (amies, collègues, famille...) ? ». L'acceptabilité de chaque chapitre était évaluée par la question de satisfaction « l'information présentée dans ce chapitre répondait-elle à vos attentes ? ».

La pertinence était évaluée par la question globale de satisfaction « je trouve que ce diaporama vidéo aurait pu améliorer le vécu de mon accouchement ? ».

Les femmes répondaient à toutes ces questions par l'une des options suivantes : « Tout à fait d'accord, plutôt d'accord, neutre, plutôt en désaccord, pas d'accord ».

Nous avons ensuite défini les critères de jugement secondaires suivants :

- L'exhaustivité était évaluée par la question : « Avez-vous des questions qui restent sans réponse concernant ce sujet ? Oui / Non » ;
- La compréhension était évaluée par la question : « Vous jugez les informations délivrées dans ce chapitre ? Suffisantes / Insuffisantes / Trop détaillées » ;
- La clarté était évaluée par la question : « D'une manière générale, avez-vous apprécié la façon dont a été construit ce diaporama vidéo (illustrations, écriture, commentaires oraux) ? Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Neutre / Plutôt en désaccord / Pas d'accord » ;
- L'impact des caractéristiques de la population sur l'acceptabilité et la pertinence du diaporama vidéo (âge, nombre d'enfants, niveau d'étude, niveau de littératie en santé, personne ayant réalisé le suivi de la grossesse, voie d'accouchement et vécu de l'accouchement) ;
- Les idées évoquées en réponse à la question ouverte « Que manque-t-il ou que faut-il retirer selon vous ? », étaient regroupées par thèmes, donnant des pistes d'amélioration du diaporama vidéo ;
- Afin de vérifier si notre population d'étude était représentative des femmes enceintes à bas risque en France, nous avons comparé les caractéristiques recueillies de notre échantillon à celles de la population française grâce aux données nationales de l'enquête périnatale de 2016 [1].

6. Plan d'analyse

Description de la population

Notre population était décrite en termes de moyenne et d'écart-type pour les données continues et en termes d'effectifs et pourcentages pour les données catégorielles. Lorsque cela était possible, celles-ci ont été comparées aux données nationales de l'enquête périnatale de 2016 [1].

Analyses en lien avec les critères de jugement principal

Le seuil d'acceptabilité et de pertinence était défini par au moins 70% de la population interrogée en accord avec la proposition, ce qui correspondait aux réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord » [20].

Analyses en lien avec les critères de jugement secondaires

L'exhaustivité et la compréhension du diaporama étaient évaluées pour chaque chapitre et les réponses fournies à la question ouverte permettaient de donner des idées d'améliorations du diaporama vidéo.

La clarté globale du diaporama vidéo était définie par au moins 70% de la population interrogée en accord avec la proposition, ce qui correspondait aux réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ».

Le critère de jugement principal était ensuite analysé en fonction des différentes caractéristiques de la population afin de déterminer s'ils avaient un impact sur l'acceptabilité et la pertinence de ce diaporama vidéo.

Le niveau de littératie en santé était évalué en fonction du score obtenu par les participantes au HLS-EU. Les réponses « très facile » et « facile » étaient codées par 1 et les réponses « difficile » et « très difficile » par 0. En les additionnant, nous obtenions un score entre 0 et

16 permettant de classer en niveau de littératie inadéquate (<9), limité (9-12) ou suffisant (13-16).

7. Considérations statistiques

L'analyse statistique a été réalisée au moyen de la plateforme BiostaTGV (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>). Les tests statistiques utilisés sont le test de Chi-deux pour l'analyse des données qualitatives ou le test exact de Fisher pour les effectifs faibles (< 5). Le test de Student a été utilisé pour l'analyse des données quantitatives. Le seuil de significativité est fixé à 0,05 pour toutes les analyses.

8. Avis comité d'éthique

L'étude a été validée par le Comité d'éthique de la recherche en Obstétrique et Gynécologie (CEROG) le 2 août 2020 sous le numéro CEROG 2020-OBST-0602.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de la population sont recensées dans le tableau 1. Lorsque nous comparons notre population par rapport aux données nationales de périnatalité de 2016 (tableau 2), concernant les grossesses à bas risque, nous observons une différence significative concernant l'âge (38% de femmes ont ≥ 30 ans dans notre étude vs 55,1% dans la population générale), la primiparité (60% dans notre étude vs 42,2% sur toute la France) et la personne qui a réalisé le suivi de la grossesse (53% ont été suivi par une sage-femme dans notre étude vs 65,7% par un gynécologue sur toute la France) [1].

2. Réponse au critère de jugement principal

Le diaporama vidéo a été jugé acceptable par 89% des femmes. Chaque section du diaporama vidéo était jugée acceptable par plus de 70% des femmes (figure 1). Celui-ci n'a cependant été jugé pertinent que par 43% des participantes.

3. Réponses aux critères de jugement secondaire

Quatre-vingt-treize pourcent des participantes ont considéré le diaporama vidéo comme clair concernant les illustrations, l'écriture et les commentaires oraux. L'exhaustivité du diaporama vidéo a été jugée satisfaisante en moyenne chez 89% des participantes. Le chapitre 6 sur les positions pendant le travail a été jugé le moins exhaustif (81% l'ont trouvé exhaustif) et les chapitres 4 et 5 sur les gestes courants en salle de travail et la surveillance du bébé pendant le travail ont été jugés exhaustifs par 94% des participantes (figure 2). Le diaporama était jugé compréhensible par plus de 85% des femmes en moyenne pour chaque chapitre (le chapitre

jugé le moins compréhensible était le chapitre 6, avec 77% de femmes le trouvant compréhensible).

Nous avons comparé les femmes en 2 sous-groupes selon nos critères de jugement principal entre celles jugeant le diaporama vidéo acceptable et celles le jugeant non acceptable (tableau 3) puis les femmes le jugeant pertinent ou non pertinent (tableau 4).

