

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Julie CAREL

Le 29 Novembre 2022

EVALUATION D'UN OUTIL VIDEO A DESTINATION DES FEMMES ENCEINTEES LORS DU DIAGNOSTIC INITIAL DU DIABÈTE GESTATIONNEL

Directeur de thèse : Dr Béatrice GUYARD - BOILEAU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC	Assesseur
Madame le Docteur Laetitia GIMENEZ	Assesseur
Madame le Docteur Magali COUSTOLS – VALAT	Assesseur
Madame le Docteur Béatrice GUYARD – BOILEAU	Assesseur

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOLIE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUALI Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICCOEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Fidèle	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVALD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BÜJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLNIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURFA-RIVIERE Alexandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYDUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAÏDI Menique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLÉS Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-SOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Jánick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Mère-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GRILLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URÉ-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. GAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOLIARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARK Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENALDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
P.U. Médecine générale	Professeur Associé de Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	M. ABITTEBOUL Yves
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	M. BOYER Pierre
	M. CHICOLLAU Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Moloko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène
	Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maternité et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie-Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOJX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Saïbouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karina	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marjelle

Remerciements

Au Président du jury, Professeur Pierre MESTHE: je vous remercie pour vos enseignements et votre partage d'expérience lors des cours dispensés à la faculté. Je tiens à vous remercier particulièrement de me faire l'honneur de présider ce jury.

Aux membres du jury, Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, Madame la Docteur Laetitia GIMENEZ, Madame la Docteur Magali COUSTOLS-VALAT: je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail et de participer à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à cette thèse.

A ma directrice de thèse, Docteur Béatrice GUYARD-BOILEAU: je vous remercie infiniment pour votre patience, votre bienveillance et votre disponibilité. Je ne vous remercierai jamais assez d'être venue me solliciter lors d'une après-midi de grande affluence aux urgences gynécologiques de la maternité Paule de Viguier, et d'avoir su susciter ma curiosité pour ce projet qui était originellement vôtre et vous tenait à cœur.

Merci pour votre aide tout au long de ce travail de thèse et pour vos conseils avisés lors de l'élaboration de celle-ci.

Remerciements personnels

Merci à Romain, Ro, mon grand amour, ma moitié, mon confident, mon ami, mon futur mari, et enfin je peux le dire, très prochainement papa de notre fille.

Merci pour tout, pour ton soutien sans faille, ta présence à toute heure du jour ou de la nuit, en service 7J/7 et 24H/24.

Merci de me supporter, dans mes coups d'éclats comme dans mes moments de grande naïveté. Merci pour ta patience, ta douceur et ta bienveillance.

Pas mal de choses se sont écoulées depuis cet été 2015 où nous avons "officialisé", pendant lequel j'étais plus occupée à te séduire qu'à bosser mon rattrapage d'immuno. Tu as été mon repère, mon phare dans la nuit de l'externat et des ECN. Je n'oublierai jamais que tu as été prêt à tout quitter pour me suivre on ne savait encore où dans la France (occasion de réviser les grandes villes métropolitaines), et même si nos cœurs ont rattrapé nos têtes et nous ont ancrés à Toulouse, jamais je n'oublierai ce don de toi que tu as été prêt à faire.

Merci d'avoir respecté mes choix, même s'ils pouvaient parfois sembler hasardeux (cf les urgences à Figeac), de m'avoir fait confiance et laissé mon autonomie. Merci d'avoir su garder ton sang-froid lors de mes scénarii-catastrophe de changement de semestre, et lors de mes accès de découragement sur la longue route de l'internat. Merci de m'avoir (toujours ?) écoutée lors du récit intégral de mes journées de stage, patient par patient... et d'avoir feint de t'en rappeler par la suite.

Même si ce jour de soutenance est un moment symboliquement important et vient couronner dix années de labeur et d'apprentissage, tu m'as appris bien plus que l'ensemble de ce cursus médical. Ce que tu m'as enseigné est bien plus important, et pas seulement de manière symbolique.

Il serait impudique (et bien trop long, 61 pages déjà, quand même!) de te remercier plus amplement concernant les autres pans de notre vie commune, mais tu sais déjà tout...

Merci de me permettre de faire partie de ta vie, merci d'être toi,

Je t'aime.

Merci à mes sœurs:

A toi Laure, pour tes massages “gratuits” du Vendredi soir et téléchargements illégaux de musiques les week-ends de P1. Merci pour nos deux ans de colocation rue Courte, qui, même s’ils étaient synonymes de prépa pour toi, resteront toujours un moment privilégié de nos vies étudiantes de mon côté. Merci pour ta capacité à me faire réciter mes fiches sans y rien comprendre, pour le don occasionnel de ton corps afin que je puisse m’entraîner à examiner les patients (en dépit de tes rires incoercibles), et pour la préchauffe des tartes chèvre épinards Picard. Merci aussi pour ta disponibilité à toute épreuve (et pour les formations express aux subtilités du PowerPoint !), pour ton absence de jugement et ta tolérance.

A toi Clémence, pour tes planches d’anatomie plus précises que le Netter, tes plannings sur plusieurs mois pour pouvoir chaque soir raturer un jour restant, le sacrifice de tes phalanges un jour de Mai 2014 où tu as croisé les doigts toute une journée durant, et pour ta disponibilité pour me faire réciter l’embryogénèse (cf gouttière neurale). Merci pour ta sagesse et ta puérilité, les deux à la fois, qui font que tu es toi.

A vous deux, merci pour nos enfances et adolescences communes, et j’espère pour les (nombreuses) années d’adultes qui nous attendent.

Merci pour les fous rires et les confidences jusqu’à pas d’heure dans ma chambre, pourvu qu’ils durent pour toujours.

Merci à mes parents: après pas mal de tergiversations (“A quoi ça sert de travailler, puisque Papi et Mamie ne le font pas?”, “Je ferai critique de films que j’aime”,...), j’ai bien compris qu’à défaut d’être le vôtre, c’était bien de mon rêve secret qu’il s’agissait, concernant médecine.

Merci pour votre confiance, vos sacrifices, les nuits de concours à dormir par terre au Caducée, les aller-retours Albi Toulouse le Dimanche soir avec la veilleuse à l’arrière, les tupperwares, les heures passées à me faire réciter et les coups de flip allant avec (qui aurait cru que j’en serais là aujourd’hui, le soir du fameux tissu conjonctif?).

Merci de m’avoir montré dès le plus jeune âge ce qu’étaient les qualités non mesurables d’un médecin, à savoir l’humanité et l’empathie : ces choses-là ne s’apprennent pas à la faculté, mais bien lors des dîners familiaux quotidiens.

Merci Maman pour les feuilles de brouillon avec des photos de dermato gores, elles ne sont étrangères ni à mes malaises vagues récurrents en stage ni à mon éternel engouement pour la description des lésions élémentaires. Merci pour ta force de caractère et ta détermination sans faille, qui m’ont permis de croire en la possibilité d’installation en libéral en tant que femme, et en la conciliation entre vie professionnelle et personnelle. Merci d’avoir sacrifié un moment ta carrière pour nous, j’espère que nos réussites respectives te convaincront que ça en valait la chandelle.

Merci Papa pour le partage de connaissances et les journées de stage officielles. Merci pour ton exigence, envers nous mais aussi envers toi-même : c’est en te voyant exercer avec dévouement et conviction que j’ai réellement compris qu’il s’agissait là de bien plus qu’un métier. Merci pour les anecdotes hospitalières : même si elles n’ont pas permis de me faire adhérer à l’esprit d’équipe, elles m’ont plus d’une fois aidée à tenir lors des moments de doute. Merci pour l’inspiration : c’est certainement en voyant le respect dans les yeux de tes patients et leur admiration qu’est réellement née ce qui n’était à la base pas une vocation.

Après avoir voulu être pédopsychiatre, puis gastroentérologue, puis gynéco, c’est vers la médecine générale que je me suis tournée... peut-être pour être tout ça à la fois, mais aussi pour continuer à faire un peu de neuro et de dermato !

Merci d’être les parents que vous êtes : merci de nous avoir donné les armes pour être capables de mener à bien nos projets et de nous avoir élevées sur des bases suffisamment solides pour pouvoir voler de nos propres ailes aujourd’hui. Même si j’ai passé pas mal de temps à critiquer votre manière de faire, je ne suis plus tout à fait certaine de faire mieux... faire aussi bien, ce sera déjà pas mal !

Merci à mes grands-parents paternels, qui, même s’ils ne sont pas là aujourd’hui pour voir ce travail, ont toujours eu à cœur de nous choyer et de nous offrir une enfance privilégiée. Papi, je sais quelle exception ton ascension

sociale a été pour ta fratrie et ton village de Graulhet ; je sais que si je suis maintenant médecin, c'est en partie à toi que je le dois. J'espère que tu serais aussi fier aujourd'hui que lorsqu'on te tendait nos bulletins trimestriels étant petites.

Merci à Nathalie et Guillaume, pour votre présence, pour la famille que nous formons. Merci aussi à Christophe, que votre petite tribu se porte bien à Montberon dans votre nouvelle maison retapée!

Merci à Jean-Marie: il ne se passe pas une semaine dans ma pratique sans que je ne repense à l'un ou l'autre des tes mantras ("Méfie-toi des mamans inquiètes: elles ne le sont jamais pour rien", ou "Prends garde aux patients qui reviennent"). J'ai toujours tes Mondor, que je ne me suis jamais résolue à te rendre. Ils sont sur ma console...

Merci à mes beaux-parents, Christophe et Karine, qui m'ont accueillie chez eux come leur fille. Merci pour votre confiance, merci d'avoir élevé votre fils dans l'amour et d'avoir permis qu'il soit l'homme qu'il est aujourd'hui.

Merci à Andrée, ma Mémé d'adoption, que je porte très affectueusement dans mon cœur depuis notre rencontre. Même si je sais que vous n'écoutez rien des conseils d'ordre médical que je vous donne, je vous sais gré d'au moins me consulter... Même si vous ne retenez que ce qui vous arrange ensuite, vous participez à me donner confiance en moi !

Merci aux Albigeois, aux amis de toujours: Ines (enfin on y est, tu figures dans les remerciements de ma thèse... qu'en penserait Marques aujourd'hui ? Merci pour tout, ta présence de tous les instants, années après années, pour ton amitié depuis 13 ans... je crois qu'on est parties pour ne plus se quitter jusqu'à l'EHPAD !), Bast (merci pour les fous rires, je suis et resterai ton meilleur public), Boul (merci pour ton écoute et l'oreille attentive que tu es, pour ta fidélité... et ton humour toujours très fin -ton schéma d'un pancréas phallique à gland rouge restera l'un de mes plus grands fous rires d'amphi-), Flo (mon petit cerveau qui sait dédramatiser toutes les situations, défaire les nœuds de toutes les problématiques, garde la tête bien sur les épaules en toutes circonstances... et fait les plus belles chorés quelle que soit l'heure de la nuit), Arthur (on est loin du fameux jour du bris de chicha... qui aurait cru que tu aurais ta place sur ce bout de papier aujourd'hui ? Je te la dois, ne serait-ce que pour tes « bricolages thésouillards du dimanche » !), Ilyes (que de chemin parcouru depuis Salvan... tu sais déjà pas mal de choses, en particulier quelle place privilégiée tu occupes dans mon cœur), Antho et Louise, Hugo et Binco, et bien sûr Nico.

Merci aux amis de médecine: Chloé (qu'auraient été mes journées BU sans ton teint porcelaine, tes mini sachets de bonbons quotidiens, tes horaires -presque- inflexibles pour déjeuner, et les retours en Clio? Merci pour ton amitié qui perdure encore aujourd'hui, et pour les débriefs sur à peu près tous les sujets imaginables) et ton cher FP, Martin (je ne regrette qu'une chose : vous avoir rencontrés si tard, toi et ton humour noir, au cours de notre parcours étudiantin... je compte sur les années à venir pour rattraper le temps perdu!), Paulo (présent depuis les premiers allers-retours Albi-Toulouse en P1 sans que l'on se connaisse ni l'un ni l'autre vraiment, depuis les révisions communes dans ta salle à manger,...), Baque (depuis ce fameux jour sur l'estrade des Maraîchers, où tu es venu m'accoster, pensant avoir rencard...), Maudinette (merci pour les débriefs, les débriefs... et les débriefs !), Bourin (combien de verres de vin/cocktails avons-nous sirotés depuis que l'on se connaît ?), Pierre, Debby (qui l'eût cru, dans l'amphi de PACES?!) et ceux venus plus tard, Charlène, Jerem, Aurélie, Ambre, jamais je n'oublierai ces moments que je vous dois.

Table des matières

Tableau des personnels HU Mars 2022	1
Remerciements	5
Remerciements personnels	6
Plan	11
I. DEFINITIONS	13
1. Le Diabète Gestationnel	13
2. La littératie en santé	13
II. DONNEES, ETAT DES CONNAISSANCES	15
1. Pertinence du sujet	15
2. La question de l'adhésion au projet thérapeutique	15
3. L'approche des patientes via des vidéos	15
III. QUESTION	17
1. Objectif principal de l'étude : un outil vidéo permet-il aux femmes enceintes confrontées à ce diagnostic de mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel et mieux en vivre l'annonce ?	17
2. Objectifs secondaires :	
- a. quel est le degré de littératie en santé des femmes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel dans notre population ?	17
- b. le degré de littératie de ces femmes a-t-il une influence sur leurs réponses concernant les vidéos ?	17
IV. METHODE	18
1. Type d'étude et population	18
2. Matériel	18
- a. Le choix de l'outil vidéo	18
- b. Outils d'évaluation: les questionnaires	19
3. Déroulement de l'étude	19
- a. Concertation avec l'équipe multidisciplinaire de diabétologie de Paule de Viguier : élaboration du protocole de diffusion des questionnaires et de récupération des réponses	19
- b. Envoi d'un lien internet avec deux films à visionner	19
- c. Envoi d'un lien internet avec deux questionnaires : un sur les films, et un plus général avec des questions de littératie en santé	19
- d. Relance téléphonique des patientes n'ayant pas répondu aux questionnaires	20

4. Analyse statistique	20
V. RESULTATS	21
1. Analyse descriptive du questionnaire relatif aux deux vidéos	21
2. Analyse descriptive du questionnaire de littératie en santé	28
- a. Transmission de l'information par des brochures	29
- b. Comment appréhender un diagnostic ou un traitement	31
- c. Résultats globaux du niveau de littératie en santé	35
3. Corrélation entre niveau de littératie et niveau de réponse concernant les films	36
- a. Hypothèses	36
- b. Calculs	36
VI. DISCUSSION	50
1. Forces et faiblesses de l'étude	50
2. Objectif principal de l'étude	50
- a. Rappels des résultats	50
- b. Discussion	51
3. Objectifs secondaires de l'étude	51
- a. Rappels des résultats	51
- b. Discussion	51
VII. CONCLUSION	53
VIII. BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	57

EVALUATION D'UN OUTIL VIDEO A DESTINATION DES FEMMES ENCEINTES LORS DU DIAGNOSTIC INITIAL DU DIABÈTE GESTATIONNEL

I. DEFINITIONS

1. Le Diabète Gestationnel.
2. La littératie en santé.

II. DONNEES, ETAT DES CONNAISSANCES

1. Pertinence du sujet.
2. La question de l'adhésion au projet thérapeutique.
3. L'approche des patientes via des vidéos.

III. QUESTION :

1. Objectif principal de l'étude :
un outil vidéo permet-il aux femmes enceintes confrontées à ce diagnostic de mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel et mieux en vivre l'annonce ?
2. Objectifs secondaires :

- a. quel est le degré de littératie en santé des femmes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel dans notre population ?
- b. le degré de littératie de ces femmes a-t-il une influence sur leurs réponses concernant les vidéos ?

IV. METHODE :

1. Type d'étude et population.
2. Matériel :

- a. Le choix de l'outil vidéo.
- b. Outils d'évaluation: les questionnaires.

3. Déroulement de l'étude :

- a. Concertation avec l'équipe multidisciplinaire de diabétologie de Paule de Viguier : élaboration du protocole de diffusion des questionnaires et de récupération des réponses.
- b. Envoi d'un lien internet avec deux films à visionner.
- c. Envoi d'un lien internet avec deux questionnaires : un sur les films, et un plus général avec des questions de littératie en santé.
- d. Relance téléphonique des patientes n'ayant pas répondu aux questionnaires

4. Analyse statistique.

V. RESULTATS :

1. Analyse descriptive du questionnaire relatif aux deux vidéos.
2. Analyse descriptive du questionnaire de littératie en santé.

- a. Transmission de l'information par des brochures.
- b. Comment appréhender un diagnostic ou un traitement.
- c. Résultats globaux du niveau de littératie en santé.

3. Corrélation entre niveau de littératie et niveau de réponse concernant les films

- a. Hypothèses.
- b. Calculs.

VI. DISCUSSION :

1. Forces et faiblesses de l'étude.

2. Objectif principal de l'étude :

- a. Rappels des résultats.
- b. Discussion.

3. Objectifs secondaires de l'étude :

- a. Rappels des résultats.
- b. Discussion.

VII. CONCLUSION.

VIII. BIBLIOGRAPHIE.

I. DEFINITIONS :

1. Le Diabète Gestationnel :

Diabète Gestationnel : trouble de la tolérance du glucose, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quelle que soit son évolution après celle-ci. Il comprend les diabètes préalables à la grossesse mais méconnus (diabète non insulino dépendant, de type II), et les troubles glycémiques transitoires dus à l'augmentation de l'insulinorésistance de la femme enceinte en 2ième moitié de grossesse.

Dans l'idéal, toute parturiente présentant au moins un facteur de risque de diabète gestationnel (voir encadré ci-contre) doit bénéficier pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse d'une GLYCEMIE A JEUN (-GAJ- dont le seuil est porté à 0.92 g/L) . Chez les patientes passées entre les mailles du filet et non diagnostiquées au préalable, le dépistage du diabète gestationnel se fait par une HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale), entre 24-28 SA (fenêtre au cours de laquelle la tolérance au glucose se détériore particulièrement).(1)

L'HGPO consiste en l'absorption, en laboratoire, d'une solution de 75g de glucose, puis en la mesure de la glycémie au moment de l'ingestion, 1h et 2h après. Une seule valeur pathologique suffit pour retenir le diagnostic de diabète gestationnel.(1)

- Age maternel > **35 ans**
- IMC >**25**
- ATCD de diabète chez les apparentés au **1^{er} degré**
- ATCD **personnel** de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome.