DISCUSSION

1. Résultat principal

Nous avons développé un outil d'information standardisé de la femme enceinte à bas risque qui a été jugé acceptable par 89% des participantes. Le diaporama vidéo a été jugé pertinent par 43% des participantes, avec plus de participantes ayant un niveau de littératie en santé suffisant chez celles le trouvant non pertinent. Par ailleurs, le diaporama vidéo a été jugé clair (93%), exhaustif (89%) et compréhensif (85%) par la majorité des participantes.

2. Forces et limites

Les femmes ont toutes accueilli de manière positive notre étude. Elles n'ont cependant pas toutes rendu leurs réponses au questionnaire, et n'ont donc pas toutes souhaité participer, ce qui a pu entraîner un biais de sélection d'un certain profil de femmes faisant la démarche de répondre au questionnaire. Nous ne récupérons que les questionnaires rendus par les participantes et n'avons donc pas recueilli le nombre de non-réponses, ni les caractéristiques des non répondeuses, ce qui constitue une limite à notre étude.

Nous n'avons pas recueilli dans nos questionnaires si les participantes à notre étude avaient suivi ou non des cours de préparation à l'accouchement. Cette information aurait pu permettre de vérifier une influence sur la pertinence de notre dispositif d'information.

Une autre limite est que les femmes visionnaient ce dispositif d'informations après leur accouchement, ce qui va nécessairement impacter l'évaluation de la pertinence. Néanmoins, une phase préliminaire telle que celle que nous rapportons ici était nécessaire avant

d'envisager d'évaluer l'efficacité du dispositif sur la satisfaction des femmes au sein d'une étude prospective.

3. Comparaison aux données de la littérature

Par rapport aux données nationales, notre population était composée d'une majorité de primipares, cette différence peut s'expliquer par un intérêt sans doute plus important pour notre sujet d'étude chez les femmes venant d'accoucher de leur premier enfant que celles ayant déjà accouché plusieurs fois et par conséquent déjà vécu et compris les enjeux autour du travail et de l'accouchement. De plus, les tranches d'âge recensées dans l'enquête nationale périnatale de 2016 concernent toutes les femmes enceintes (autrement dit les primipares, les multipares, les grossesses simples ou à risque), ce qui peut expliquer un nombre plus important de femmes ayant moins de 30 ans dans notre étude. Par ailleurs, la différence concernant les professionnels consultés pourrait s'expliquer par le fait que nos participantes ont toutes eu des grossesses à bas risque, et ont toutes accouché dans une maternité publique de type 3, dont le suivi prénatal est majoritairement orienté vers les sages-femmes libérales afin d'assurer en priorité le suivi des grossesses pathologiques au sein de leur service.

Dans le même esprit, la thèse de Marion Le Saos, soutenue en 2010, avait pour objectif de connaître les pratiques et les attentes des soignants et des femmes concernant l'information sur les accouchements instrumentaux [21]. Ce travail concluait que l'information reçue pendant la grossesse, au moment de l'accouchement instrumental et dans le post partum est primordiale pour améliorer le vécu de l'accouchement. C'est en effet dans cet objectif que nous avons créé ce diaporama vidéo.

Le système de santé publique du Royaume Uni (NHS-UK) possède déjà un site internet intitulé « Your pregnancy and baby guide » (disponible via le lien <https://www.nhs.uk/pregnancy/>) composé de plusieurs vidéos expliquant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement [22]. Cette donnée renforce la notion qu'une information claire pendant la grossesse des événements pouvant arriver pendant le travail et l'accouchement est importante. Il en est de même dans l'étude de Kızılırmak A et Başer M, où il a été étudié l'effet de l'éducation donnée aux femmes primigestes sur leur peur de l'accouchement [23]. Dans ce travail, il a été rapporté que les cours de préparation à la naissance assuraient une perception positive de l'accouchement et diminuaient la peur de l'accouchement. Ainsi que dans l'étude d'Akca et cole qui a conclu qu'un programme de préparation systématique à l'accouchement améliorerait le vécu de l'accouchement en permettant aux femmes de mieux communiquer avec le personnel de soins de santé et de participer à la prise de décision pendant le travail, ainsi qu'en diminuant la perception de la douleur du travail [24].

Une étude qualitative réalisée en Allemagne chez 30 femmes enceintes a permis de montrer qu'une application mobile favorisait une autonomisation dans la relation médecin-malade, mais qu'il restait cependant des inquiétudes quant à la qualité et la fiabilité de leur contenu [25]. C'est dans l'objectif de combler ce manque d'informations fiables, claires, simples et facilement accessibles que nous avons voulu créer ce diaporama vidéo.

4. Perspectives

L'expérience est tout à fait encourageante puisque les femmes ont été 89% à avoir trouvé ce dispositif d'information acceptable.

D'un point de vue général, les participantes ont apprécié la concision du diaporama vidéo, les informations simples et claires. Chaque chapitre apparaît clair, acceptable, exhaustif et compréhensif. Notre diaporama vidéo reste encore à améliorer concernant les graphismes à moderniser. Il pourrait être intéressant d'ajouter un chapitre sur les suites de couche puisqu'il s'agit d'une période pour laquelle les couples ont des attentes qui sont souvent exprimées dans les projets de naissance. Enfin, une dernière section à destination du deuxième parent pourrait être utile pour expliquer comment l'accouchement va se dérouler, quel sera son rôle, à quel moment il lui sera éventuellement demandé de quitter la salle d'accouchement et pourquoi.

Selon les étapes clés de l'élaboration d'un document écrit décrites par la HAS en 2008, cette étude a permis de réaliser les étapes suivantes :

- Analyser la pertinence de la demande ;
- Définir le thème, le public et le type de document ;
- Elaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document ;
- Identifier les données de la littérature scientifique et les évaluer, identifier les documents existant à l'intention du public sur le thème et les évaluer, faire participer les patients et les usagers à l'identification de leurs besoins et de leurs attentes ;
- Définir le contenu du document, sélectionner les messages essentiels et les points clés, définir la structure du document ;
- Appliquer les conseils de rédaction et de présentation ;
- Choisir un support et concevoir une maquette ;
- Tester la compréhension et la présentation de l'information auprès d'un échantillon de patients et d'usagers ;

Il nous reste maintenant les trois dernières étapes qui sont de finaliser, diffuser et évaluer l'impact du diaporama vidéo [26].

Une fois notre diaporama vidéo optimisé à la fois sur le fond et la forme, il serait intéressant d'en évaluer l'efficacité sur le vécu de l'accouchement au sein d'une étude prospective multicentrique régionale ou nationale.

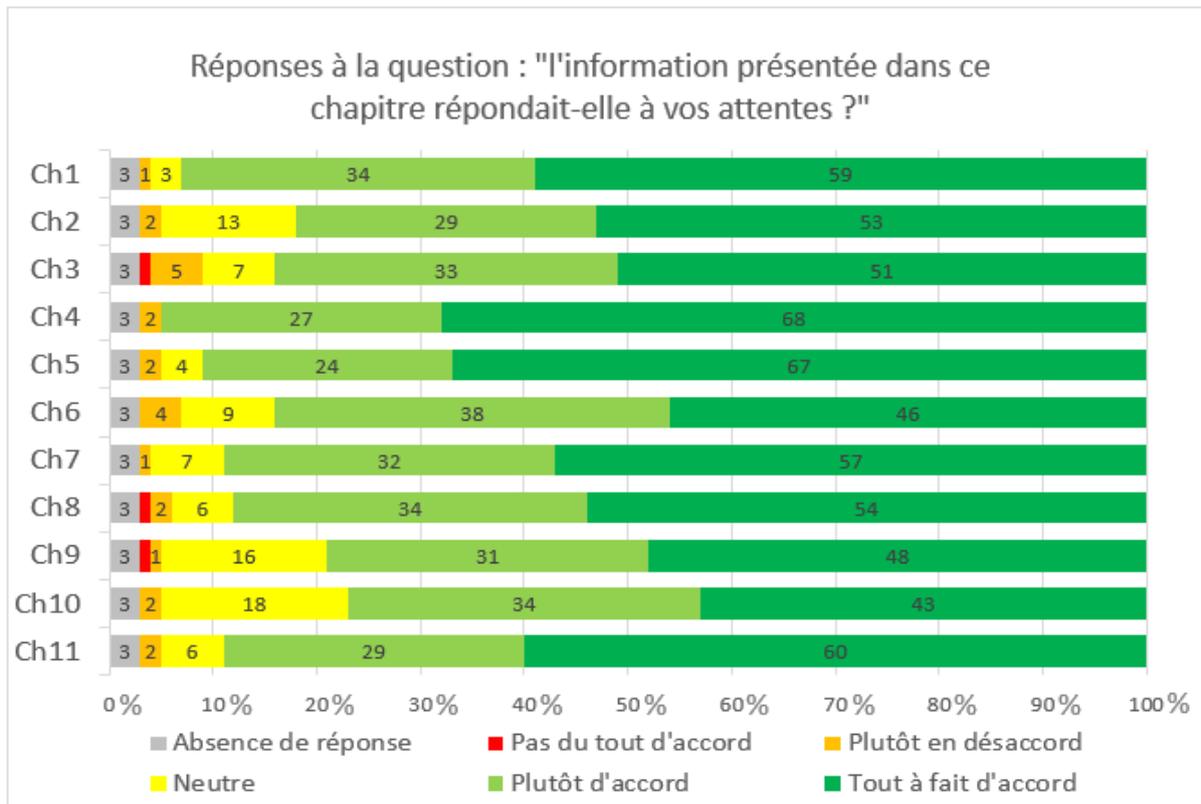
5. Conclusion

Notre nouveau dispositif d'information, créé pour l'étude sous forme d'un diaporama vidéo, offre de nouvelles perspectives dans l'information en pré-partum des femmes nullipares à bas risque venant accoucher dans notre maternité de type 3.

En effet, l'acceptabilité étant satisfaisante auprès de 100 femmes venant d'accoucher d'une grossesse à bas risque dans notre établissement (primipares et multipares), ce diaporama vidéo pourra désormais être diffusé auprès de la population cible qui sont les femmes nullipares à bas risque, en période prénatale. Il sera ensuite intéressant d'évaluer son impact sur le vécu de l'accouchement de la population ciblée ainsi que sa pertinence.