T0 >= **0.92 g/L**
T1 >= **1.80 g/L**
T2 >= **1.53 g/L**

2. La Littératie en santé :

- **Littératie** : (anglicisme) aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne.(2)
- **Littératie en santé** : la littératie en santé représente « la capacité à accéder à l'information, à la comprendre, à l'évaluer et à la communiquer ; ceci afin de promouvoir, maintenir et améliorer la santé dans divers milieux et tout au long de la vie ». A cet égard, le concept de littératie en santé constitue une opportunité pour aborder la question des inégalités sociales de santé tant du point de vue des usagers que du point de vue des professionnels de santé.
L'étude de la littératie en santé permet de mettre en évidence le fait que nous ne sommes pas égaux dans notre capacité à agir face à un système de santé complexe. Renforcer la littératie en santé constitue un levier en faveur de l'émancipation du patient. La littératie en santé devient alors un levier de réforme du système de santé visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement et de la sécurité des usagers et des patients. (3)
- **Histoire de la Littératie en santé** : en 1974, Scott K. Simonds est le premier à parler de littératie en santé lors d'une conférence américaine portant sur l'éducation en santé. Il propose alors de définir des niveaux de littératie concernant la santé pour des élèves du primaire.
Dans les années 1990, ce concept refait surface dans le domaine de l'éducation aux États-Unis. À cette époque, les recherches sur l'impact de la littératie en santé sur l'état de santé se multiplient.
En 1998, la littératie en santé est inscrite dans le glossaire de promotion de la santé de l'OMS (Glossaire de promotion de la santé, Genève, OMS, 1999, p.11.). Le terme n'apparaît cependant pas dans la version francophone du document, qui traduit les termes « health literacy » par «compétences en matière de santé». (4)
L'année suivante, l'Association américaine de médecine crée un comité sur la littératie en santé. Rapidement, ce concept jouit d'une grande popularité outre-Atlantique et tend même à s'internationaliser. L'engouement ne cesse alors de croître via des articles, des colloques, des rencontres, des enquêtes, des plans d'action... La littérature scientifique qui s'y consacre est en croissance exponentielle. (3)

Progressivement, la littératie en santé tend même à devenir une préoccupation des politiques. En Europe, par exemple, une action prioritaire au sein de la Stratégie de la Commission européenne a été mise en place entre 2008 et 2013. (4)

La littératie en santé est reconnue désormais comme un élément déterminant de la santé publique.

- **Comment la mesurer et l'évaluer ?** Il existe différents moyens pour mesurer la littératie en santé d'un individu ou d'un pays: échelles et grilles d'évaluation, protocoles d'études... Ceux-ci varient selon la définition accordée. (5)

A titre d'exemple, dans le cadre d'une étude européenne sur la littératie en santé de 2012, des chercheurs ont construit un indicateur pour mesurer celle-ci à l'aide de 47 questions permettant d'évaluer la difficulté perçue de certaines tâches (4 niveaux de réponse possibles : très facile, facile, difficile, très difficile).

4 niveaux de littératie en santé ont été définis au décours : inadéquat, problématique, suffisant ou excellent, les deux premiers niveaux correspondant à un niveau de littératie en santé limité. (4)

II. DONNEES, ETAT DES CONNAISSANCES :

1. Pertinence du sujet :

Notre travail de recherche est pertinent du fait des nombreuses conséquences que peut avoir le diabète gestationnel tant pour la femme enceinte que pour son futur bébé, et ce, pendant la grossesse mais également après l'accouchement, voire des années après.

Les conséquences pendant la grossesse sont nombreuses, avec pour la maman : HTA gravidique, prééclampsie et augmentation du risque de césarienne (6). Pour le fœtus, on retrouve essentiellement une augmentation du risque de macrosomie, et de dystocie des épaules. (6) (7) (8)

Après la grossesse, on parle pour la maman de risque de diabète de type 2 ultérieur, surpoids et obésité (9) (10) (11), tandis que pour le bébé, ce sont les hypoglycémies à la naissance, mais surtout surpoids, obésité, et trouble du métabolisme glucidique ultérieurs (12) (13) (14) qui sont préoccupants.

2. La question de l'adhésion thérapeutique :

De nombreuses études mettent en exergue qu'il existe un cruel **manque d'adhésion** au projet thérapeutique lors du diagnostic de diabète gestationnel (10). Il est suggéré que l'un des premiers leviers sur lesquels une action peut potentiellement être mise en place est la coordination entre médecine de ville et hôpital, médecins généralistes et spécialistes. (15) (16)

Plusieurs pistes sont évoquées pour tenter d'expliquer le manque d'adhérence au projet thérapeutique. Parmi elles sont individualisés quatre grands axes thématiques :

- **Déni** de la maladie : il existe autant de façons de vivre une grossesse que de femmes. Les neuf mois de gestation peuvent être vécus comme un moment de grande douceur (le terme de « bulle de bien-être » étant récurrent dans les récits des patientes), ou a contrario, correspondre à une période de projection anxieuse et de succession de « petits » maux de la grossesse. Dans le dernier cas, le diabète gestationnel, s'il survient, est indolore et invisible. Il devient alors très négligeable au regard des autres plaintes des femmes enceintes, bien plus tangibles... mais nettement moins dangereuses.
- **Méconnaissance** de la maladie : le diabète est socialement perçu comme étant une « maladie de gros », stigmatisante, survenant soit très tôt dans l'enfance (diabète de type 1), soit beaucoup plus tard pour ce qui est du diabète de type 2. La femme enceinte ne correspondant à aucune des catégories, il existe une grande méconnaissance du diabète gestationnel et de ses particularités.
- **Peur** : de multiples craintes ont été identifiées dans les études préexistantes au travail actuel. Parmi elles, revenaient de façon itérative celle de l'autosurveillance glycémique (complexité des chiffres glycémiques, nécessité de réaliser plusieurs surveillances par jour, nouvelle dimension jusqu'alors inconnue de la surveillance pluriquotidienne d'un paramètre abstrait,...), ainsi que celle de l'insuline (appréhension de la douleur de la piqûre, peur de grossir, etc)...

De nombreux travaux en sciences humaines établissent les conditions d'une alliance thérapeutique réussie : la patiente se sent concernée par le propos qui lui est énoncé, est intéressée par le contenu qui lui est proposé, et comprend le discours qui lui est tenu.

3. L'approche des patientes via des vidéos

De nombreuses études récentes se sont intéressées aux différents moyens de favoriser l'implication et l'auto-soin des patients.

De manière générale, les documents écrits avec des termes simples et les brochures sont basés sur le fait que le potentiel lecteur est capable de comprendre et d'appréhender le contenu... ce qui n'est pas le cas notamment des

patientes étrangères ou encore illettrées (l'illettrisme concerne encore à ce jour **7 %** de la population adulte en France). (17)

Devant un public de plus en plus éclectique, il semblerait que l'information écrite ne puisse pas être utilisée par tous et qu'une information à visionner serait potentiellement bénéfique. L'outil vidéo en tant que moyen pédagogique a déjà été validé dans plusieurs études comme étant une méthode efficace, ludique et facile d'utilisation dans divers domaines médicaux (18) (19) (20). Un travail de recherche américaine récent a par ailleurs démontré, dans une étude randomisée, que les patientes ayant regardé une vidéo éducative sur le déclenchement comprenaient mieux l'intérêt de celui-ci, et étaient plus satisfaites que celles n'ayant pas bénéficié d'une information par ce vecteur... ce qui montre que le sujet est d'actualité et se développe de plus en plus.(21)

Notre hypothèse est que l'information sur le diabète gestationnel basée sur des vidéos explicatives peut être un bon moyen **d'informer** les patientes, **d'améliorer leur satisfaction**, notamment celles qui ont des difficultés avec la langue française ou une faible littératie en santé, et à terme, de **favoriser leur adhérence** au projet thérapeutique.

Il est par ailleurs connu que le **niveau de littératie en santé** diffère entre les patientes et peut potentiellement influencer leur observance thérapeutique. C'est pourquoi nous nous proposons d'évaluer, en objectif secondaire de l'étude, le niveau de littératie en santé des patientes, et l'influence que celui-ci a sur l'apport des outils-vidéos.

III. QUESTION :

Question de recherche : Un outil vidéo aide-t-il les femmes enceintes confrontées au diabète gestationnel ?

1. Objectif principal de l'étude :

un outil vidéo permet-il aux femmes enceintes confrontées à ce diagnostic de mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel et mieux en vivre l'annonce ?

2. Objectifs secondaires :

- a. quel est le **degré de littératie en santé** des femmes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel dans notre population ?
- b. le degré de littératie de ces femmes a-t-il **une influence** sur leurs réponses concernant les vidéos ?

IV. METHODE :

1. Type d'étude et population :

- Notre travail correspondait à une étude observationnelle et descriptive, prospective, monocentrique réalisée dans le secteur de diabétologie de la maternité Paule de Viguier du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse.
- Critères d'inclusion : toutes les femmes **majeures** enceintes venant d'être diagnostiquées comme présentant un **diabète gestationnel** (suite à une GAJ du premier trimestre ou au décours d'une HGPO entre 24 et 28SA). Ces femmes étaient convoquées à une consultation dédiée à l'hôpital Paule de Viguier. Cette consultation était appelée « Consultation d'annonce », et était l'occasion de réaliser une annonce diagnostique. Elle avait lieu en visioconférence (du fait du contexte sanitaire dû à la pandémie COVID 19), tous les jeudis, avec 15 jours de délai en moyenne après réception des résultats biologiques. Les patientes incluses dans l'étude étaient toutes les femmes majeures atteintes de diabète gestationnel dont le suivi était effectué à la **maternité Paule de Viguier** au CHU de Purpan à Toulouse, et bénéficiant de la **consultation d'annonce collective le jeudi**, sur une période de 2 à 3 mois (permettant le recrutement d'environ 150 patientes).
- Critères d'exclusion : étaient exclues de l'étude les femmes **mineures**, celles ayant un diabète antérieur à la grossesse ainsi que celles qui étaient convoquées dans un **autre circuit** que la « consultation d'annonce » (interprétariat nécessaire avec mauvaise compréhension de la langue française, autres maladies associées...).
- Recrutement : les patientes étaient incluses dans l'étude du **04/01/2022 au 23/04/2022**, permettant le recrutement de **148** femmes au total. **146** avaient par la suite répondu au questionnaire portant sur les vidéos, **91** à celui concernant la littératie en santé (soit un taux de participation de **62%** au deuxième questionnaire). L'approbation du Comité de Protection des Personnes avait été donnée pour cette étude.

2. Matériel :

- a. Le choix de l'outil vidéo : (Annexe 1)

Deux courtes vidéos portant sur le diabète gestationnel avaient été réalisées en amont, en vue d'être proposées aux patientes suivies par le service de diabétologie de la maternité Paule de Viguier. Ces vidéos de 2 minutes chacune étaient respectivement intitulées : « Le diabète de la grossesse, ép. 1 : c'est quoi ? » et « Le diabète de la grossesse ; ép.2 : quoi faire ? ».

Elles sont disponibles à tout public sur la chaîne YouTube « Tuto'Tour de la Grossesse » et sur le site de « Tuto'Tour » depuis novembre 2020. La chaîne en elle-même a été créée en 2018 par le Dr GUYARD-BOILEAU et son équipe, et comporte plusieurs vidéos réalisées de façon professionnelle, toutes en rapport avec des sujets concernant l'autosoin des femmes enceintes. La majorité de ces vidéos, dont celles choisies pour cette étude, se présente sous la forme de scénettes filmées comportant des Playmobils dialoguant entre eux de leurs problèmes et de leurs expériences, ceci dans le but de permettre une meilleure appropriation des informations, ainsi qu'une meilleure personnification par les patientes. Dans le cas des vidéos sélectionnées pour notre étude, donc, le diabète gestationnel est expliqué de façon générale à l'aide de questions-réponses entre une patiente et le professionnel de santé qui effectue le suivi de sa grossesse. L'audio de la vidéo est en français, et des sous-titres en français ainsi qu'en un grand nombre de langues sont disponibles si besoin. Cette vidéo a été cocrée avec un groupe de 150 usagers, qui l'ont aussi visionnée et évaluée avant utilisation par tous. Ci-après, l'adresse du lien pour visionner ces deux vidéos : www.tutotour.net

Ces vidéos constituent une **première approche** de la maladie par les femmes, dans une démarche de **partage de connaissance** accessible au plus grand nombre.

- b. Outils d'évaluation : les questionnaires :

Le premier questionnaire portait sur l'évaluation de la satisfaction des patientes quant à l'apport de ces vidéos explicatives et comportait 18 questions au total (Annexe 2). Il s'agissait majoritairement de questions à choix multiples ou avec échelle de likert à 5 points, ainsi que quelques questions à réponses ouvertes. Nous avons créé ce questionnaire spécifiquement pour cette étude devant l'absence d'exemples concrets et/ou validés dans la

littérature dans ce domaine. Après avoir visionné les deux vidéos, les patientes donnaient leur avis sur le contenu des films puis sur le diabète gestationnel en général, et leur suivi obstétrical propre.

Echelle de likert ou likert scale : les résultats étaient présentés dans la majorité des cas à l'aide d'une échelle de likert. Celle utilisée dans notre étude était une échelle à 5 points afin de ne pas laisser la possibilité aux patientes d'une réponse neutre (on parle d'échelle « à choix forcé »). La signification de l'échelle était précisée en fonction de chaque question. Lors de l'interprétation des résultats, les réponses étaient classées en 2 catégories de façon binaire. Par exemple, à la question « Ces vidéos vous-ont-elles intéressée ? » était proposée une échelle de likert à 5 points avec les réponses suivantes:

1. Pas du tout d'accord
2. Plutôt pas d'accord
3. Plutôt d'accord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord.

Lors de l'analyse des résultats, étaient considérées comme intéressées les personnes qui avaient coché les réponses 4 ou 5 et comme non intéressées celles qui avaient coché les réponses 1,2 ou 3. Les questionnaires sont disponibles en français, en anglais et en espagnol (traducteurs bénévoles).

Le second questionnaire était un questionnaire de littératie en santé comportant 14 questions avec une échelle de Likert à 5 points (Annexe 3). Il est basé sur la version française validée par **REFLIS** -Réseau Francophone de Littératie en Français-) du FCCHL (Functional, Communicative and Critical Health Literacy), anciennement appelé HLS14 (14 items Health Literacy Scale). (22)

3. Déroulement de l'étude :

- a. Concertation avec l'équipe multidisciplinaire de diabétologie de Paule de Viguier : élaboration du protocole de diffusion des questionnaires et de récupération des réponses.

Nous avons privilégié l'approche multidisciplinaire en nous concertant avec l'ensemble de l'équipe de diabétologie de la maternité de Paule de Viguier (diabétologues, gynécologues, sage-femmes, nutritionnistes, infirmières,...). L'intelligence collective a ainsi permis d'élaborer le plan de diffusion des questionnaires de la manière la plus optimale possible : le partage d'expérience a particulièrement été bénéfique dans l'évaluation de la faisabilité de l'étude auprès des patientes, notamment grâce au personnel familiarisé avec l'animation des ateliers éducatifs.

- b. Envoi du lien avec les deux vidéos à visionner :

Dans le laps de temps séparant la découverte du diabète gestationnel et la consultation d'annonce, le personnel soignant de l'équipe de diabétologie envoyait systématiquement un mail à chaque patiente, comportant les deux vidéos de vulgarisation concernant le diabète gestationnel à visionner. Ci-après, le lien en pièce jointe du mail redirigeant vers les deux films, en amont des questionnaires.

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYXZTEQ6nuL92QOaRAmLD42NsAhuJJ0H3NewdEfHwhyEm1Q/viewform>

- c. Envoi du lien avec les deux questionnaires: un sur les vidéos, et un plus général avec des questions de littératie en santé.

Dans le même mail envoyé aux patientes, nous proposons deux courts questionnaires au format Google Form auxquels répondre après le visionnage des films :

- un questionnaire en lien direct avec les vidéos visionnées (type « enquête de satisfaction »). Ci-après, le lien redirigeant vers ce questionnaire. (Annexe 2).

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYXZTEQ6nuL92QOaRAmLD42NsAhuJJ0H3NewdEfHwhyEm1Q/viewform>

- un questionnaire plus général, évaluant le niveau de littératie des patientes. Les réponses aux deux questionnaires

étaient **ANONYMISEES**.

Ci-après, le lien redirigeant vers le deuxième questionnaire. (Annexe 4).

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdLpAx9BJt5KDczJHSeSe83NNxTafj18JnYpPx8M7J4YXRA3A/viewform>

- d. Relance téléphonique des patientes n'ayant pas répondu aux questionnaires :

Nous avons envisagé que certaines patientes **ne répondent pas** aux différents questionnaires dans l'intervalle entre la réception des résultats biologiques et la consultation d'annonce.

48h avant la consultation d'annonce du Jeudi, un membre de l'équipe de Paule de Viguier était chargé de téléphoner aux patientes pour leur rappeler leur rendez-vous pour la consultation d'annonce, et s'assurer de leur volonté de l'honorer.

A cette occasion, ledit membre de l'équipe demandait aux patientes si elles avaient bien pris le temps de visionner les vidéos puis de répondre aux deux questionnaires (déclaratif). En cas de **réponse négative** (déclarative), il était demandé à la patiente l'autorisation de la rappeler ultérieurement.

Le membre en charge de l'appel établissait au décours des appels successifs une liste des patientes ayant accepté la proposition. L'interne en médecine en charge du projet était ensuite missionnée de rappeler les patientes de la liste pour **comprendre les raisons de leur absence de réponse** aux questionnaires (incompréhension de ce qui est demandé ? Absence d'attrait pour les vidéos ?/ absence de moyens de visionner les vidéos ?/autres difficultés ?).

Elle était également chargée de tenter de **remplir le questionnaire de littératie par téléphone** avec les différentes patientes. Il existait donc pour un court moment une **levée de l'anonymat**, mais les réponses étaient immédiatement anonymisées **au décours** de l'entretien téléphonique.

4. Analyse statistique :

Pour l'analyse des résultats concernant la littératie en santé, nous avons fait appel au Docteur Federico Ezequiel Migliorelli Falcone, gynécologue obstétricien diplômé d'un master en "Méthodologie de la recherche, design et statistique en sciences de la santé".

Un test exact de Fisher a été utilisé pour répondre à l'hypothèse énoncée (corrélation entre niveau de littératie et niveau de réponse concernant les films).