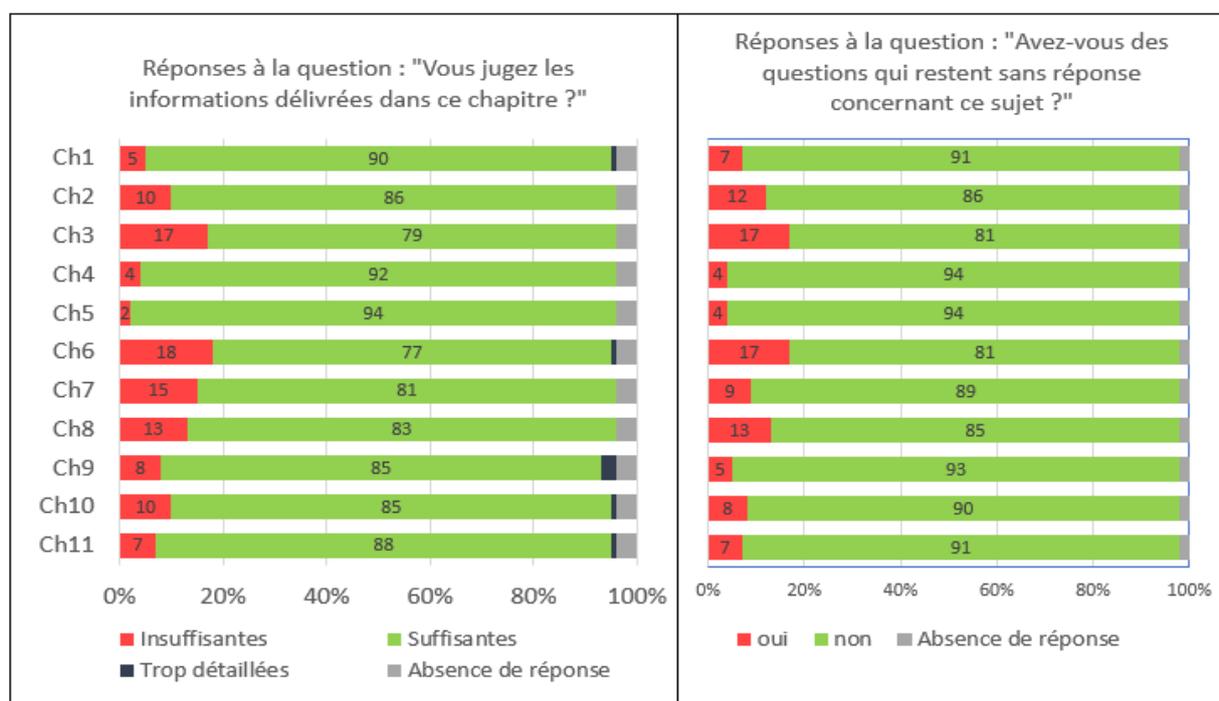
TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Analyse détaillée de l'acceptabilité du diaporama vidéo avec les réponses obtenues pour chaque chapitre



(Chapitre 1 : « Le travail et ses différentes phases » - Chapitre 2 : « Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités » - Chapitre 3 : « Prise en charge de la douleur » - Chapitre 4 : « Les gestes courants en salle de travail » - Chapitre 5 : « Surveillance du bébé pendant le travail » - Chapitre 6 : « Les positions pendant le travail » - Chapitre 7 : « L'accouchement spontané et instrumental » - Chapitre 8 : « Les déchirures périnéales » - Chapitre 9 : « L'épisiotomie » - Chapitre 10 : « La césarienne en cours de travail » - Chapitre 11 : « La délivrance »)

Figure 2 : Analyse détaillée de l'exhaustivité et de la compréhension du diaporama vidéo avec les réponses obtenues pour chaque chapitre



(Chapitre 1 : « Le travail et ses différentes phases » - Chapitre 2 : « Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités » - Chapitre 3 : « Prise en charge de la douleur » - Chapitre 4 : « Les gestes courants en salle de travail » - Chapitre 5 : « Surveillance du bébé pendant le travail » - Chapitre 6 : « Les positions pendant le travail » - Chapitre 7 : « L'accouchement spontané et instrumental » - Chapitre 8 : « Les déchirures périnéales » - Chapitre 9 : « L'épisiotomie » - Chapitre 10 : « La césarienne en cours de travail » - Chapitre 11 : « La délivrance »)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	N = 100
Âge moyen, années (écart-type)	28,6 (±4)
Primipares (%)	60
Niveau d'étude (%)	
Non scolarisée	1
Primaire	0
Collège, CAP, BEP	11
Lycée	19
Enseignement supérieur	69
Niveau de littératie en santé (%)	
Inadéquat (score < 9)	9
Limité (score 9 à 12)	28
Suffisant (score 13 à 16)	58
Non renseigné	5
Personne(s) ayant réalisé le suivi de la grossesse (%)	
Sage-femme libérale	44
Sage-femme hospitalière	9
Gynécologue obstétricien	19
Médecin traitant	10
Plusieurs intervenants	18
Plusieurs personnes dont au moins une sage-femme	71
Déclenchement artificiel du travail (%)	28
Mode d'accouchement (%)	
Voie basse spontanée	72
Voie basse instrumentale	16
Césarienne	12
Vécu de l'accouchement (%)	
Globalement bon	69
Moyen	18
Globalement mauvais	13

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques de notre population aux données de l'enquête nationale périnatale de 2016

	Notre étude N = 100	Données nationales de 2016	p
Âge moyen, années (écart-type)	28,6 (±4)	30,3 (± 5,2)	
Âge ≥ 30 ans (%)	38	55,1	0,015
Primipares (%)	60	42,2	0,0098
Niveau d'étude (%)			0,14
Non scolarisée, primaire	1	1,6	
Collège, CAP, BEP	11	21,3	
Lycée	19	21,7	
Enseignement supérieur	69	55,4	
Personne(s) ayant réalisé le suivi de la grossesse (%)			4x10⁻¹⁵
Sage-femme libérale	44	8,5	
Sage-femme hospitalière	9	14,8	
Gynécologue	19	65,7	
Médecin traitant	10	6,5	
Plusieurs intervenants	18	2,2	
Déclenchement artificiel du travail (%)	28	22	0,33
Voie d'accouchement (%)			0,24
Voie basse spontanée	72	67,4	
Voie basse instrumentale	16	12,2	
Césarienne	12	20,4	

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques des participantes entre celles trouvant le diaporama vidéo acceptable et celles ne le trouvant pas acceptable

	Acceptable (N = 89)	Non acceptable (N = 11)	p
Âge moyen, années (écart-type)	28,5 (± 4)	29,4 (± 4,6)	0,5
Primipares, n (%)	50 (56)	10 (91)	0,046
Niveau d'étude enseignement supérieur, n (%)	60 (67)	9 (82)	0,49
Niveau de littératie en santé suffisant (score 13 à 16), n (%)	51 (57)	7 (64)	0,76
Suivi de la grossesse par une sage-femme, n (%)	64 (72)	7 (64)	0,73
Déclenchement artificiel du travail, n (%)	24 (27)	4 (36)	0,5
Accouchement voie basse spontanée, n (%)	66 (74)	6 (55)	0,28
Accouchement voie basse instrumentale, n (%)	14 (16)	2 (18)	1
Césarienne, n (%)	9 (10)	3 (27)	0,13
Bon vécu de l'accouchement, n (%)	62 (70)	7 (64)	0,34

Tableau 4 : Comparaison des caractéristiques des participantes entre celles trouvant le diaporama vidéo pertinent et celles ne le trouvant pas pertinent

	Pertinent (n = 43)	Non pertinent (n = 57)	p
Âge moyen, années (écart-type)	28,7 (± 3,8)	28,6 (± 4,3)	0,9
Primipares, n (%)	24 (56)	36 (63)	0,46
Niveau d'étude enseignement supérieur, n (%)	31 (72)	38 (67)	0,56
Niveau de littératie en santé suffisant (score 13 à 16), n (%)	20 (47)	38 (67)	0,043
Suivi de la grossesse par une sage-femme, n (%)	29 (67)	42 (74)	0,5
Déclenchement artificiel du travail, n (%)	14 (33)	14 (25)	0,38
Accouchement voie basse spontanée, n (%)	31 (72)	41 (72)	0,99
Accouchement voie basse instrumentale, n (%)	7 (16)	9 (16)	0,95
Césarienne, n (%)	5 (12)	7 (12)	0,92
Bon vécu de l'accouchement, n (%)	27 (63)	42 (74)	0,24

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Enquête Nationale Périnatale 2016. Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf (consulté le 05/03/2021).
- [2] CIANE. Enquête sur les accouchements 2012. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf> (consulté le 05/03/2021).
- [3] Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery* 2014;30:185–93.
- [4] McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *J Reprod Infant Psychol* 2015;33:219–37.
- [5] Brossard A. Interventions obstétricales dans une population à bas risque et conséquences materno-foetales. Thèse de Médecine. Université de Poitiers, Faculté de Médecine de Poitiers. 2013.
- [6] Collège National de Sages - Femmes de France. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. 2017. Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/> (consulté le 05/03/2021).
- [7] Petitprez K, Guillaume S, Hédon B, Sentilhes L. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens

Français (CNGOF) et du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF).
Recommandations de la Haute Autorité de Santé. Gynecol Obstet Fertil Senol.
2020;48:871-2.

- [8] Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée 2008. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail -
recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf) (consulté le 05/03/2021).
- [9] Riethmuller D, Martin A, Schaal J-P. Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotocographique et des autres moyens de surveillance du fœtus. Montpellier: Sauramps médical; 2015.
- [10] Pizzagalli F. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) – postures maternelles lors du second stade du travail, techniques de l'accouchement et protection périnéale. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2020;48:931-43.
- [11] O. Baud, G. Beucher, P. Diemunsch, O. Dupuis, O. Feraud, E. Meunier, et al. RPC CNGOF 2008 : Extractions instrumentales -Recommandations pour la pratique clinique. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008, 37:S297-300.
- [12] Marty N, Verspyck E. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46:948-67.

- [13] R. Frydman, B. Carbonne, C. d'Ercole, F. Goffinet, F. Golfier, M. Palot, et al. RPC CNGOF 2000 : Césarienne : conséquences et indications. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000, 29 (suppl. n°2): 9-108
- [14] Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf (consulté le 05/03/2021).
- [15] Santé publique France (SPF). La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. 2017. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique> (consulté le 05/03/2021).
- [16] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015;25:1053–8.
- [17] Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Broucke SV den, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. PLOS ONE 2018;13.
- [18] Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet 2015;131.
- [19] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées 2016. Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees (consulté le 05/03/2021).

- [20] Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manage* 2004;42:15–29.
- [21] Le Saos M. Information aux patientes sur les extractions instrumentales. Enquête de pratique et fiche d'information. Thèse de Médecine. Université de Nantes, Faculté de Médecine de Nantes. 2010.
- [22] Your pregnancy and baby guide - NHS.UK n.d. Disponible sur : <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/?tabname=labour-and-birth> (consulté le 05/03/2021).
- [23] Kızıllırmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res ANR* 2016;29:19–24.
- [24] Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295:1127–33.
- [25] Goetz M, Müller M, Matthies LM, Hansen J, Doster A, Szabo A, et al. Perceptions of Patient Engagement Applications During Pregnancy: A Qualitative Assessment of the Patient's Perspective. *JMIR MHealth UHealth* 2017;5:e7040.
- [26] HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé 2008. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009->

[10/elaboration document dinformation des patients - guide methodologique.pdf](#)

(consulté le 05/03/2021).

ANNEXES

Annexe 1 : Texte du diaporama vidéo

Chapitre 1 : Le travail et ses différentes phases

Le diagnostic de début de travail repose sur l'association de 2 phénomènes : des contractions utérines régulières (plus de 2 contractions par 10 minutes) qui s'accompagnent de modifications du col utérin qui va se raccourcir, s'assouplir et s'ouvrir.

Le travail commence par une phase de latence durant laquelle on observe une maturation lente du col. Celle-ci sera objectivée par des touchers vaginaux réalisés par la sage-femme seulement lors d'évènements particuliers (par exemple, en cas de rupture de la poche des eaux, d'augmentation de la douleur ou de la fréquence des contractions, ou d'autres circonstances plus rares). C'est la phase la plus longue du travail, qui dure en moyenne 8h mais peut durer 20h. Elle se prolonge jusqu'à une dilatation du col de 5cm.

Vient ensuite la **2^{ème} phase appelée la phase active**. Cette phase va d'une dilatation du col de 5 cm jusqu'à une dilatation de 10 cm, autrement dit une dilatation complète du col. Durant cette phase, il est réalisé une surveillance de la dilatation du col régulière par toucher vaginal au moins toutes les 2h.