Les taux de satisfaction des 18 questions posées pour chaque vidéo ont été croisés avec le calcul du niveau de littératie en santé pour chaque patiente.

Pour rappel, $p = 0,05$.

V. RESULTATS :

Finalement, 148 patientes ont été diagnostiquées porteuses de diabète gestationnel pendant la période de l'étude. Sur ces 148 patientes, 146 ont répondu au questionnaire de satisfaction et 91 au questionnaire de littératie (cf. FIGURE 1), ce qui équivaut à des taux de participation respectifs de 98,6% et 61,4%.

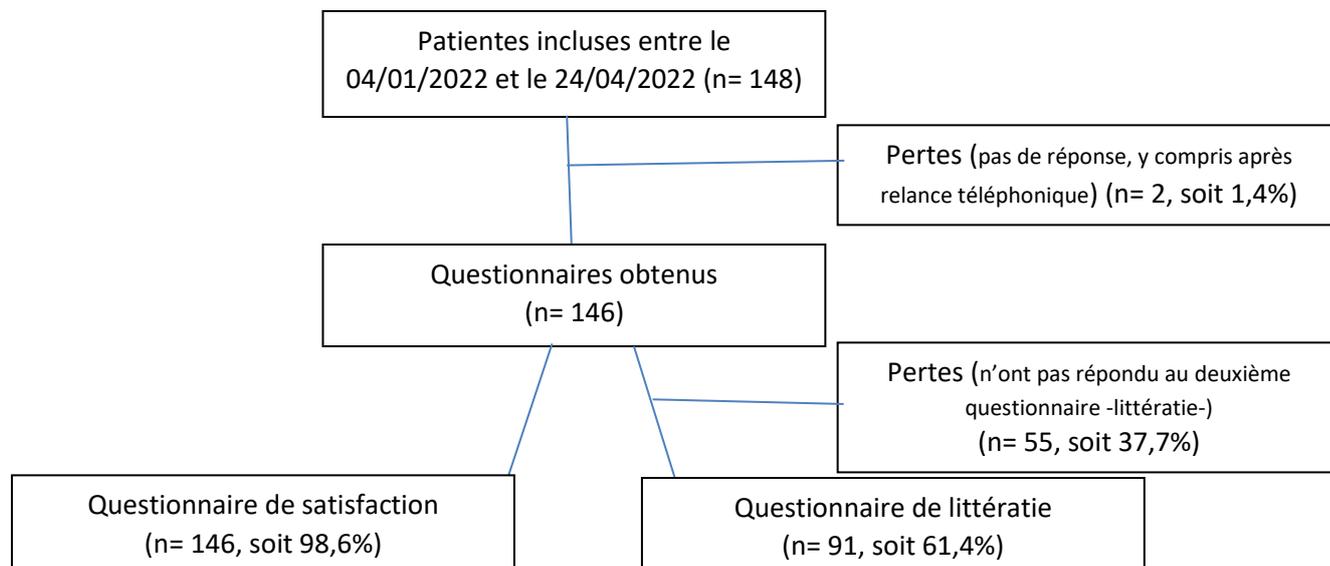


FIGURE 1. Diagramme de flux

1. Analyse descriptive du questionnaire relatif aux deux vidéos :

Pour plus de lisibilité, les résultats au questionnaire ont été répertoriés dans quatre sous parties: **Satisfaction**, **Apport des vidéos**, **Vécu de l'annonce du Diabète Gestationnel**, et **Partage des Vidéos**.

- **Satisfaction**

La totalité des patientes ayant répondu au questionnaire de satisfaction avaient visionné les deux vidéos, et l'immense majorité (98,6%) d'entre elles en entier.

La plus grande partie ne ressentait le besoin de les visionner qu'une seule fois (93,2%), et la plupart les regardait seule (81,5%).

Avez- vous visionné les deux vidéos?

 Copier

146 réponses



- Oui, les deux
- Non, une seule
- Non, aucune

Si vous avez visionné les vidéos (une seule ou les deux), les avez vous regardées en entier?

 Copier

146 réponses

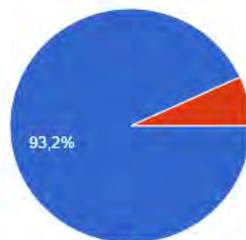


- Oui, en entier
- Non, en partie

Si vous avez visionné les vidéos (une seule ou les deux), les avez-vous regardées une ou plusieurs fois?

 Copier

146 réponses

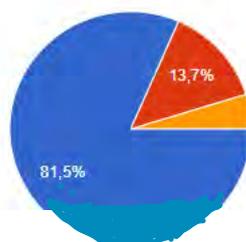


- Une seule fois
- Plusieurs fois

Si vous avez visionné les vidéos, les avez-vous regardées seule ou accompagnée (famille, conjoint, ami-e-....)?

 Copier

146 réponses



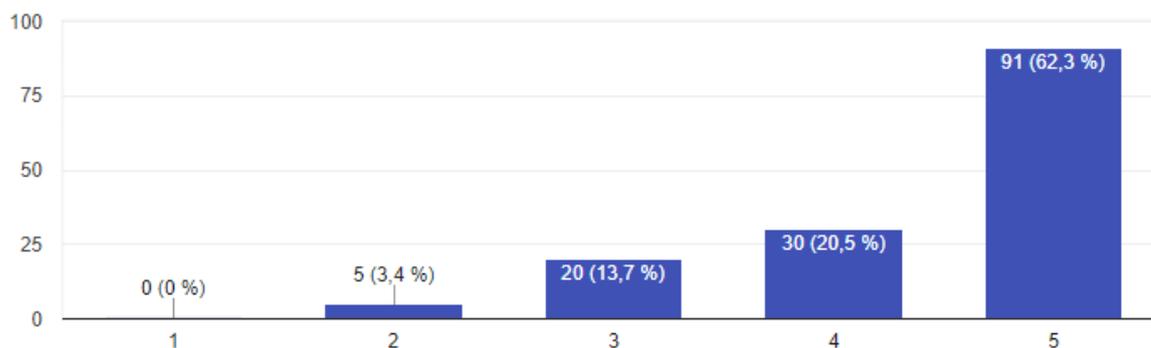
- Seule
- Accompagnée
- Les deux

Comme le permet de le démontrer l'échelle ci-après, la grande majorité des patientes se situait sur un score de 4 ou 5 sur l'échelle de likert, et montrait un intérêt important pour les vidéos proposées (82,8% des réponses).

Ces vidéos vous ont-elles intéressée?

 Copier

146 réponses



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

- **Apport des vidéos**

95,9% des femmes interrogées avaient déjà entendu le terme de « diabète gestationnel », la plupart du temps par le biais de leurs études médicales (25,7%) et à parts égales (20,7%) soit par un membre de leur famille, soit par le corps médical, au cours de leur suivi de grossesse antérieur au diagnostic.

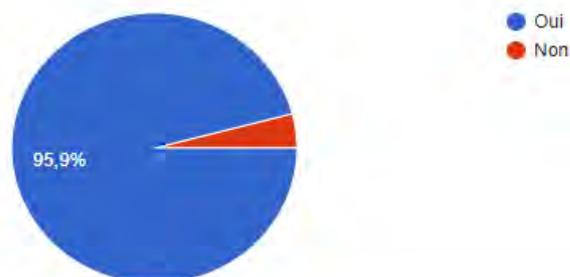
Il est intéressant de noter que 18,6% des patientes déclaraient être infirmières et avoir eu connaissance de la maladie par l'intermédiaire de leur profession, tandis qu'une autre part, non négligeable (9,3%), se renseignait par leurs propres moyens.

Cependant, parmi les patientes ayant par le passé entendu parler de diabète gestationnel, 65,3% déclaraient avoir obtenu des informations supplémentaires dans les deux vidéos proposées.

Aviez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant de visionner ces vidéos?

[Copier](#)

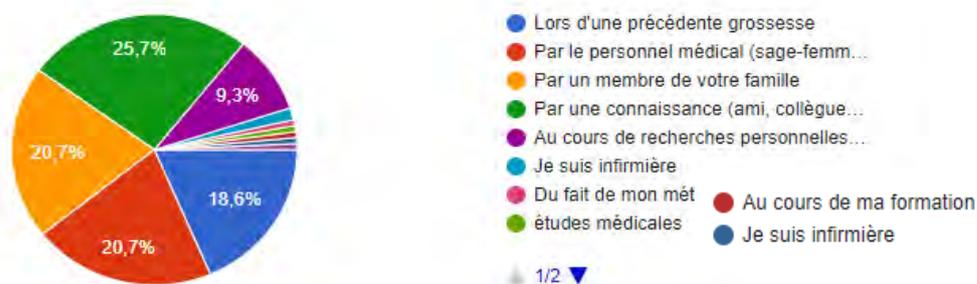
146 réponses



Si oui, par quel biais?

[Copier](#)

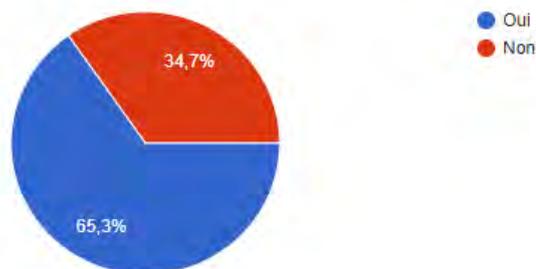
140 réponses



Si vous avez répondu oui à la question "Aviez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant de visionner ces vidéos?": ces vidéos vous ont-elles apporté des informations supplémentaires, par rapport à ce que vous saviez déjà?

[Copier](#)

144 réponses



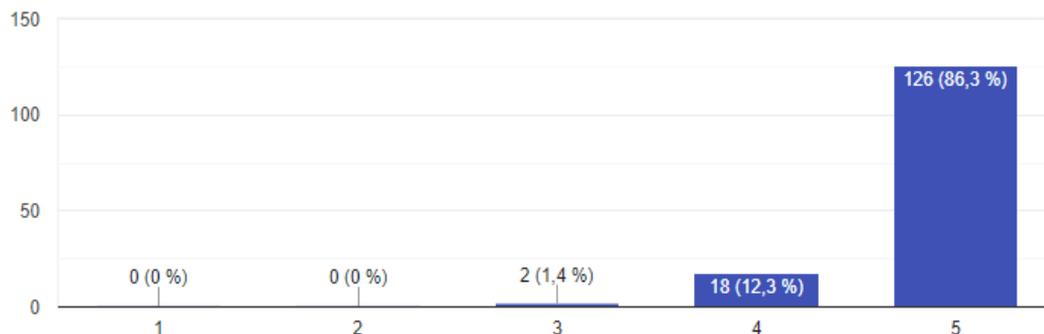
Par ailleurs, 98,6% des patientes jugeaient les deux vidéos claires et intelligibles.

80,8% d'entre elles déclaraient mieux comprendre ce qu'était le diabète gestationnel (définition médicale) après visionnage des films et 82,8% quelles en étaient les conséquences.

Avez-vous trouvé que ces vidéos étaient

 Copier

146 réponses

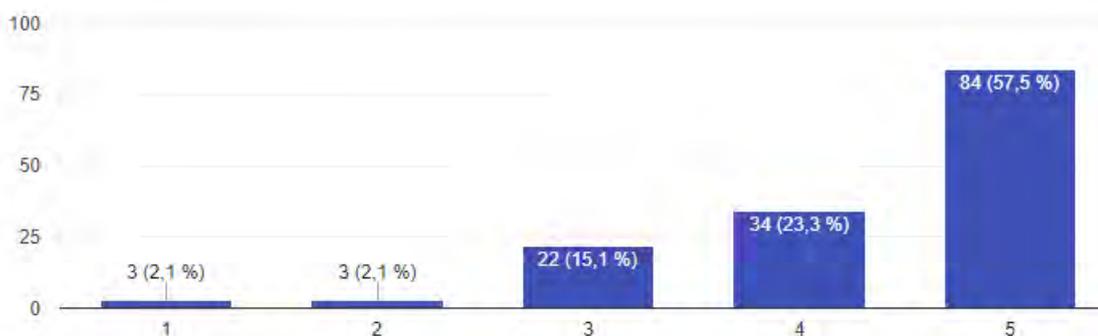


1. Incompréhensibles 2. Plutôt difficilement compréhensibles 3. Neutres 4. Plutôt claires 5. Claires

Pensez vous mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel après le visionnage de ces deux vidéos (définition médicale)?

 Copier

146 réponses

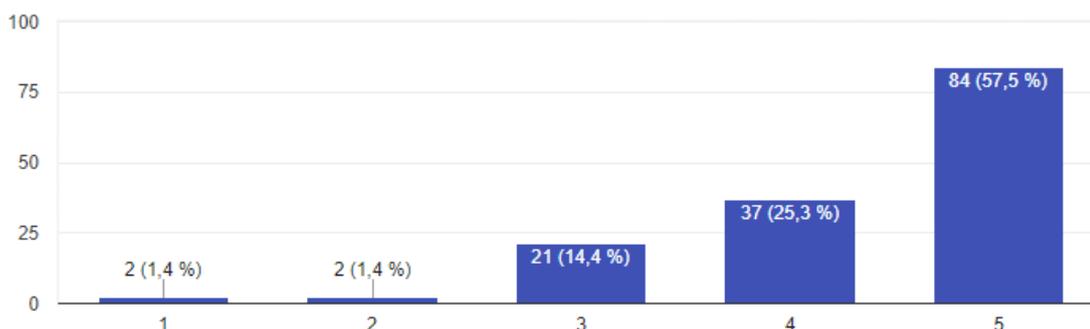


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Pensez vous mieux connaître les enjeux et conséquences du diabète gestationnel?

 Copier

146 réponses



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

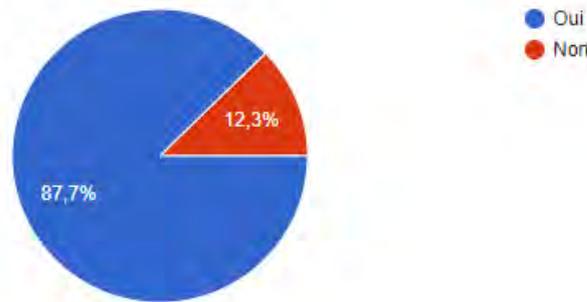
● Vécu de l'annonce du diabète gestationnel

La majorité des patientes (87,7%) se disait plus confiante en attendant la consultation d' « annonce » du diabète grâce aux deux vidéos, et de façon plus générale, plus à l'aise avec la maladie en elle-même (67,8%) pour le visionnage seul des vidéos -sans consultation dédiée avec l'équipe médicale-.

Pensez-vous que ces vidéos vont vous aider à vous sentir en confiance en attendant la réunion médicale d'annonce du diabète?

 Copier

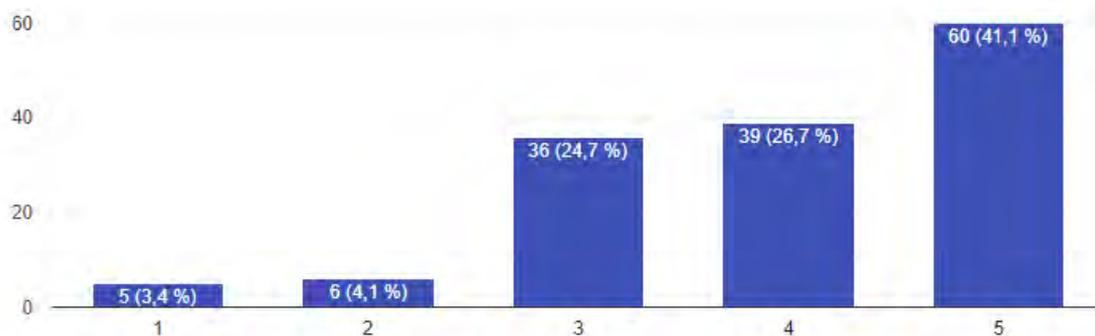
146 réponses



Pensez-vous que ces vidéos vont vous être utiles pour vous sentir en confiance vis-à-vis du diabète gestationnel?

 Copier

146 réponses

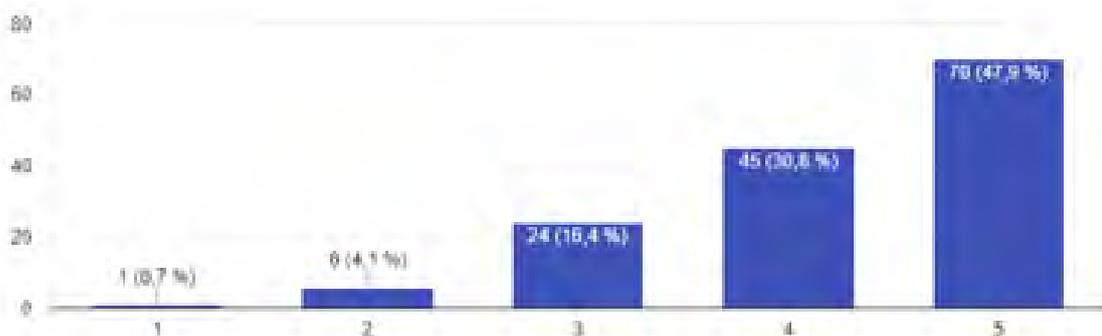


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Diriez-vous que les informations délivrées par les vidéos sont:

 Copier

146 réponses



1. Insuffisantes 2. Plutôt pas suffisantes 3. Neutres 4. Suffisantes 5. Tout à fait suffisantes

La plus grande partie (78,7%) des femmes interrogées estimait que les vidéos délivraient suffisamment d'informations en attendant la consultation d'annonce à la maternité Paule de Viguer.

Pour les 21,3% restants, les patientes étaient demandeuses d'informations concernant les modalités pratiques (surveillance glycémique, rééquilibrage alimentaire), de suivi du diabète gestationnel et leur futur médical (quel devenir et suivi en post partum).

Si vous avez répondu que les informations délivrées étaient insuffisantes, qu'aimeriez-vous savoir en plus ?