Le 2^{ème} stade du travail correspond à la descente du bébé dans le bassin de la mère jusqu'à sa naissance. Il se divise lui aussi en 2 phases : la première correspondant à la descente du bébé et la seconde aux efforts de poussées permettant la naissance du bébé.

Chapitre 2 : Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités

Il existe plusieurs situations en fin de grossesse pouvant amener à réaliser un déclenchement artificiel du travail, comme par exemple la grossesse prolongée. Les différentes options de déclenchement possibles sont les suivantes :

La pose d'un ballonnet : il s'agit d'un petit ballonnet gonflable que l'on insère dans le col et qui reste en place pendant plusieurs heures. Pour cela, vous allez être installée comme pour un examen gynécologique. Cela n'est pas douloureux. L'objectif est de provoquer une sécrétion d'hormone naturelle qui provoque les contractions utérines.

La méthode médicamenteuse locale : il s'agit d'un médicament à base de prostaglandines qui est mis en place par voie vaginale. La méthode médicamenteuse locale, tout comme le ballonnet, permet à la femme de continuer à se mobiliser librement.

La rupture artificielle des membranes qui n'est réalisée qu'en salle de naissance.

La méthode par voie veineuse avec la perfusion d'Ocytocine qui est réalisée en salle de naissance. Elle a pour but de provoquer des contractions utérines

Les différentes méthodes peuvent être utilisées de manière successive en fonction de l'évolution. A chaque étape du déclenchement, le col est réexaminé pour décider des modalités de la suite du déclenchement. Ainsi un déclenchement artificiel du travail peut durer de quelques heures jusqu'à 2 jours.

Chapitre 3 : Prise en charge de la douleur

Tout au long du travail, les sages-femmes sont là pour vous accompagner et trouver des solutions pour apaiser votre douleur éventuelle. En fonction de l'importance de la douleur que vous ressentez, il existe plusieurs paliers de traitement pour vous soulager. Des comprimés dans un premier temps, puis si cela est insuffisant il existe des médicaments plus forts par perfusion. Bien entendu toutes ces méthodes employées pour vous soulager ne sont absolument pas dangereuses pour la santé de votre enfant.

En salle de travail, il est possible de mettre en place une analgésie péridurale. Cela consiste à enlever la sensation de douleur des contractions utérines en réalisant une injection dans le dos. Celle-ci peut être réalisée à votre demande, habituellement elle n'est pas réalisée

pendant la phase de latence. Si une analgésie péridurale est mise en place pour enlever la sensation de douleur des contractions utérines, il sera plus difficile de se mobiliser. De plus, vous pouvez avoir du mal à uriner toute seule. C'est pourquoi, il sera réalisé par la sage-femme un sondage urinaire régulier pour s'assurer de bien vider votre vessie.

Chapitre 4 : Les gestes courants en salle de travail

Le toucher vaginal est réalisé pour connaître la progression du travail. Durant tout le travail, la sage-femme va surveiller régulièrement la dilatation du col et la présentation du bébé (c'est-à-dire la façon dont il fléchit sa tête), en réalisant des touchers vaginaux.

Ensuite, la surveillance de la tension artérielle maternelle sera réalisée à l'aide d'un brassard à tension qui se gonfle régulièrement, ainsi que la mise en place d'un scope. Il s'agit de capteurs placés sur la poitrine de la maman pour surveiller son rythme cardiaque.

Enfin, il peut être réalisé la pose d'une perfusion qui sera là pour vous apporter eau et sucre pendant le travail, et si besoin des antidouleurs.

Chapitre 5 : La surveillance de bébé en salle de naissance

Pendant le travail, il est réalisé une surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines avec pose de deux capteurs sur le ventre de la maman. Le rythme cardiaque de votre bébé sera enregistré en continu durant la phase active du travail dans notre équipe pour toutes les femmes.

Il est possible de mettre en place une tocométrie interne. Il s'agit d'un capteur permettant d'observer les contractions utérines qui est placé dans l'utérus. La sage-femme l'installe pendant la réalisation d'un toucher vaginal.

Il est également possible dans certains cas de mettre en place un petit capteur au contact du bébé afin d'enregistrer parfaitement son rythme cardiaque.

Enfin, il est possible de réaliser un pH pour vérifier l'oxygénation de votre bébé. Cela consiste à faire une petite piqûre au niveau du cuir chevelu du bébé pour récupérer une goutte de sang.

Chapitre 6 : Les positions pendant le travail

Si le travail progresse correctement, vous serez libre de choisir la position qui vous convient et même de varier les positions. Parmi les différentes positions possibles, les plus fréquemment utilisées sont : 4 pattes, couché sur le côté gauche, rosa...

Vous pourrez choisir votre position sous réserve de la mise en place préalable d'une anesthésie péridurale qui diminuerait votre mobilité.

De plus, en fonction du déroulement du travail le médecin et/ou la sage-femme peuvent être amené à vous demander de privilégier telle ou telle position.

Chapitre 7 : L'accouchement spontané et instrumental

Une fois que la sage-femme estime que la tête de votre bébé est assez descendue dans votre bassin, elle va vous installer pour l'accouchement. En général, l'accouchement se fait en position gynécologique, vous êtes allongée sur le dos avec les pieds dans les étrières. Mais il existe d'autres positions possibles pour faire un accouchement en fonction de vos envies et de la situation. C'est une bonne chose si vous pouvez être accompagnée. A ce moment, la sage-femme est là pour vous guider et vous accompagner pendant les efforts expulsifs pour protéger au mieux votre périnée.

Si besoin, c'est-à-dire s'il faut accélérer la naissance, il peut être utile de vous aider. Pour cela, il existe plusieurs instruments : les ventouses qui sont posées au sommet du crâne du bébé, les spatules et les forceps qui ont la forme de deux cuillères et sont appliquées de part et d'autre de la tête du bébé.

Chapitre 8 : Les déchirures périnéales

Voici un schéma de ce qu'on appelle le périnée. Le périnée correspond à la zone superficielle entre les os du bassin. Sur ce schéma, il est représenté un bassin vu de dessous. Le périnée est composé de :

- En avant et de haut en bas : le clitoris, le méat urinaire, c'est-à-dire de là où sortent les urines et le vagin
- En arrière l'anus
- Le tout est entouré de nombreux muscles

Les déchirures périnéales concernent un accouchement sur deux. Elles impliquent au minimum une déchirure du vagin et/ou de la peau du périnée. Elles peuvent également impliquer une déchirure de certains muscles du périnée. C'est pour cette raison que le médecin ou la sage-femme examine toujours le périnée juste après la naissance. Si une suture est nécessaire, une anesthésie sera toujours effectuée avant pour soulager la douleur.

Chapitre 9 : L'épisiotomie

L'épisiotomie est une incision qui peut être réalisée au moment de la naissance. Elle consiste à couper le périnée postérieur à l'aide de ciseaux (on coupe la peau, la muqueuse vaginale, le tissu sous cutané et le muscle) pour agrandir l'espace afin d'aider à la naissance du bébé. En fonction des caractéristiques de l'accouchement, et notamment en cas de risque de déchirure importante, le médecin peut avoir besoin de réaliser une épisiotomie. Mais il est impossible de prévoir avant l'accouchement si elle sera nécessaire ou pas. Son utilisation est un peu plus fréquente en cas d'accouchement instrumental (le taux est < 5% au total dans notre établissement).

Chapitre 10 : La césarienne en cours de travail

La césarienne est une intervention chirurgicale qui est pratiquée au bloc opératoire. Elle permet une naissance rapide de votre enfant en cas de situation urgente ou quand l'accouchement voie basse est impossible.

Une fois la décision de césarienne prise, il faudra changer de salle et passer au bloc opératoire. Dans l'immense majorité des cas, la césarienne peut être faite sous anesthésie locorégionale (par exemple l'anesthésie péridurale), cela permet à la maman de suivre l'accouchement et de voir son enfant juste à la naissance. Dans de rares cas une anesthésie générale est nécessaire.

Quand cela est possible, votre conjoint pourra être avec vous.

Vous êtes alors installée en position allongée au bloc opératoire, et il est mis en place une sonde urinaire. Il s'agit d'un petit tuyau que l'on met dans la vessie. Cela n'est pas douloureux. On réalise dans un premier temps une désinfection rigoureuse de tout le ventre, avant de recouvrir la future maman de champs stériles (votre ventre est alors caché derrière de grands « draps » stériles et vous ne voyez plus que l'équipe d'anesthésie).

La naissance du bébé a lieu seulement quelques minutes après l'ouverture de la peau et c'est la fermeture qui prend plus de temps. Votre bébé vous est présenté, permettant un premier contact, puis il sera emmené par la sage-femme vers une pièce plus chaude dans l'attente de vous retrouver. Ensuite la maman est séparée du bébé pendant 2h pour être surveillée en salle de réveil.

Chapitre 11 : La délivrance

La délivrance correspond au moment où le placenta est expulsé. Elle doit avoir lieu dans les 30min après la naissance. Cela permet de réduire le risque d'hémorragie du post partum, c'est-à-dire de saignement qui a lieu dans les minutes voire heures suivant la naissance.

Si le placenta ne se délivre pas, il sera nécessaire d'effectuer ce que l'on appelle une « délivrance artificielle » qui consiste à aller décrocher le placenta avec la main. Le médecin va mettre sa main dans votre utérus afin de décoller le placenta. Ce geste est bien sûr réalisé une fois la maman bien soulagée de manière à ne pas ressentir la douleur, et il est sans difficulté après le passage de la tête du bébé.

Après l'accouchement on surveille attentivement les pertes sanguines. En cas de saignement, on réalise ce que l'on appelle une « révision utérine » qui consiste à aller vérifier que l'utérus est bien vide.

Annexe 2 : Questionnaire

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ ans

Quel est votre niveau d'étude ? Non scolarisée Primaire Collège (6^{ème} à 3^{ème}), CAP, BEP
 Lycée (général et technologique) Enseignement supérieur (>bac)

Combien avez-vous d'enfants ? _____

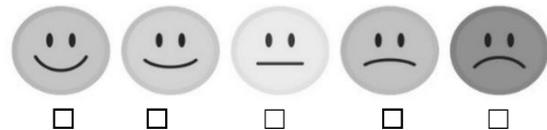
Qui a réalisé le suivi de votre grossesse ? Sage-femme en libéral Sage-femme à l'hôpital
 Gynécologue Médecin traitant

Avez-vous eu un déclenchement artificiel du travail ? Oui Non

Comment s'est déroulé votre accouchement ?

Voie basse sans instrument Voie basse avec instrument (ventouse/forceps) Césarienne

Comment évaluez-vous le vécu de votre accouchement ?



1/ L'information présentée dans ce chapitre répondait-elle à vos attentes ?

	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Chapitre 1 : « le travail et ses différentes phases »					
Chapitre 2 : « Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités »					
Chapitre 3 : « Prise en charge de la douleur »					
Chapitre 4 : « Les gestes courants en salle de travail »					
Chapitre 5 : « Surveillance du bébé pendant le travail »					
Chapitre 6 : « Les positions pendant le travail »					
Chapitre 7 : « L'accouchement spontané et instrumental »					
Chapitre 8 : « Les déchirures périnéales »					
Chapitre 9 : « L'épisiotomie »					
Chapitre 10 : « La césarienne en cours de travail »					
Chapitre 11 : « La délivrance »					

2/ Avez-vous des questions qui restent sans réponse concernant ce sujet ?

	Oui	Non
Chapitre 1 : « le travail et ses différentes phases »		
Chapitre 2 : « Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités »		
Chapitre 3 : « Prise en charge de la douleur »		
Chapitre 4 : « Les gestes courants en salle de travail »		
Chapitre 5 : « Surveillance du bébé pendant le travail »		
Chapitre 6 : « Les positions pendant le travail »		
Chapitre 7 : « L'accouchement spontané et instrumental »		
Chapitre 8 : « Les déchirures périnéales »		
Chapitre 9 : « L'épisiotomie »		
Chapitre 10 : « La césarienne en cours de travail »		
Chapitre 11 : « La délivrance »		

3/ Vous jugez les informations délivrées dans ce chapitre :

	Insuffisantes	Suffisantes	Trop détaillées
Chapitre 1 : « <i>le travail et ses différentes phases</i> »			
Chapitre 2 : « <i>Le déclenchement artificiel du travail et ses modalités</i> »			
Chapitre 3 : « <i>Prise en charge de la douleur</i> »			
Chapitre 4 : « <i>Les gestes courants en salle de travail</i> »			
Chapitre 5 : « <i>Surveillance du bébé pendant le travail</i> »			
Chapitre 6 : « <i>Les positions pendant le travail</i> »			
Chapitre 7 : « <i>L'accouchement spontané et instrumental</i> »			
Chapitre 8 : « <i>Les déchirures périnéales</i> »			
Chapitre 9 : « <i>L'épisiotomie</i> »			
Chapitre 10 : « <i>La césarienne en cours de travail</i> »			
Chapitre 11 : « <i>La délivrance</i> »			

4/ Que manque-t-il ou que faut-il retirer selon vous ?

5/ D'une manière générale :

	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai apprécié la façon dont a été construit ce diaporama vidéo (illustrations, écriture, commentaires oraux) :					
Je suis prête à conseiller cette vidéo à d'autres femmes enceintes (amies, collègues, famille...) :					
Je trouve que ce diaporama vidéo aurait pu améliorer le vécu de mon accouchement :					

Commentaires éventuels

Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

	très facile	facile	difficile	très difficile
... trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... savoir où obtenir l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... comprendre ce que vous dit votre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... suivre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques comme le stress ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... comprendre les mises en garde concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercices ou boire trop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

	très facile	facile	difficile	très difficile
... comprendre l'intérêt des dépistages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... savoir comment vous préserver des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre bien être psychologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fin du questionnaire.

RESUME

Introduction

L'objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité et la pertinence d'un dispositif vidéo d'information de la femme enceinte à bas risque obstétrical sur les interventions possibles au cours de l'accouchement. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer son exhaustivité, sa compréhension et sa clarté.

Matériel et méthodes

Etude descriptive observationnelle menée en 2020 au sein d'une maternité de type 3, regroupant 100 femmes en post partum ayant eu une grossesse à bas risque. Un diaporama vidéo composé de 11 chapitres a été créé sur les bases des dernières recommandations françaises. Les participantes répondaient à un questionnaire durant leur séjour à la maternité après avoir visionné le diaporama vidéo. Nous avons défini le seuil d'acceptabilité et de pertinence par au moins 70% de réponses en accord avec la proposition.

Résultats

Le diaporama vidéo a été jugé acceptable par 89 % des femmes mais pertinent par seulement 43% des femmes. Le diaporama vidéo a été jugé clair (93%), exhaustif (89%) et compréhensif (85%) par la majorité des participantes. Les participantes étaient principalement des primipares (60%) ayant eu un suivi de grossesse par une sage-femme (53%). Les femmes jugeant le diaporama vidéo non acceptables comptaient significativement plus de primipares que celles le trouvant acceptables (91% vs 56%). Un niveau de littératie en santé suffisant était retrouvé préférentiellement chez les femmes jugeant le diaporama vidéo non pertinent (47% vs 67%).

Conclusion

Ce dispositif d'information a été jugé acceptable par la majorité des participantes permettant d'envisager une plus large diffusion en prénatal afin d'évaluer son impact sur le vécu de l'accouchement.

Mots clés : information en santé des consommateurs, grossesse à bas risque, complications du travail obstétrical, études d'évaluation comme sujet, éducation prénatale



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME

Introduction

L'objectif principal était d'évaluer l'acceptabilité et la pertinence d'un dispositif vidéo d'information de la femme enceinte à bas risque obstétrical sur les interventions possibles au cours de l'accouchement. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer son exhaustivité, sa compréhension et sa clarté.

Matériel et méthodes

Etude descriptive observationnelle menée en 2020 au sein d'une maternité de type 3, regroupant 100 femmes en post partum ayant eu une grossesse à bas risque. Un diaporama vidéo composé de 11 chapitres a été créé sur les bases des dernières recommandations françaises. Les participantes répondaient à un questionnaire durant leur séjour à la maternité après avoir visionné le diaporama vidéo. Nous avons défini le seuil d'acceptabilité et de pertinence par au moins 70% de réponses en accord avec la proposition.

Résultats

Le diaporama vidéo a été jugé acceptable par 89 % des femmes mais pertinent par seulement 43% des femmes. Le diaporama vidéo a été jugé clair (93%), exhaustif (89%) et compréhensif (85%) par la majorité des participantes. Les participantes étaient principalement des primipares (60%) ayant eu un suivi de grossesse par une sage-femme (53%). Les femmes jugeant le diaporama vidéo non acceptables comptaient significativement plus de primipares que celles le trouvant acceptables (91% vs 56%). Un niveau de littératie en santé suffisant était retrouvé préférentiellement chez les femmes jugeant le diaporama vidéo non pertinent (47% vs 67%).

Conclusion

Ce dispositif d'information a été jugé acceptable par la majorité des participantes permettant d'envisager une plus large diffusion en prénatal afin d'évaluer son impact sur le vécu de l'accouchement.

Mots clés : information en santé des consommateurs, grossesse à bas risque, complications du travail obstétrical, études d'évaluation comme sujet, éducation prénatale