Comment se passe la prise de glycémie avec le lecteur, quel est le suivi qui va être fait (combien de rendez-vous jusqu'à l'accouchement),...
Conseils concernant l'alimentation
Quels sont les risques de rester diabétique après l'accouchement ?
Le diabète peut-il disparaître pendant la grossesse ?
Que peut-on manger en attendant le rendez-vous « d'annonce » ?
Les risques sont-ils les mêmes pour les femmes ayant un « plus faible » diabète gestationnel ?
Obtenir, en attendant le premier rendez-vous, une aide pour l'équilibrage alimentaire (quantités à chaque repas, nombre d'heures minimum entre les repas, quelles collations sont autorisées,...), et des explications concernant les raisons du dysfonctionnement du pancréas pendant la grossesse.
De quoi mon alimentation journalière va-t-elle être composée?
Quels sont les mécanisme(s) du diabète gestationnel ?
Connaître un régime alimentaire plus précis ?
Quel est le délai entre le dépistage et le rdv/ordonnance pour le lecteur de glycémie ?
Plus de recommandations en attendant le premier rendez-vous ?
Est-ce dangereux pour la femme enceinte de ne pas être vigilante concernant son alimentation durant la grossesse?
Rien ne vaut un entretien avec un spécialiste...

L'immense majorité (87%) des patientes estimait que les informations étaient délivrées au parfait moment de la prise en charge de leur grossesse.

Il est à noter que 11% d'entre elles considéraient au contraire que cette notion entrait trop tardivement en jeu, et auraient préféré y être sensibilisées dès le début de la grossesse.

Selon vous, ces informations apparaissent:

145 réponses

 Copier



Si vous avez répondu « trop tôt » ou « trop tard » à la question précédente, quel aurait été, selon vous, le moment optimal pour visionner les vidéos ?

Dès le début de la grossesse : faire de la prévention, informer que 10% des femmes sont atteintes du diabète gestationnel, et que l'on peut agir avant même le dépistage en prenant de bonnes habitudes.
Dès les résultats
Dans les premiers mois de grossesse, avec un rendez-vous systématique avec un nutritionniste, afin de réaliser de la prévention, agir avant que le diabète gestationnel ne soit installé.
Jamais
Les médecins auraient du m'en parler avant.
Au moment où un taux élevé de sucre a été détecté dans mes urines.
Juste avant le rendez-vous
Dès les résultats de la prise de sang avec mesure de la glycémie.
Dès la première fois où le taux de sucre a été détecté trop élevé.
En début de grossesse.
Trop tard car je savais déjà, avant le test HGPO, que j'avais du diabète gestationnel.

Dès le premier diagnostic de diabète gestationnel, soit lors de ma première grossesse.
Avant que le diagnostic de diabète gestationnel soit posé.

- **Partage des vidéos**

90,4% des patientes interrogées recommandaient le visionnage des vidéos à d'autres femmes concernées par le diabète gestationnel.



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

2. Analyse descriptive du questionnaire de littératie en santé :

A ce questionnaire avaient répondu 91 participantes.

Pour rappel, ce questionnaire est basé sur la version française validée par **REFLIS** du **FCCHL** (Functional, Communicative and Critical Health Literacy) et porte sur deux aspects de la littératie en santé : **la transmission de l'information** par des notices ou brochures (5 questions/items) d'une part et les éléments autour du **diagnostic et des traitements** qui en découlent d'autre part (9 questions/items). Les réponses sont toutes présentées sous la forme d'une échelle de likert avec les réponses possibles suivantes:

1. Pas du tout d'accord ;
2. Pas d'accord ;
3. Plutôt pas d'accord ;
4. D'accord ;
5. Tout à fait d'accord.

L'échelle FCCHL est composée de 5 items pour décrire la **littératie fonctionnelle** (accéder à l'information), 5 items pour la **littératie interactive** (extraire, comprendre et communiquer), et 4 items pour la **littératie critique** (analyser et utiliser l'information). (23)

Pour chaque sous échelle du FCCHL (« bloc » d'items, correspondant aux différents aspects de la littératie - fonctionnelle, interactive et critique-), les réponses peuvent donc varier de 1 à 5, selon l'échelle de likert.

Un score pour chaque bloc est ensuite calculé à partir des réponses obtenues : une cotation de 1 à 5 est attribuée en suivant le modèle d'évaluation ci-après (retrouvé à la fin de l'Annexe 3 également).

Functional dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL1.	5	4	3	2	1
HL2.	5	4	3	2	1
HL3.	5	4	3	2	1
HL4.	5	4	3	2	1
HL5.	5	4	3	2	1

Communicative dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL6.	1	2	3	4	5
HL7.	1	2	3	4	5
HL8.	1	2	3	4	5
HL9.	1	2	3	4	5
HL10.	1	2	3	4	5

Critical dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL11.	1	2	3	4	5
HL12.	1	2	3	4	5
HL13.	1	2	3	4	5
HL14.	1	2	3	4	5

Par exemple : une patiente ayant répondu 1. (Pas du tout d'accord) à la première question (« Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, il y a des mots que je ne connais pas ») obtient un score de 5 : elle a donc un niveau de littératie élevé.

Une patiente répondant 1. (Pas du tout d'accord) à la première question du deuxième bloc/sous-échelle (6^{ème} question que FCCHL) (« Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, je rassemble plusieurs sources d'information ») obtient un score de 1 : elle a donc un niveau de littératie faible.

Un score global est ensuite calculé à partir des scores des 3 sous échelles (bloc d'items), en faisant la somme des scores obtenus à chaque item divisé par le nombre d'items.

Un score global inférieur ou égal à 4 correspond à un faible niveau de littératie. (24)

- a. Transmission de l'information par des notices ou des brochures :

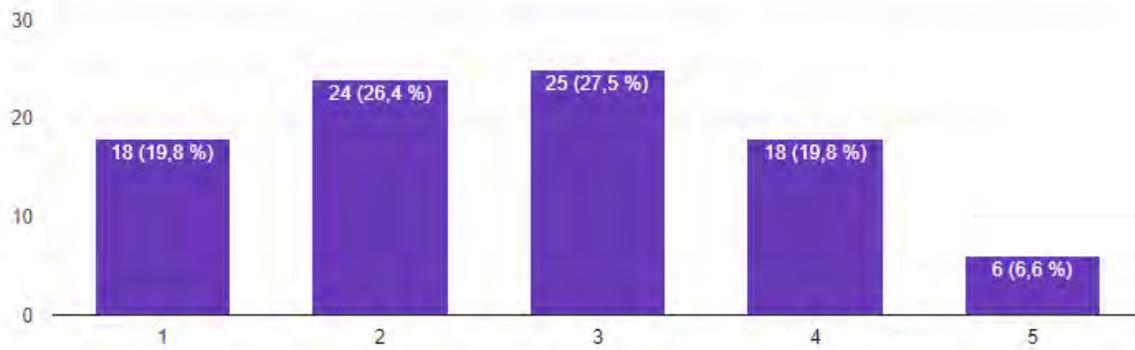
Nous nous intéressons donc ici à la dimension **fonctionnelle** de la littératie (comment accéder à l'information).

Plus des trois-quarts (80,3%) des patientes décrivait des difficultés avec les mots de façon générale mais un tiers seulement (34,1%) mentionnait des difficultés avec des caractères trop petits, ou le contenu.

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, il y a des mots que je ne connais pas:



91 réponses

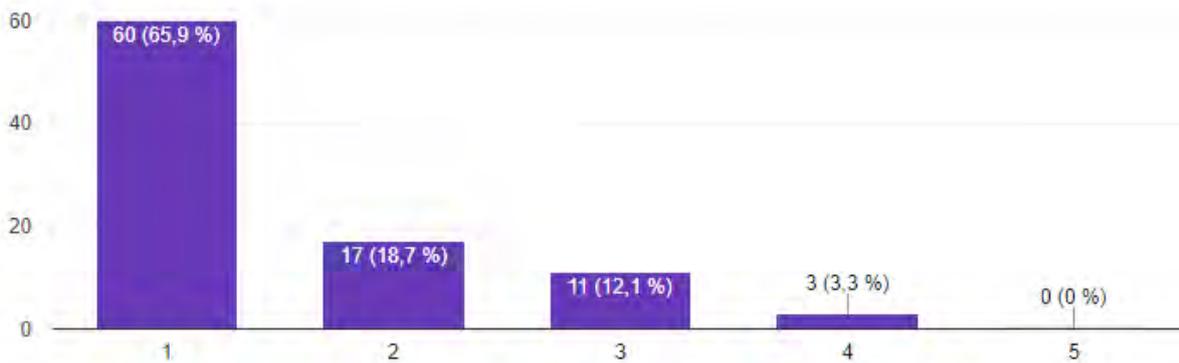


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, l'écriture est trop petite pour moi (même si je mets des lunettes):



91 réponses



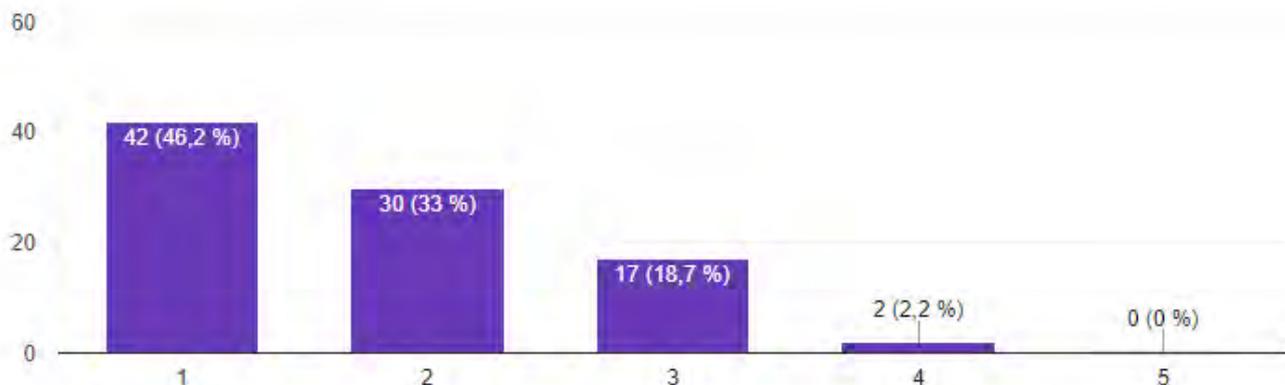
1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Plus de la moitié (53,8 %) des patientes disait avoir du mal à comprendre le contenu des brochures en question, et 56 % d'entre elles avouaient avoir besoin de beaucoup de temps pour les lire. Par ailleurs, toutes les personnes en difficulté n'allaient pas chercher de l'aide puisque seulement 22% des patientes déclaraient en demander.

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, le contenu est trop compliqué pour moi:



91 réponses

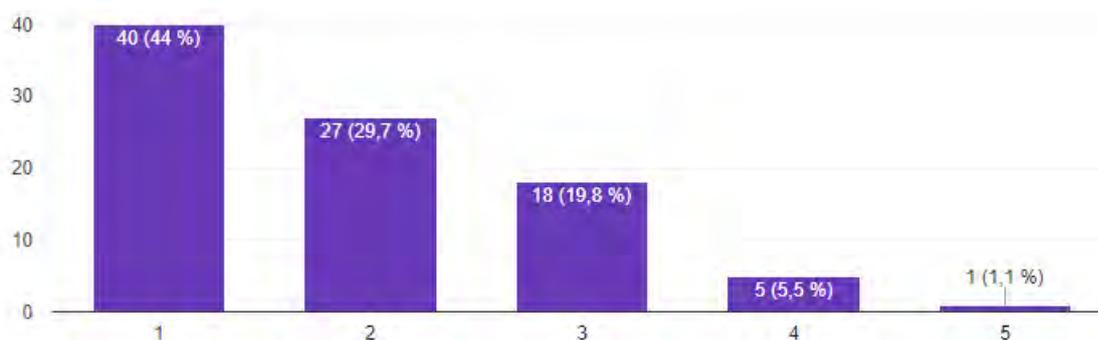


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, cela me prend beaucoup de temps à lire:



91 réponses

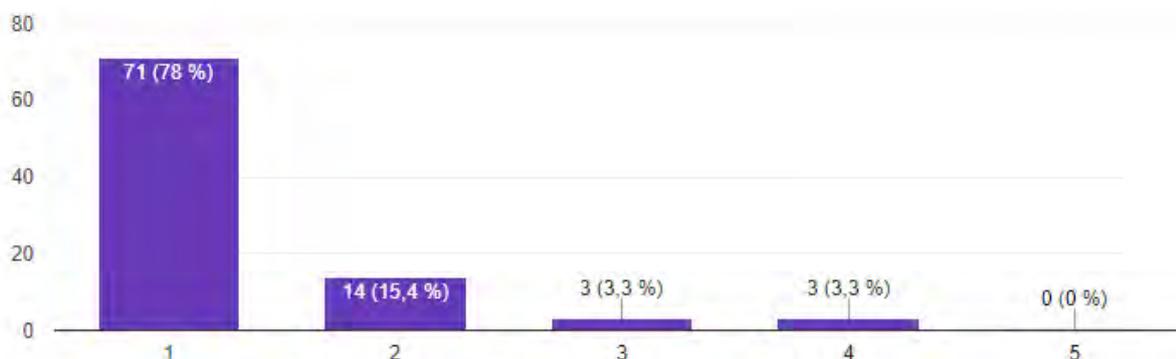


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, j'ai besoin d'aide pour les lire:



91 réponses



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

- b. Comment appréhender un diagnostic ou un traitement :

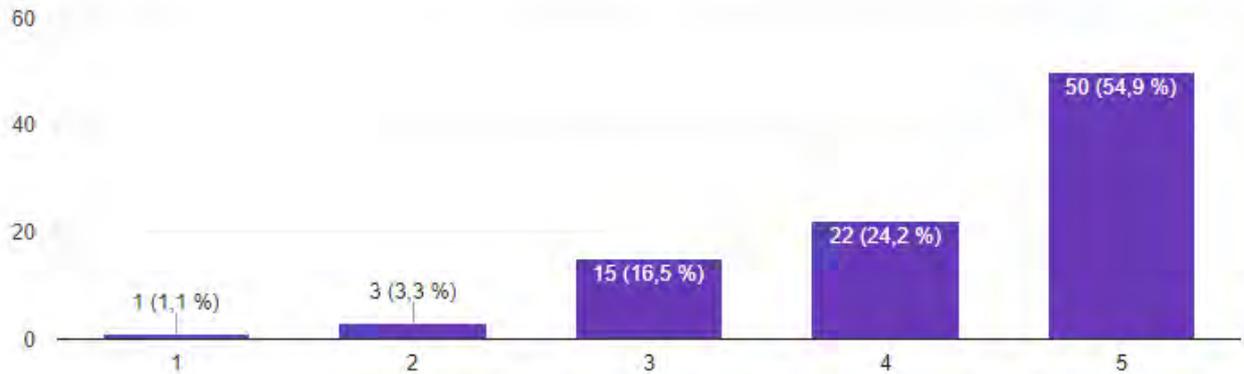
Nous abordons maintenant la dimension **interactive** de la littératie (*extraire, comprendre et communiquer l'information*).

Tandis que 45,1 % des patientes déclaraient ne pas s'informer par elles-mêmes à propos de leur pathologie ou de leurs traitements, près des trois-quarts (72,5%) de celles qui le faisaient décrivaient des difficultés à faire une synthèse personnalisée parmi ces informations.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, je rassemble plusieurs sources d'information:

 Copier

91 réponses

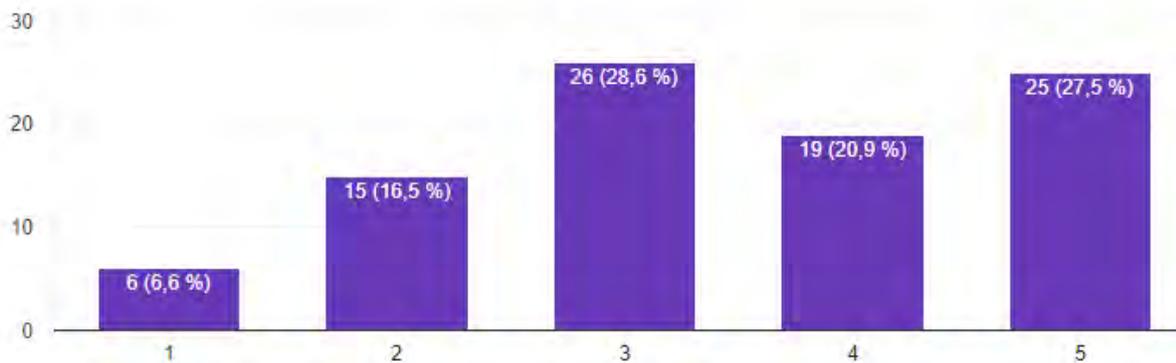


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, j'extrais parmi les informations disponibles celles qui m'intéressent:

 Copier

91 réponses



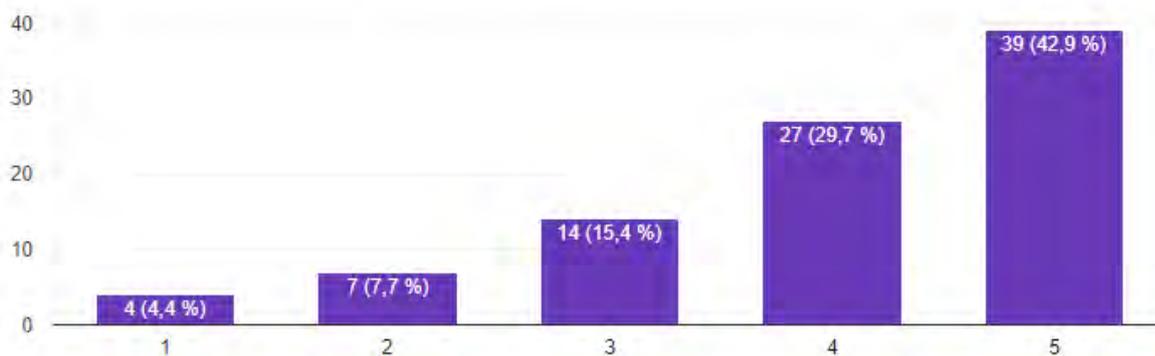
1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Une large moitié (57,2%) des patientes ne comprenait pas les informations qui lui étaient proposées à propos du diagnostic fait ou du traitement prescrit. Par conséquent, ces patientes n'étaient pas aptes à en discuter avec leur médecin ou leur famille (73,7%), ni même à changer leurs habitudes en fonction de celles-ci (45,1%).

Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, je comprends l'information obtenue:

 Copier

91 réponses

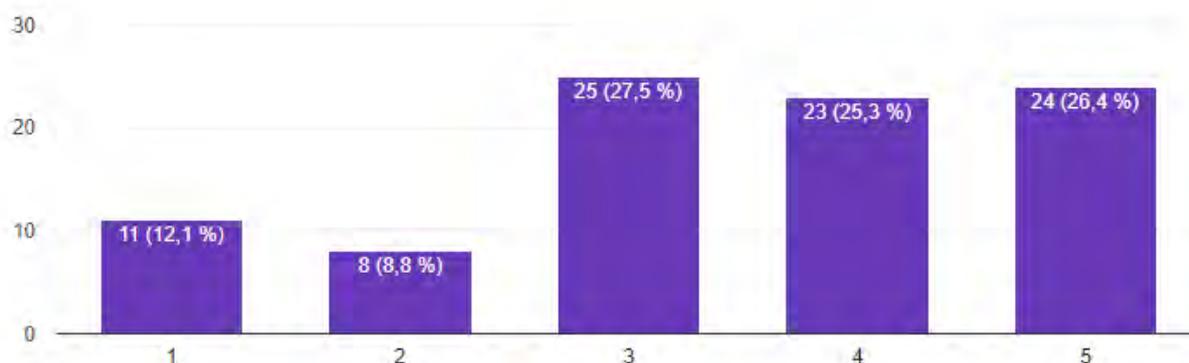


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, je donne mon avis sur ma maladie à mon médecin et mon entourage (famille ou amis):

 Copier

91 réponses

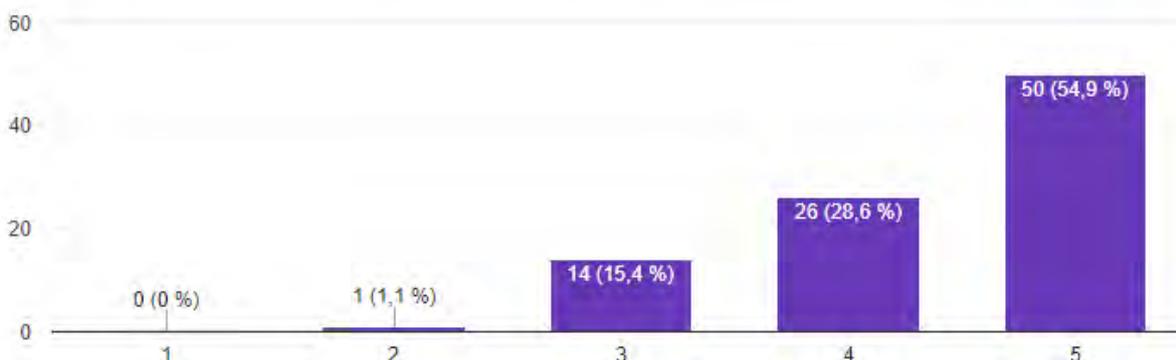


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je manque d'informations sur celle-ci et son traitement, j'utilise les informations obtenues pour changer mon quotidien:

 Copier

91 réponses



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

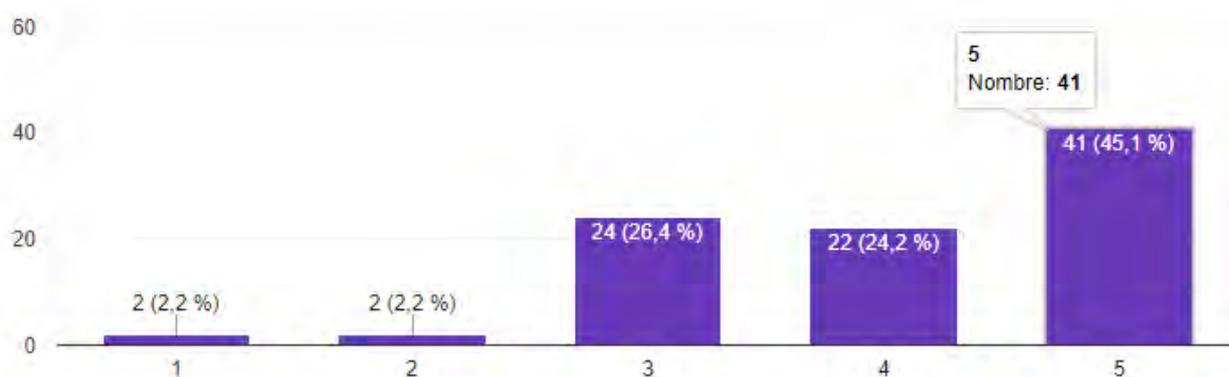
Nous abordons dans cette dernière partie l'aspect **critique** de la littératie (analyser et utiliser l'information).

55 % des patientes ne parvenaient pas à s'appropriier les informations obtenues par rapport à leur propre situation.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je peux obtenir des informations sur celle-ci et son traitement, je me demande si les informations s'appliquent à mon cas:

 Copier

91 réponses



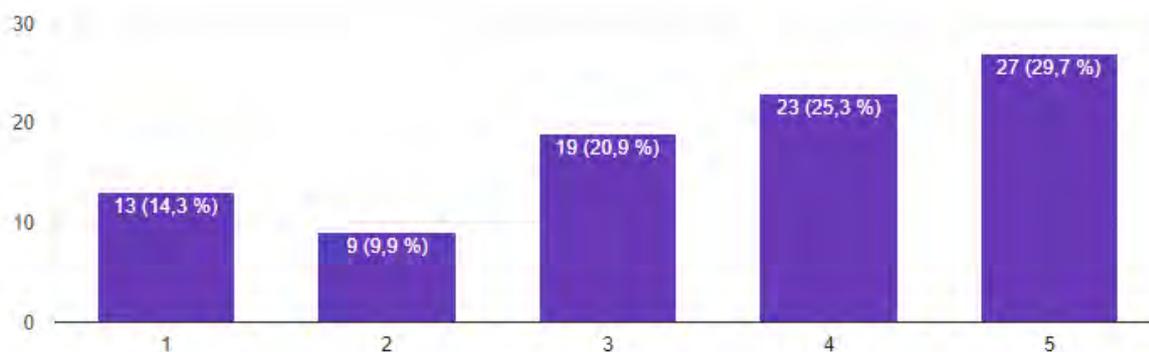
1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Enfin, 70,4% des patientes interrogées ne remettaient pas en cause les informations obtenues et donc ne cherchaient pas à les vérifier (55% d'entre elles), et près des trois-quarts (74,8%) ne faisaient aucune démarche dans le but d'être actives dans la prise de décision concernant leur santé.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je peux obtenir des informations sur celle-ci et son traitement, je me demande si les informations sont crédibles:

 Copier

91 réponses

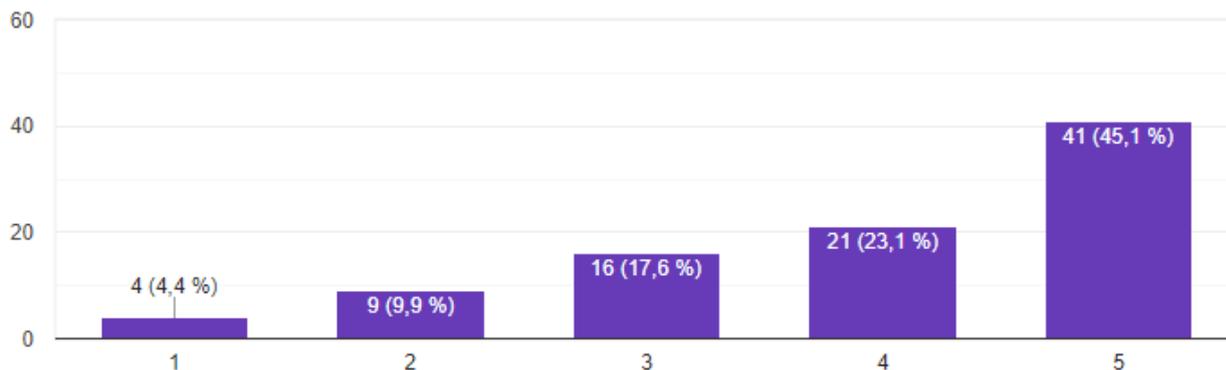


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je peux obtenir des informations sur celle-ci et son traitement, je demande à quelqu'un ou je vérifie que les informations sont correctes:

 Copier

91 réponses

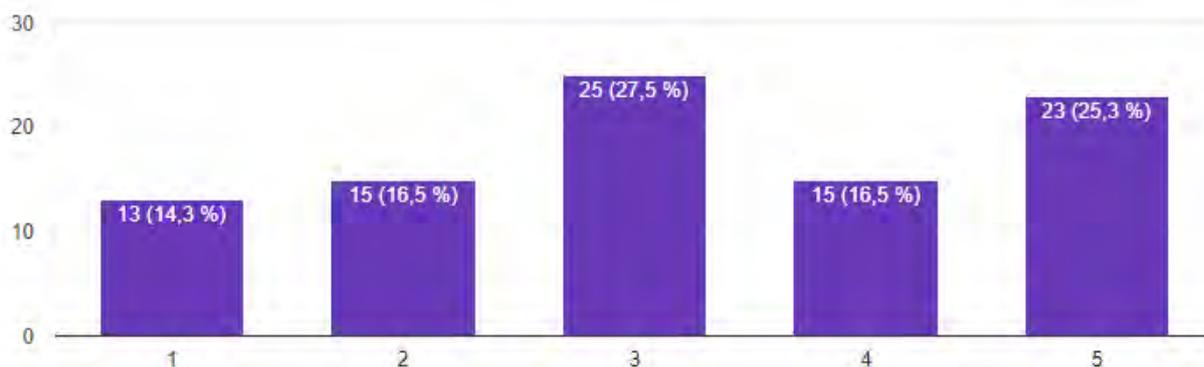


1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

Si l'on me diagnostique une maladie et que je peux obtenir des informations sur celle-ci et son traitement, je me renseigne pour prendre moi-même les décisions qui concernent ma santé:



91 réponses



1. Pas du tout d'accord 2. Plutôt pas d'accord 3. Plutôt d'accord 4. D'accord 5. Tout à fait d'accord.

- c. Résultats globaux du niveau de littératie en santé :

Après avoir analysé le niveau de littératie des patientes interrogées question par question individuellement, nous nous sommes interrogés sur le niveau global de littératie des femmes.

Finalement, en effectuant la moyenne des réponses que l'ensemble du questionnaire, **47,73%** des patientes incluses avaient montré un haut niveau de littératie.

	Freq	Percent	Cum
Low (≤ 4)	46	52.27	52.27
High (>4)	42	47.73	100.00
TOTAL	88	100.00	

3. Corrélation entre niveau de littératie et niveau de réponse concernant les films :

- a. Hypothèses :

Ces premiers résultats ont donc permis d'aboutir à deux constats :

. Une grande majorité des patientes interrogées avaient apprécié les vidéos et répondu globalement favorablement sur les différents aspects évalués.

. Une part importante de patientes déclaraient rencontrer des difficultés à comprendre et à s'approprier l'information en santé.

Nous nous sommes par la suite questionnés sur l'existence d'un lien entre le niveau de littératie en santé des patientes et leurs réponses aux questionnaires portant sur les vidéos . En effet, nous avons envisagé l'hypothèse selon laquelle le taux de satisfaction des patientes serait influencé par leur niveau de compréhension de l'information en santé.

- b. Calculs :

Si 91 patientes avaient répondu au questionnaire portant sur la littératie, 3 d'entre elles n'avaient répondu qu'à celui-ci, et pas au premier questionnaire (portant sur les vidéos).

	Q1		
Q2	0	1	Total
0	0	58	58
1	3	88	91
Total	3	146	149

Au total, 88 femmes avaient répondu aux deux questionnaires, celui portant sur les vidéos (Q1 ici) et celui permettant d'évaluer le niveau de littératie des patientes (Q2).

Nous avons fait le choix de traiter les résultats concernant la littératie selon les trois sous-groupes de types de littératie en santé (littératie fonctionnelle, interactive et critique). Ceci nous est paru plus pertinent tant ces 3 aspects sont différents en terme de compétences, de maniement de l'information en santé, et de restitution des connaissances.

○ Littératie fonctionnelle :

Quel que soit le niveau de littératie, les deux groupes de patientes avaient visionné les deux vidéos, et majoritairement en entier.

Q1 - AVEZ- VOUS VISIONNE LES DEUX VIDEOS?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q1 - AVEZ- VOUS VISIONNE LES DEUX VIDEOS?			
OUI, LES DEUX (n (%))	46 (100.0%)	42 (100.0%)	1
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when <0.05



Q2 - SI VOUS AVEZ VISIONNE LES VIDEOS (UNE SEULE OU LES DEUX), LES AVEZ VOUS REGARDEES EN PARTIE OU EN ENTIER ?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q2 - SI VOUS AVEZ VISIONNE LES VIDEOS (UNE SEULE OU LES DEUX), LES AVEZ VOUS REG			
NON, EN ENTIER (n (%))	1 (2.2%)	0 (0.0%)	1.000 ²
OUI, EN ENTIER (n (%))	45 (97.8%)	42 (100.0%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when <0.05



Il apparaissait par ailleurs que les femmes de faible niveau de littératie visionnaient les vidéos plusieurs fois (11% d'entre elles VS 2.4% des patientes de haut niveau de littératie), et accompagnées plutôt que seules (20% contre 15% de femmes à niveau de littératie supérieur). Il s'agit cependant d'une tendance, la p value n'étant pas significative.

Q3 - Si vous avez visionné les vidéos (une seule ou les deux), les avez-vous regardées une ou plusieurs fois ?

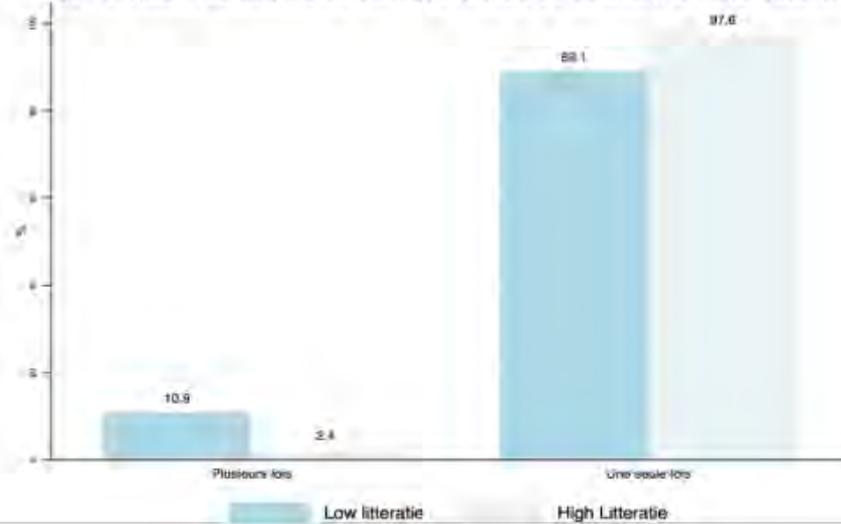
N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q3 - Si vous avez visionné les vidéos (une seule ou les deux), les avez-vous regardées une ou plusieurs fois ?			
Plusieurs fois (n (%))	5 (10.9%)	1 (2.4%)	0.205 ⁽¹⁾
Une seule fois (n (%))	41 (89.1%)	41 (97.6%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's t-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test; p-values are bold when < 0.05

Q3 - Si vous avez visionné les vidéos (une seule ou les deux), les avez-vous reg



Q4 - Si vous avez visionné les vidéos, les avez-vous regardées seule ou accompagnée ?

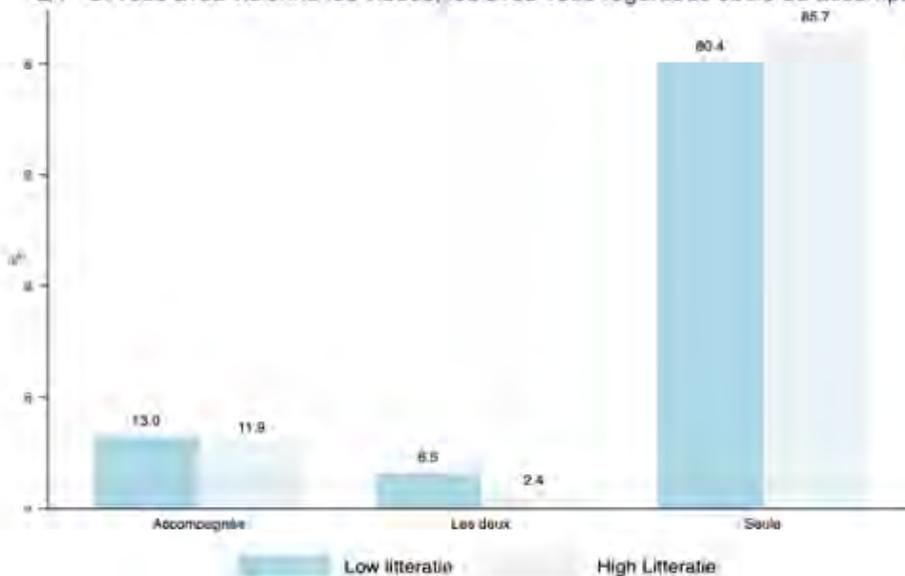
N = 88 women

Outcome:

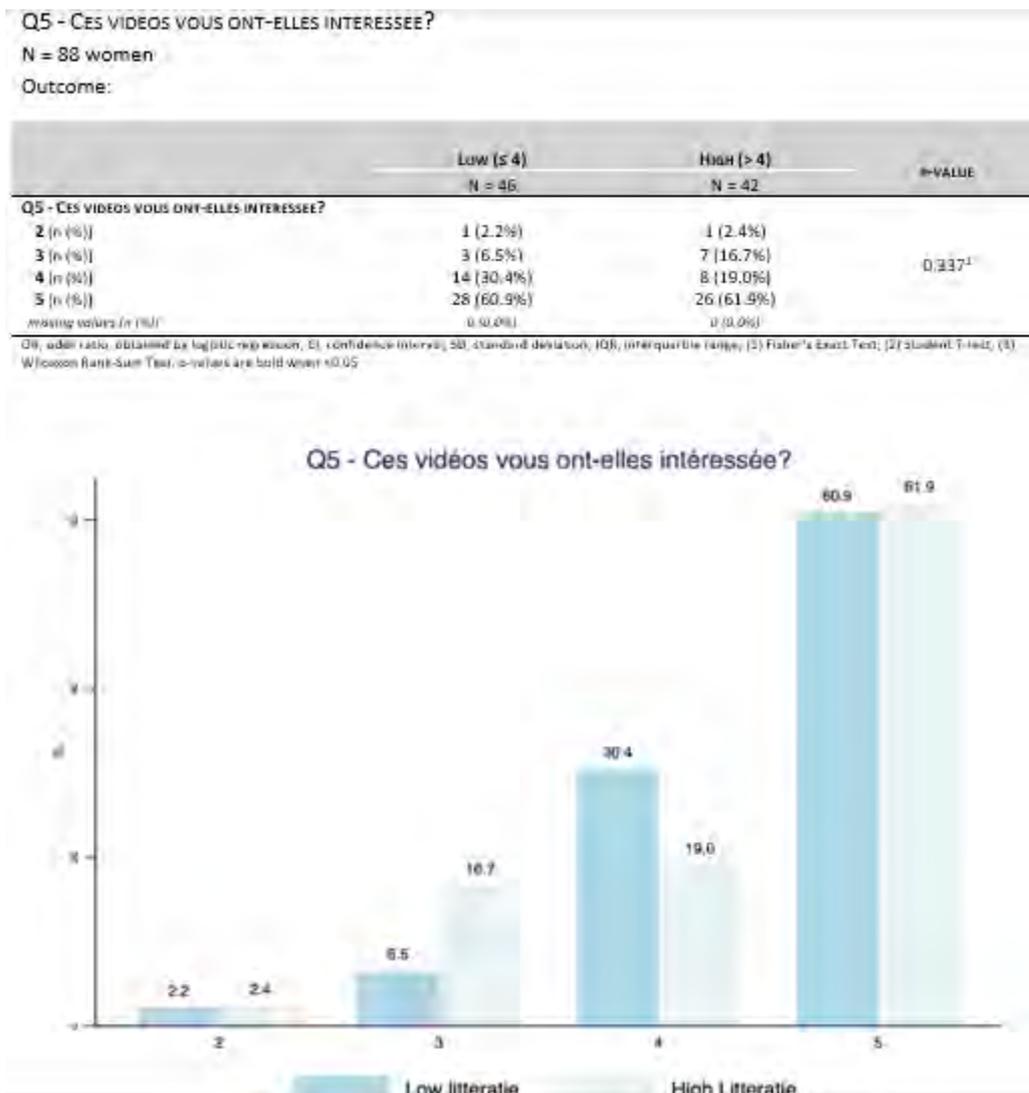
	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q4 - Si vous avez visionné les vidéos, les avez-vous regardées seule ou accompagnée ?			
Accompagnée (n (%))	6 (13.0%)	5 (11.9%)	0.747 ⁽¹⁾
Les deux (n (%))	3 (6.5%)	1 (2.4%)	
Seule (n (%))	37 (80.4%)	36 (85.7%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's t-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test; p-values are bold when < 0.05

Q4 - Si vous avez visionné les vidéos, les avez-vous regardées seule ou accompagn



Les patientes du groupe de faible niveau de littératie avaient tendance à être davantage intéressées par le contenu des vidéos que leurs homologues de plus haut niveau de littératie (91,3% VS 80,9%), sans que cette différence soit pour autant significative.



○ **Littératie interactive :**

Les femmes avec plus faible niveau de littératie avaient tendance à avoir moins fréquemment entendu le terme de diabète gestationnel avant de visionner les vidéos (6,5% contre 2,4%). *Cependant là encore, il s'agit d'une tendance non statistiquement significative.*

Lorsqu'elles en avaient eu connaissance, c'était essentiellement par le biais de connaissances, amis, lors d'une précédente grossesse ou grâce au corps médical.

Il est intéressant de noter que si les sources d'information étaient similaires chez les femmes de plus haut niveau de littératie, elles différaient en un point : ces dernières avaient moins recours au corps médical et faisaient plus largement appel à leurs propres recherches et connaissances.

Q6 - AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU DIABÈTE GESTATIONNEL AVANT DE VISIONNER CES VIDEOS ?

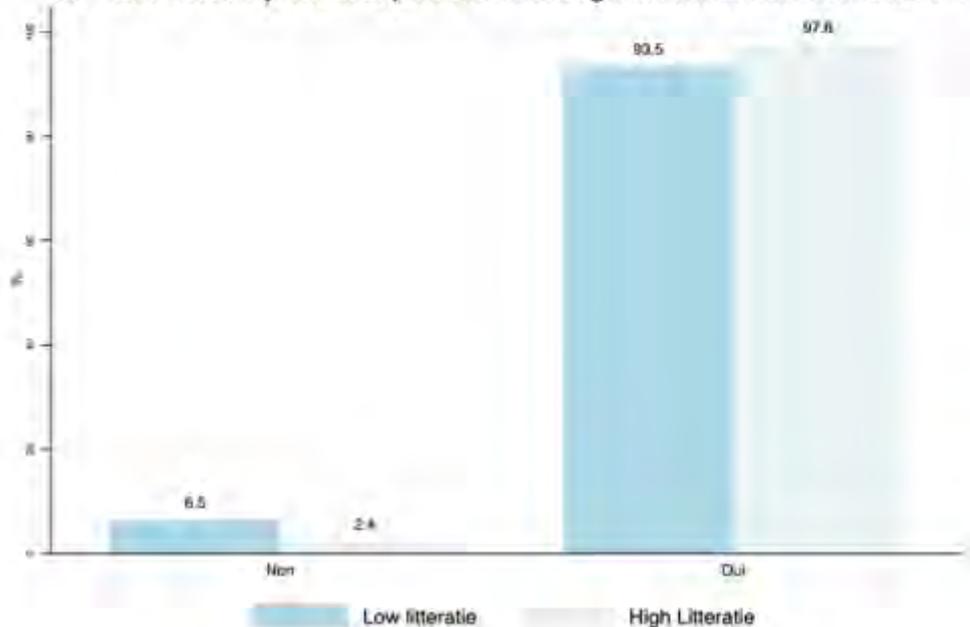
N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q6 - AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU DIABÈTE GESTATIONNEL AVANT DE VISIONNER C			
NON [n (%)]	3 (6.5%)	1 (2.4%)	0.618¹
OUI [n (%)]	43 (93.5%)	41 (97.6%)	
missing values [n (%)]	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when < 0.05 .

Q6 - Avez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant de visionner c



Q7 - SI OUI, PAR QUEL BIAIS ?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q7 - SI OUI, PAR QUEL BIAIS ?			
AU COURS DE MA FORMATION [n (%)]	1 (2.3%)	0 (0.0%)	0.276¹
AU COURS DE RECHERCHES PERSONNELLES (LIVRES, INTERNET, VIDEOS, ...) [n (%)]	3 (7.0%)	7 (17.1%)	
AU TRAVAIL [n (%)]	1 (2.3%)	0 (0.0%)	
DU FAIT DE MON METIER [n (%)]	1 (2.3%)	0 (0.0%)	
JE SUIS MÈRE [n (%)]	0 (0.0%)	2 (4.9%)	
LORS D'UNE PRÉCÉDENTE GROSSESSE [n (%)]	7 (16.3%)	8 (19.5%)	
PAR LE PERSONNEL MÉDICAL (SAGE-FEMME, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, GYNÉCOLOGUE, ...) [n (%)]	12 (27.9%)	5 (12.2%)	
PAR UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE [n (%)]	7 (16.3%)	8 (19.5%)	
PAR UNE CONNAISSANCE (AMI, COLLÈGUE DE TRAVAIL, ...) [n (%)]	11 (25.6%)	11 (26.8%)	
missing values [n (%)]	3 (6.5%)	1 (2.4%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when < 0.05 .



Les femmes à faible niveau de littératie ayant déjà été familiarisées avec le diabète gestationnel avaient tendance (*de manière non statistiquement significative*) à ne pas obtenir d'informations supplémentaires avec le visionnage des vidéos (37% VS 31% de femme avec niveau de littératie élevé).

Q8 - Si vous avez répondu oui à la question « Avez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant de visionner ces vidéos? »; ces vidéos vous ont-elles apporté des informations supplémentaires, par rapport à ce que vous saviez déjà?

N = 88 women

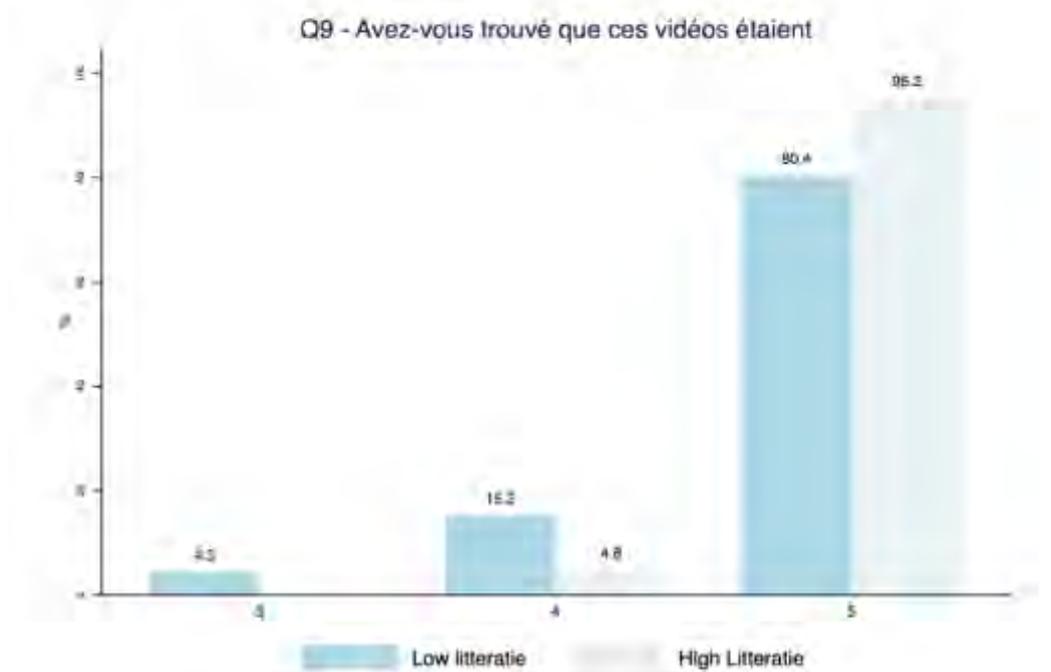
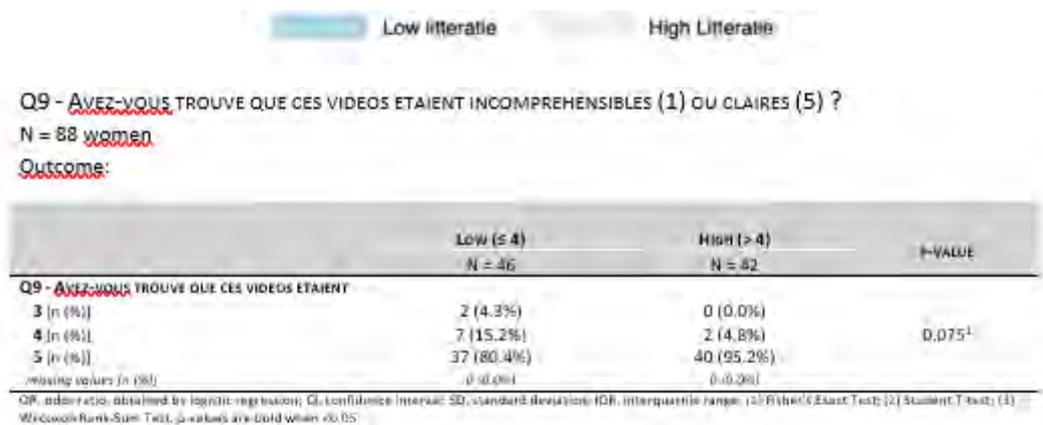
Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q8 - Si vous avez répondu oui à la question Avez-vous déjà entendu parler du di			
Non (n (%))	17 (37.8%)	13 (31.0%)	0.652 ⁽¹⁾
Oui (n (%))	28 (62.2%)	29 (69.0%)	
missing values (n (%))	1 (2.2%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test; p-values are bold when < 0.05



Les patientes avec un plus faible niveau de littératie estimaient que les informations délivrées étaient peu claires, voire difficilement compréhensibles (4,3% contre 0% des femmes avec niveau de littératie élevé). Il s'agissait d'une tendance non significative, d'un point de vue statistique.



○ **Littératie critique :**

Une proportion sensiblement égale de patientes de faible et de haut niveau de littératie déclarait ne pas en savoir plus après avoir visionné les deux vidéos (respectivement 13,1 et 16,7%). (*p n'étant pas statistiquement significatif*).

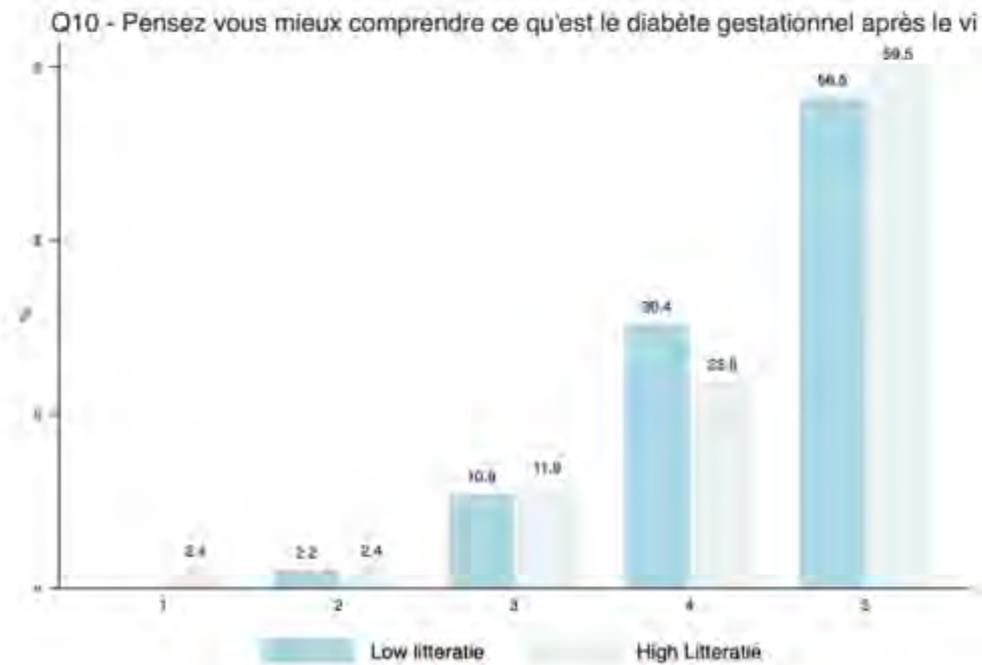
Q10 - PENSEZ VOUS MIEUX COMPRENDRE CE QU'EST LE DIABETE GESTATIONNEL APRES LE VISIONNAGE DES VIDEOS ?^[1]

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q10 - PENSEZ VOUS MIEUX COMPRENDRE CE QU'EST LE DIABETE GESTATIONNEL APRES LE VI			
1 (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.896 ^[1]
2 (n (%))	1 (2.2%)	1 (2.4%)	
3 (n (%))	5 (10.9%)	5 (11.9%)	
4 (n (%))	14 (30.4%)	10 (23.8%)	
5 (n (%))	26 (56.5%)	25 (59.5%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, Odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; [1] Fisher's Exact Test; [2] Student T-test; [3] Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when <0.05



De la même façon, une proportion légèrement supérieure de femmes de faible niveau de littératie (19,6%) considèreraient ne pas mieux comprendre les enjeux et conséquences du diabète gestationnel après visionnage des deux courts films (VS 11,9% pour les patientes de haut niveau de littératie).

Ici encore, nous parlons bien d'une tendance, sans que cela ait de réelle valeur statistiquement significative.

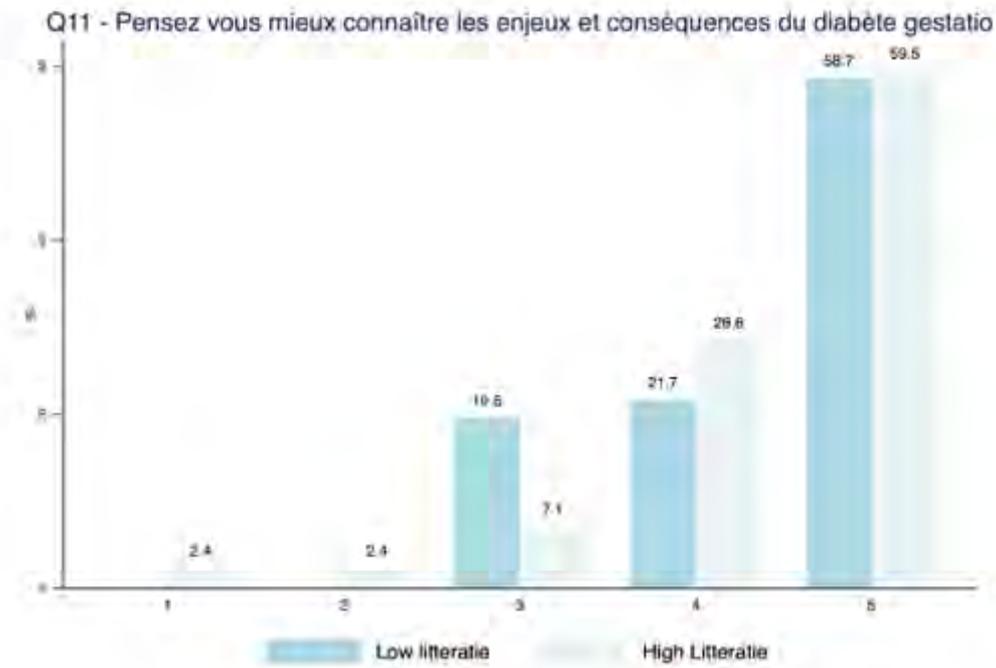
Q11 - PENSEZ-VOUS MIEUX CONNAITRE LES ENJEUX ET CONSÉQUENCES DU DIABÈTE GESTATIONNEL ?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q11 - <u>PENSEZ-VOUS</u> MIEUX CONNAITRE LES ENJEUX ET CONSÉQUENCES DU DIABÈTE GESTATIONNEL			
1 (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.238 ¹
2 (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	
3 (n (%))	9 (19.6%)	3 (7.1%)	
4 (n (%))	10 (21.7%)	12 (28.6%)	
5 (n (%))	27 (58.7%)	25 (59.5%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's t-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test; p-values are bold when <0.05.



Le niveau de littératie ne semblait pas influencer la gestion de l'incertitude en attendant la consultation d'annonce du diabète gestationnel dans les deux groupes de patientes (*résultats non significatifs d'un point de vue statistique*) (87% de femmes de faible niveau de littératie déclaraient se sentir en confiance dans l'attente après le visionnage des vidéos, contre 85,7% des patientes de niveau de littératie plus élevé).

Q12 - PENSEZ-VOUS QUE CES VIDEOS VONT VOUS AIDER A VOUS SENTIR EN CONFIANCE EN ATTENDANT LA REUNION MEDICALE D'ANNONCE DU DIABETE ?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q12 - PENSEZ-VOUS QUE CES VIDEOS VONT VOUS AIDER A VOUS SENTIR EN CONFIANCE EN A			
Non (n (%))	6 (13.0%)	6 (14.3%)	1.000¹
Oui (n (%))	40 (87.0%)	36 (85.7%)	
Missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio; obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student T test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. **P-values are bold when <0.05.**



Les femmes de plus faible niveau de littératie se sentaient moins confiantes vis-à-vis du diabète gestationnel après le visionnage des vidéos (63%), VS 71,4% des patientes à plus haut niveau de littératie (*résultats illustrant une tendance plutôt qu'un fait statistiquement significatif*).

Q13 - PENSEZ-VOUS QUE CES VIDEOS VONT VOUS ETRE UTILES POUR VOUS SENTIR EN CONFIANCE VIS-A-VIS DU

DIABETE GESTATIONNEL ?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q13 - PENSEZ-VOUS QUE CES VIDEOS VONT VOUS ETRE UTILES POUR VOUS SENTIR EN CONFI			
1 (n (%))	2 (4.3%)	1 (2.4%)	
2 (n (%))	2 (4.3%)	2 (4.8%)	
3 (n (%))	13 (28.3%)	9 (21.4%)	0.782 ¹
4 (n (%))	14 (30.4%)	11 (26.2%)	
5 (n (%))	15 (32.6%)	19 (45.2%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when <0.05



Les patientes de plus faible niveau de littératie jugeaient les informations délivrées par les vidéos suffisantes (73,9%), contre 85,7% des femmes de plus haut niveau de littératie (*p n'étant pas significatif, il s'agissait là d'une tendance*).

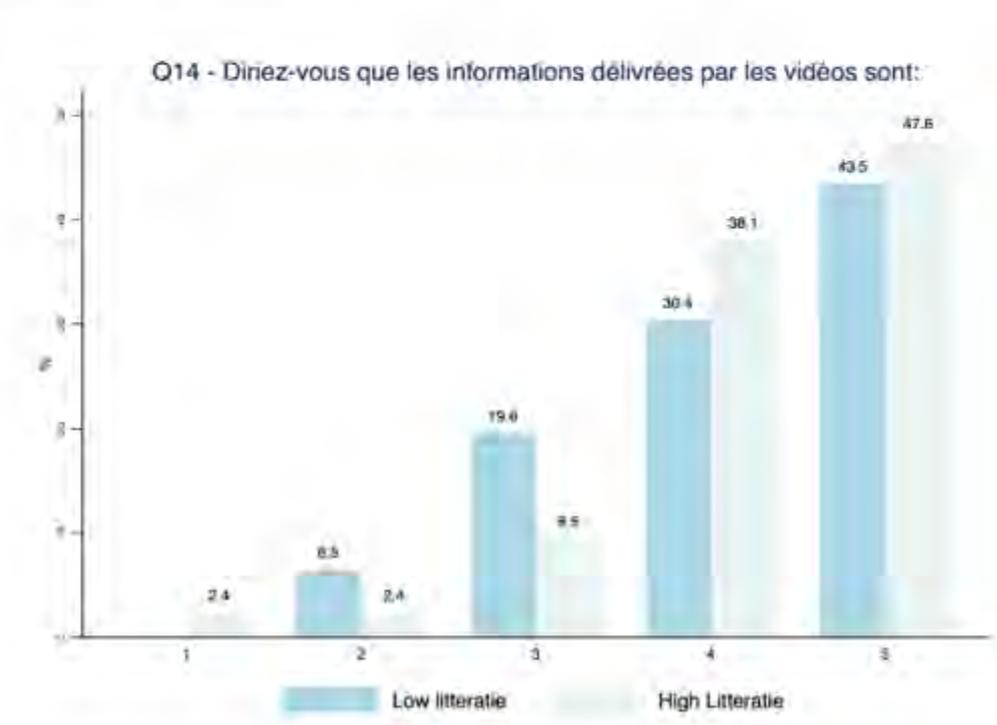
Q14 - DIRIEZ-VOUS QUE LES INFORMATIONS DELIVREES PAR LES VIDEOS SONT INSUFFISANTES (1) OU TOUT A FAIT SUFFISANTES(5) ?:

N = 88 women

Outcome:

	Low (<= 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q14 - DIRIEZ-VOUS QUE LES INFORMATIONS DELIVREES PAR LES VIDEOS SONT:			
1 (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.482¹
2 (n (%))	3 (6.5%)	1 (2.4%)	
3 (n (%))	9 (19.6%)	4 (9.5%)	
4 (n (%))	14 (30.4%)	16 (38.1%)	
5 (n (%))	20 (43.5%)	20 (47.6%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio; obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's T-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. **p-values are bold when <0.05**



Concernant les informations dont elles auraient aimé bénéficier (Question 15 du questionnaire), les femmes de faible niveau de littératie se montraient très préoccupées par le rééquilibrage alimentaire (75% d'entre elles) et, en moindre mesure, par la surveillance de la glycémie (environ 20%), tandis que les femmes de plus haut niveau de littératie semblaient avoir déjà ces données en main et étaient plus demandeuses concernant leur futur médical, dans le post partum (75%), et les mécanismes physiopathologiques du diabète gestationnel (50%).

Attention cependant, cette question étant ouverte et courte, le taux de participation était très bas : les résultats n'étaient donc pas statistiquement significatifs. Il en était de même pour la Question 17.

Le niveau de littératie ne semblait pas impacter l'appréciation de la chronologie du déroulement de l'annonce (réponses déclaratives reflétant une tendance, la p value n'étant pas statistiquement significative).

Q16 - SELON VOUS, CES INFORMATIONS APPARAISSENT AU PARFAIT MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE, TROP TOT, OU TROP TARD ?:

N = 88 women

Outcome:

	Low (<=4) N = 46	High (>4) N = 42	P-VALUE
Q16 - SELON VOUS, CES INFORMATIONS APPARAISSENT:			
AU PARFAIT MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE (n (%))	41 (89.1%)	36 (85.7%)	0.864 ¹
TROP TARD DANS LA PRISE EN CHARGE (n (%))	5 (10.9%)	5 (11.9%)	
TROP TOT DANS LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's t-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. P-values are bold when <0.05.



De la même façon, les patientes, lorsqu'elles considéraient le moment de l'annonce inopportun, déclaraient (Question 17) préférer un diagnostic plus précoce, qu'elles soient de faible niveau de littératie ou non (100% des patientes des deux groupes).

Enfin, quel que soit le niveau de littératie, les femmes déclaraient recommander les vidéos à d'autres patientes (91,3% faible niveau de littératie VS 92,9% haut niveau). Ici encore, nous parlons d'une tendance non significative, statistiquement.

Q18 - RECOMMANDERIEZ-VOUS CES VIDEOS A D'AUTRES PATIENTES?

N = 88 women

Outcome:

	Low (≤ 4) N = 46	High (> 4) N = 42	P-VALUE
Q18 - RECOMMANDERIEZ-VOUS CES VIDEOS A D'AUTRES PATIENTES?			
1 (n (%))	0 (0.0%)	1 (2.4%)	0.265 ¹
2 (n (%))	1 (2.2%)	1 (2.4%)	
3 (n (%))	3 (6.5%)	1 (2.4%)	
4 (n (%))	13 (28.3%)	6 (14.3%)	
5 (n (%))	29 (63.0%)	33 (78.6%)	
missing values (n (%))	0 (0.0%)	0 (0.0%)	

OR, odds ratio, obtained by logistic regression; CI, confidence interval; SD, standard deviation; IQR, interquartile range; (1) Fisher's Exact Test; (2) Student's t-test; (3) Wilcoxon Rank-Sum Test. p-values are bold when <0.05.



VI. DISCUSSION :

1. Forces et faiblesses de l'étude :

La force principale de notre étude est son caractère **prospectif**.

L'accessibilité aux vidéos **en plusieurs langues étrangères**, à l'oral et à l'écrit, constitue un autre critère de jugement particulièrement intéressant, dans la mesure où, à notre connaissance, aucune autre étude n'a proposé ce service antérieurement à notre travail de recherche.

D'autre part, il s'agit d'une des premières études évaluant un **score validé de littératie en santé**. Ces données sont considérées comme très utiles, dans le cadre de l'optimisation de la communication patient/soignant. Il s'agit d'un sujet important en 2022, tant il existe une urgence à rapprocher dans un climat de confiance les femmes enceintes des soignants de la périnatalité.

Toutefois, le caractère unicentrique de cette étude ne nous permet pas d'exclure un **biais de sélection** des patientes, dont l'avis ne serait en conséquence pas un reflet sur le plan national.

En outre, dans la mesure où la diffusion des questionnaires et la collecte des réponses se faisait uniquement sur **internet** via un ordinateur, nous ne pouvons exclure un autre **biais de sélection** important : il est possible que nous n'ayons pas, par défaut, inclus dans l'étude les patientes ne disposant pas d'une connexion à internet.

L'**absence de randomisation** avec un groupe contrôle est bien sûr également une faiblesse de l'étude comme l'utilisation de questionnaires **non validés par la communauté scientifique**, en ce qui concerne les vidéos.

Notre travail permet néanmoins d'apporter une première réponse et d'ouvrir des pistes de réflexion pour d'éventuels futurs travaux de recherche. Notre hypothèse reste plausible et pourrait être de nouveau discutée dans d'autres études, randomisées cette fois-ci, et pourquoi pas avec un plus grand échantillon de patientes, afin de réaliser un travail de plus grande ampleur.

A titre d'exemple, les résultats de ce travail de thèse ont été en partie repris et présentés en communication orale à deux congrès différents en 2022 : le Congrès Européen d'Education Thérapeutique et le Congrès de la Société Française de Diabétologie (prix du Congrès décerné à Madame Dominique DAUBERT, diététicienne à la maternité Paule de Viguier).

2. Objectif principal de l'étude : « Un outil vidéo permet-il aux femmes enceintes confrontées à ce diagnostic de mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel et mieux en vivre l'annonce ? »

- a. Rappel des résultats :

- **Satisfaction** : une vaste majorité des patientes interrogées se déclarait intéressée par les vidéos proposées (82,8%).
- **Apport des vidéos** : si une part non négligeable de femmes avait déjà entendu parler de diabète gestationnel, la majorité d'entre elles déclarait avoir tout de même obtenu des informations supplémentaires par le biais des vidéos (65,3%). Leur compréhension de la maladie et de ses conséquences s'en trouvait donc améliorée (80,8%).
- **Vécu de l'annonce du diabète gestationnel** : dans ce contexte « d'appropriation » de leur maladie, les femmes interrogées se déclaraient plus confiantes vis-à-vis du diabète gestationnel (67,8%).
- **Partage des Vidéos** : l'immense majorité des patientes recommandait le visionnage des vidéos à de tierces personnes (90,4%).

- b. Discussion :

Au regard des résultats obtenus, nous pouvons à ce stade répondre par l'**affirmative** à la question « **Un outil vidéo aide-t-il les femmes enceintes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel?** ».

Cela n'est pas surprenant dans la mesure où les vidéos sont courtes, et leur contenu clair et intelligible par le plus grand nombre.

Nous pouvons en outre supposer que le format, ludique, visionnable à l'envie et à plusieurs rythmes (avec de possibles pauses), est plus à même de susciter l'intérêt des patientes qu'un flyer en salle d'attente, par exemple. Nous pouvons émettre une objection concernant le questionnaire portant sur les vidéos, en tenant compte du fait que celui-ci a été élaboré en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire de diabétologie de l'hôpital Paule de Viguier, et n'a pas été au préalable validé par une communauté de scientifiques. De plus, les réponses sont purement déclaratives : il n'existe par conséquent pas de jugement objectif des réponses au questionnaire.

3. Objectifs secondaires de l'étude : « Quel est le degré de littératie en santé des femmes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel dans notre population ? » et « Le degré de littératie de ces femmes a-t-il une influence sur leurs réponses concernant les vidéos ? »

- a. Rappel des résultats :

- La répartition entre groupes de faible et haut niveau de littératie était sensiblement **équivalente** : 47,73% de patientes étaient considérées in fine comme étant de haut niveau de littératie, contre 52,27% de plus faible niveau de littératie.
- Les patientes des deux groupes étaient intéressées de manière égale par les vidéos.
- Les femmes de faible niveau de littératie avaient moins souvent entendu parler de diabète gestationnel (6,5% VS 2,4%), et glanaient probablement plus d'informations au cours du visionnage des vidéos. Elles déclaraient ainsi davantage mieux saisir les enjeux et conséquences de la maladie.
- Un faible pourcentage de patientes de faible niveau de littératie déclarait estimer certaines informations délivrées par les vidéos peu claires ou intelligibles (moins de 5% d'entre elles contre aucune des femmes de haut niveau de littératie).
- Enfin, quel que soit le niveau de littératie, les femmes recommandaient les vidéos à d'autres patientes.

- b. Discussion :

La proportion équivalente entre patientes de haut ou faible niveau de littératie correspond au fait qu'une grande partie d'entre elles avait fait des études supérieures (infirmière, autres études médicales,...). La maternité de Paule de Viguier appartient au secteur public et draine une patientèle qui peut être plus en difficulté. De plus, nous savons que le niveau socioéconomique bas, et donc le surpoids (25) (et in extenso, le risque de développer un diabète gestationnel) (6), sont sur représentés dans la population de faible littératie. Ceci explique probablement la proportion élevée de femmes de faible niveau de littératie dans notre étude.

Plus encore, l'évaluation du niveau de littératie est basée sur les réponses des patientes elles-mêmes au questionnaire qualitatif FCCHL, qui sont d'ordre purement déclaratif... on peut donc imaginer que les patientes auraient tendance à sur-évaluer leurs capacités et minimiser leurs difficultés. Un **biais de déclaration** est donc à tenir en compte

A titre de comparaison, voici quelques chiffres :

En Europe, dans la récente « European Health Literacy Survey » (HLS-EU) (26), à laquelle la Belgique et la France n'ont pas pris part, le niveau de littératie en santé fut qualifié « d'inadéquat » chez 12% des répondants et de « problématique » chez 35% d'entre eux (étude réalisée dans 8 pays européens : Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne et Espagne) (27) (26). La prévalence d'un faible niveau de littératie en santé variait largement d'un pays à l'autre : ainsi, si aux Pays-Bas 2 % de la population présentait une littératie en santé insuffisante, en Bulgarie, 27 % était dans ce cas. Au total donc, 47,2% des répondants présentaient un niveau de littératie en santé limité, soit presque la moitié de l'échantillon (28).

Il a par ailleurs été démontré dans cette même étude que **la littératie en santé augmente avec le niveau d'éducation** (5).

D'après une autre enquête réalisée en Belgique en 2014 (29), 4 personnes sur 10 avaient des difficultés pour comprendre, trouver, évaluer des informations en lien avec la santé.

En ce qui concerne la France, le pourcentage de personnes rencontrant des difficultés pour mobiliser ces capacités était estimé à 58 % en 2013 d'après les données de la PIAAC (**Programme for the International Assessment of Adult Competencies**) (30) et selon le dernier rapport de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) sur les compétences des adultes, le niveau de littératie générale des Français se situe parmi les plus bas des 22 pays participants (3).

Au Canada, environ 60 % des adultes et 88 % des personnes âgées affichent un faible niveau de littératie en santé (ACSP, 2014).

Les chiffres trouvés dans notre étude sont globalement moins inquiétants que les chiffres fournis pour la France notamment par la PIAAC (30).

Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- Les chiffres nationaux que l'on peut trouver concernent la littératie en général et ne sont pas ciblés uniquement sur le niveau de littératie en santé, contrairement à notre étude ;
- Le questionnaire utilisé par la PIAAC est très différent de celui choisi pour notre travail car plus long et plus exhaustif du fait, encore une fois, de sa non-spécificité du domaine de la santé seule.
- Les données de la PIAAC ont maintenant près de 10 ans et les multiples campagnes d'information réalisées depuis ont, espérons-le, amélioré quelque peu le niveau de littératie en France .
- Notre effectif étant assez faible, celui-ci ne permet pas de donner une vraie représentation du niveau de littératie en santé sur le plan national.
- Les femmes enceintes sont un public différent de la population générale, qui comprend notamment des personnes âgées. Ces dernières ont peut-être un niveau de littératie en santé plus bas, qui tire les chiffres vers un niveau de compétences inférieur.

Dans notre étude, on peut attendre des chiffres de faible littératie plus élevés encore par le fait que, si les patientes sont aptes à répondre aux deux questionnaires, c'est qu'elles savent lire et comprendre le contenu des questions, et qu'elles ont une connexion internet à disposition...et qu'elles ont donc la ressource nécessaire (intellectuelle, financière, ...) pour en bénéficier.

VII. CONCLUSION :

Les résultats de cette étude vont dans le sens attendu par les créateurs de ces vidéos, si l'on tient compte des arguments cités plus haut (clarté et intelligibilité des vidéos, format ludique, première approche de la maladie avant la consultation d' « annonce » spécialisée,...). Le taux de satisfaction des patientes interrogées, et ce, quel que soit leur niveau de littératie, nous conforte dans cette hypothèse, et est particulièrement encourageant.

Les résultats obtenus concernant la littératie en santé sont fondamentaux comme première approche de la population des femmes prises en charge à Paule de Viguière, et seront utiles à d'autres travaux.

Concernant l'existence d'un lien entre le niveau de compréhension de l'information en santé des patientes et leurs taux de satisfaction concernant le questionnaire portant sur les vidéos, même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (la p value étant > 0.05), il existe clairement une tendance homogène lors du croisement des données, avec des similitudes entre les différentes questions, aboutissant à un ensemble cohérent : les patientes avec un faible niveau de littératie seraient affectées plus positivement par les vidéos car l'information y serait plus accessible pour elles. Elles auraient un taux de satisfaction plus grand avec une compréhension, une réassurance et une implication plus marquées, et donc plus exprimées.

A la question de recherche « **Un outil vidéo aide-t-il les femmes enceintes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel ?** », nous pouvons in fine répondre par l'affirmative.

On peut donc considérer que ce travail est étude **préliminaire de faisabilité**, qui constitue les bases d'une étude de plus grande ampleur.

Il a néanmoins permis de répondre de façon soignée et pertinente à l'objectif principal et d'apporter des pistes pour d'éventuelles futures études.

Vu
Toulouse le 02/11/2022


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 10/11/2022

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maieutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



VIII. BIBLIOGRAPHIE :

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [Internet]. [cité 21 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/fichiers?folder=Clinique%252Fpreferentiels%252FCOVID-19%252FDIABETE%2BGESTATIONNEL%2B-%2BCOVID-19>
2. Perdriault M. 1. Qu'est-ce que la littératie ? In: L'écriture créative [Internet]. Toulouse: Érès; 2014 [cité 24 oct 2022]. p. 11-20. (Trames). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-ecriture-creative--9782749242309-p-11.htm>
3. Henrard G, Ketterer F, Giet D, Vanmeerbeek M, Belche JL, Buret L. La littératie en santé, un levier pour des systèmes de soins plus équitables ? Des outils pour armer les professionnels et impliquer les institutions. Santé Publique. 2018;S1(HS1):139-43.
4. User S. La littératie en santé : D'un concept à la pratique (guide d'animation) [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html>
5. Ferron C. Littératie en santé : une synthèse bibliographique [Internet]. Fnes. 2018 [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.fnes.fr/outils-et-supports/litteratie-sante-synthese-bibliographique>
6. Meghelli L. Impact du diabète gestationnel sur la survenue des complications de la grossesse chez les patientes présentant une obésité morbide [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M214.pdf
7. Wallet H. Complications materno-foetales chez les femmes avec diabète gestationnel sans facteurs de risque comparativement aux femmes avec facteurs de risque [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2021.
8. Bouzaib S. Morbidité materno-foetale associée au diabète de type 2 diagnostiqué en début de grossesse [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM348.pdf
9. Duffaut A. Dépistage du diabète de type 2 dans les suites à court et moyen terme d'un diabète gestationnel, en médecine générale libérale en Alsace [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_DUFFAUT_Aurelie.pdf
10. Inadjaren K. Dépistage du diabète de type 2 après un diabète gestationnel par les médecins généralistes: état des lieux en Seine Saint Denis [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2017.
11. Griffon A. Diabète gestationnel, un antécédent à ne pas minimiser: les pratiques des médecins généralistes du Gers en termes d'information, dépistage et prévention des complications à long terme [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2019.
12. Boulogne A. Devenir de la mère et de l'enfant six ans après un diabète gestationnel [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2003.
13. Schaller S. Devenir de la mère et de l'enfant onze ans après un diabète gestationnel [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2008.
14. Laffont A. Les nouveaux-nés de mères diabétiques insulino-dépendantes: analyse et pronostic de 14 observations [Thèse]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Facultés de médecine; 1977.

15. Sergeant R. Perception du message sur l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M245.pdf
16. Deleau-Bouges E. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en médecine générale: installation d'infirmières dédiées à la santé publique dans des cabinets de médecine générale sur le mode de la délégation de tâches [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2005.
17. Niveau national / Les chiffres / Illettrisme / Accueil [Internet]. Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.anlci.gouv.fr/Illettrisme/Les-chiffres/Niveau-national>
18. Calderon Y, Haughey M, Bijur PE, Leider J, Moreno-Walton L, Torres S, et al. An educational HIV pretest counseling video program for off-hours testing in the emergency department. *Ann Emerg Med.* juill 2006;48(1):21-7.
19. Wilson ME, Krupa A, Hinds RF, Litell JM, Swetz KM, Akhoundi A, et al. A video to improve patient and surrogate understanding of cardiopulmonary resuscitation choices in the ICU: a randomized controlled trial. *Crit Care Med.* mars 2015;43(3):621-9.
20. Kakinuma A, Nagatani H, Otake H, Mizuno J, Nakata Y. The effects of short interactive animation video information on preanesthetic anxiety, knowledge, and interview time: a randomized controlled trial. *Anesth Analg.* juin 2011;112(6):1314-8.
21. Id H. Évaluation prospective de la satisfaction des patientes à propos de l'information sur le déclenchement après utilisation de vidéos explicatives. :70.
22. Questionnaires littératie en santé [Internet]. REFLIS. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://reflis.fr/questionnaires/>
23. Ousseine YM, Rouquette A, Bouhnik AD, Rigal L, Ringa V, Smith A 'Ben', et al. Validation of the French version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL). *J Patient-Rep Outcomes.* déc 2018;2(1):3.
24. Quéroué M, Pulido M, Geiss R, Tassy L, Terret C, Mertens C, et al. Littératie en santé et en santé numérique des personnes âgées avec un cancer, à partir d'un questionnaire. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 sept 2020;68:S141-2.
25. Bouzid K. Prévalence de la précarité et caractéristiques associées à l'obésité morbide chez des patients candidats à la chirurgie bariatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2013.
26. 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.* déc 2015;25(6):1053-8.
27. 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;12:80.
28. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
29. 54 - VAN DEN BROUCKE S. & RENWART A., La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé, Louvain-la-Neuve, UCL, 2014, p.5 - Recherche Google [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?q=54+-VAN+DEN+BROUCKE+S.+%26+RENWART+A.%2C+La+litt%C3%A9ratie+en+sant%C3%A9+en+Belgique+%3A+un+m%C3%A9diateur+des+in%C3%A9galit%C3%A9s+sociales+et+des+comportements+de+sant%C3%A9%2C+Louvain>

-la-Neuve%2C+UCL%2C+2014%2C+p.5&rlz=1C1JZAP_frFR920FR920&oq=54+-
+VAN+DEN+BROUCKE+S.+%26+RENWART+A.%2C+La+litt%C3%A9rature+en+sant%C3%A9+en+Belgique+%3A+un+
m%C3%A9diateur+des+in%C3%A9galit%C3%A9s+sociales+et+des+comportements+de+sant%C3%A9%2C+Louvain
-la-Neuve%2C+UCL%2C+2014%2C+p.5&aqs=chrome.0.69i59.469985j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

30. PIAAC : Les compétences des adultes français nettement en dessous de celles des autres pays [Internet].
[cité 21 oct 2022]. Disponible sur:
http://www.cafepedagogique.net/lemensuel/lesysteme/Pages/2013/146_8.aspx

ANNEXE 1. Le choix de l'outil vidéo.

Liens des courts films disponibles sur Youtube, ou sur www.tutotour.net

- « Le diabète de la grossesse ; ép.1 : c'est quoi ? » https://www.youtube.com/watch?v=u0Ogc_Yb7gs



- « Le diabète de la grossesse ; ép.2 : quoi faire ? » <https://www.youtube.com/watch?v=RhWDgux52Eg>



ANNEXE 2. Lien du questionnaire de satisfaction portant sur les vidéos

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYXZTEQ6nuL92QOaRAmLD42NsAhuJJ0H3NewdEfHwhyEm1Q/viewform>

Vidéo Diabète Gestationnel

Bonjour,

Vous venez d'apprendre, au décours d'une prise de sang, que votre glycémie est trop élevée pour les normes attendues au cours de la grossesse: c'est ce que l'on appelle "diabète gestationnel".

Ce mot peut vous effrayer, c'est pourquoi un rendez-vous d'annonce a été pris, afin de vous accorder un temps d'information et de répondre à toutes vos questions avec une équipe spécialisée.

En attendant cette consultation d'annonce du diabète gestationnel, vous trouverez ci joint deux courtes vidéos informatives réalisées par l'équipe du CHU de Toulouse. Nous vous proposons de compléter par la suite le questionnaire sur ces vidéos, qui ne vous demandera pas plus de 2 minutes.

Les résultats seront anonymisés; n'ayez pas peur de donner de bonnes ou mauvaises réponses, ce questionnaire existe pour nous permettre de mieux cibler vos questionnements et attentes!

Merci, et à bientôt!

 careljulie95@gmail.com (non partagé) [Changer de compte](#) 

*Obligatoire

Vidéo n°1



ANNEXE 3. Méthode d'évaluation/scoring du questionnaire FCCHL/HLS14

FCCHL (Functional, Communicative and Critical Health Literacy) / HLS14 (14-item health literacy scale)

Référence (version française) : Ousseine YM, Rouquette A, Bouhnik AD, Rigal L, Ringa V, Smith AB, Mancini J. Validation of the French version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL). *J Patient Rep Outcomes* 2018;2(1):3. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0027-8>

Lorsque vous lisez des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HLS1. Il y a des mots que je ne connais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS2. L'écriture est trop petite pour moi (même si je mets des lunettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS3. Le contenu est trop compliqué pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS4. Cela me prend beaucoup de temps à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS5. J'ai besoin d'aide pour les lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'on vous diagnostique une maladie et que vous manquez d'informations sur celle-ci et son traitement, êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HLS6. Je rassemble plusieurs sources d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS7. J'extrais parmi les informations disponibles celles qui m'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS8. Je comprends l'information obtenue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS9. Je donne mon avis sur ma maladie à mon médecin et mon entourage (famille ou amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS10. J'utilise les informations obtenues pour changer mon quotidien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si l'on vous diagnostique une maladie et que vous pouvez obtenir des informations sur celle-ci et son traitement, êtes-vous d'accord avec les propositions suivantes ?					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HLS11. Je me demande si les informations s'appliquent à mon cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS12. Je me demande si les informations sont crédibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS13. Je demande à quelqu'un ou je vérifie que les informations sont correctes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLS14. Je me renseigne pour prendre moi-même les décisions qui concernent ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring (Suka et al. Environ Health Prev Med 2013) :

FCCHL = Somme de tous les items (possible range 14–70)
 Functional dimension = Somme des items 1 à 5 (possible range 5–25)
 Communicative dimension = Somme des items 6 à 10 (possible range 5–25)
 Critical dimension = Somme des items 11 à 14 (possible range 4–20)

Functional dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL1.	5	4	3	2	1
HL2.	5	4	3	2	1
HL3.	5	4	3	2	1
HL4.	5	4	3	2	1
HL5.	5	4	3	2	1

Communicative dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL6.	1	2	3	4	5
HL7.	1	2	3	4	5
HL8.	1	2	3	4	5
HL9.	1	2	3	4	5
HL10.	1	2	3	4	5

Critical dimension					
	Pas du tout d'accord	Pas vraiment d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
HL11.	1	2	3	4	5
HL12.	1	2	3	4	5
HL13.	1	2	3	4	5
HL14.	1	2	3	4	5

ANNEXE 4. Lien du questionnaire de littératie en santé

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdLpAx9BJt5KDczJHSeSe83NNxTafj18JnYpPx8M7J4YXRA3A/vwform>

Questionnaire portant sur la façon dont vous comprenez et gérez votre santé (littératie en santé)

FCCHL (Functional, Communicative and Critical Health Literacy) / HLS14 (14-item health literacy scale)

Référence (version française): OusseinevYM, Rouquette A, Bouhnik AD, Rigal L, Ringa V, Smith AB, Mancini J. Validation of the French version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy scale (FCCHL). J Patient Rep Outcomes 2018;2(1):3. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0027-8>

 careljulie95@gmail.com (non partagé) [Changer de compte](#)



*Obligatoire

Lorsque je lis des notices ou des brochures venant de l'hôpital, ou à la pharmacie, il y a des mots que je ne connais pas: *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

TITLE : Evaluation of a video tool for pregnant women during the initial diagnosis of gestational diabetes

Abstract in English

Introduction: gestational diabetes has many consequences, for pregnant woman and her future baby, during pregnancy but also after childbirth. Many studies highlight that the lack of adherence to the therapeutic project when diagnosing gestational diabetes: it would seem that written information cannot be used by everyone. The video tool as a pedagogical tool has been validated in several studies as an effective, fun and easy-to-use method in various medical fields.

Objectives: the main objective of the study is to evaluate whether a video tool allows pregnant women facing this diagnosis to better understand what gestational diabetes is and better experience the announcement. Secondary objectives are to assess the level of health literacy of women diagnosed with gestational diabetes, and the influence of this one on patients' responses to videos.

Methods: this observational study, descriptive, prospective, monocentric carried out in diabetology in the maternity hospital of Toulouse University Hospital, consists in the dissemination of two short popular videos on gestational diabetes. It determines patients' satisfaction with these films, and estimates their level of health literacy thanks to the FCCHL/HLS14 questionnaire, validated by REFLIS. Data are cross-referenced (Fisher test) to determine the correlation between literacy levels and response levels for films.

Results: a vast majority of patients surveyed were interested in the proposed videos (82.8%). While a proportion had heard of gestational diabetes, the majority of them said they obtained additional information through videos (65.3%). Their understanding of the disease and its consequences was therefore improved (80.8%). Women surveyed said they were more confident about gestational diabetes (67.8%) and recommended watching videos to third parties (90.4%).

The distribution between low and high literacy groups was roughly equal (respectively 47.73% and 52.27%). Patients in both groups were equally interested in the videos. Women with low literacy levels heard less often about gestational diabetes (6.5% vs. 2.4%), and likely gleaned more information during video watching. They thus reported a better understanding of the issues and consequences of the disease. A small percentage of patients with low literacy levels reported some of the information provided by the videos to be unclear (less than 5% compared to none of the women with high literacy skills). Finally, regardless of literacy level, women recommended videos to other patients.

Discussion: the results of this study go in the direction expected by the creators of the videos. The satisfaction rate of the patients surveyed, regardless of their level of literacy, reinforces this hypothesis, and is encouraging. The results obtained regarding health literacy are fundamental as a first approach to our population of women and will be useful for other work. Regarding the existence of a link between the level of understanding of patients' health information and their satisfaction rates with the video, even if the results are not statistically significant (p value > 0.05), there is a homogeneous trend when cross-referencing the data, with similarities between the questions, leading to a coherent whole: patients with low literacy levels would be more positively affected by videos because the information would be more accessible. They would have a higher satisfaction rate with a more marked and therefore more expressed understanding, reassurance and involvement. We can affirm that our video tool helps pregnant women facing the diagnosis of gestational diabetes. This work is a preliminary feasibility study, which forms the basis for a larger study.

Keywords: gestational diabetes, literacy, health literacy, video tool, video.

AUTEUR : Julie CAREL

TITRE : Evaluation d'un outil vidéo à destination des femmes enceintes lors du diagnostic initial du diabète gestationnel.

DIRECTRICE DE THESE : Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse Purpan, le 29 Novembre 2022.

Introduction: le diabète gestationnel a de nombreuses conséquences, pour la femme enceinte et le futur bébé, pendant la grossesse et après l'accouchement. De multiples études mettent en évidence le manque d'adhésion thérapeutique lors du diagnostic de diabète gestationnel : il semblerait que l'information écrite ne puisse pas être utilisée par tous. L'outil vidéo en tant que moyen pédagogique a été validé dans plusieurs études comme une méthode efficace, ludique et facile d'utilisation dans divers domaines médicaux.

Objectifs : l'objectif principal de l'étude est d'évaluer si un outil vidéo permet aux femmes enceintes confrontées à ce diagnostic de mieux comprendre ce qu'est le diabète gestationnel et mieux en vivre l'annonce. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le degré de littératie en santé des femmes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel, et l'influence de celui-ci sur les réponses des patientes concernant les vidéos.

Méthodes : cette étude observationnelle descriptive, prospective, monocentrique réalisée en diabétologie à la maternité du CHU de Toulouse consiste en la diffusion de deux courtes vidéos de vulgarisation concernant le diabète gestationnel. Elle évalue la satisfaction des patientes incluses concernant les films, et détermine leur niveau de littératie en santé grâce au questionnaire FCCHL/HLS14, validé par REFLIS. Les données sont croisées (test de Fisher), afin de déterminer la corrélation entre niveau de littératie et niveau de réponse concernant les films.

Résultats : une vaste majorité des patientes interrogées était intéressée par les vidéos proposées (82,8%). Si une partie avait déjà entendu parler de diabète gestationnel, la majorité d'entre elles déclarait avoir tout de même obtenu des informations supplémentaires par le biais des vidéos (65,3%). Leur compréhension de la maladie et de ses conséquences s'en trouvait donc améliorée (80,8%). Les femmes interrogées se déclaraient plus confiantes vis-à-vis du diabète gestationnel (67,8%) et l'immense majorité recommandait le visionnage des vidéos à de tierces personnes (90,4%). La répartition entre groupes de faible et haut niveau de littératie était sensiblement équivalente (respectivement 47,73% et 52,27%). Les patientes des deux groupes étaient également intéressées par les vidéos. Les femmes de faible niveau de littératie avaient moins souvent entendu parler de diabète gestationnel (6,5% VS 2,4%), et glanaient probablement plus d'informations au cours du visionnage des vidéos. Elles déclaraient ainsi davantage mieux saisir les enjeux et conséquences de la maladie. Un faible pourcentage de patientes de faible niveau de littératie estimait certaines informations délivrées par les vidéos peu intelligibles (moins de 5% d'entre elles contre aucune des femmes de haut niveau de littératie). Enfin, quel que soit le niveau de littératie, les femmes recommandaient les vidéos à d'autres patientes.

Discussion : les résultats de cette étude vont dans le sens attendu par les créateurs des vidéos. Le taux de satisfaction des patientes interrogées, quel que soit leur niveau de littératie, nous conforte dans cette hypothèse, et est encourageant. Les résultats obtenus concernant la littératie en santé sont fondamentaux comme première approche de notre population de femmes, et seront utiles à d'autres travaux. Concernant l'existence d'un lien entre le niveau de compréhension de l'information en santé des patientes et leurs taux de satisfaction concernant les vidéos, même si les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (p value > 0.05), il existe une tendance homogène lors du croisement des données, avec des similitudes entre les questions, aboutissant à un ensemble cohérent : les patientes avec un faible niveau de littératie seraient affectées plus positivement par les vidéos car l'information y serait plus accessible. Elles auraient un taux de satisfaction plus grand avec une compréhension, une réassurance et une implication plus marquées et donc plus exprimées. Nous pouvons donc affirmer que notre outil vidéo aide les femmes enceintes confrontées au diagnostic de diabète gestationnel. Ce travail est étude préliminaire de faisabilité, qui constitue les bases d'une étude de plus grande ampleur.

Mots-Clés: Diabète Gestationnel, Littératie, Littératie en Santé, Outil vidéo, Vidéo.

Discipline Administrative: Médecine Générale.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex