



HAL
open science

Littératie et diabète gestationnel

Albane Lautier

► **To cite this version:**

Albane Lautier. Littératie et diabète gestationnel. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03926204

HAL Id: dumas-03926204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03926204v1>

Submitted on 6 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

École de Maïeutique

LITTÉRATIE ET DIABÈTE GESTATIONNEL

**Étude de la compréhension des informations données lors des ateliers
d'éducation thérapeutique à l'hôpital Nord et à la Conception**

Présenté et publiquement soutenu

Le 10 juin 2022

Par

LAUTIER Albane Prénom

Née le 03 octobre 1998

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année universitaire 2021/2022

Membres du jury :

- CHEVALIER Jean, médecin nutritionniste, directeur de mémoire
- FREMONDIERE Pierre, sage-femme enseignant
- LOUZON Sophie, sage-femme à Beauregard

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

LITTÉRATIE ET DIABÈTE GESTATIONNEL

**Étude de la compréhension des informations données lors des ateliers
d'éducation thérapeutique à l'hôpital Nord et à la Conception**

LAUTIER Albane

Née le 03 octobre 1998

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2021-2022**

Validation 1^{ère} session 2022 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :	Félicitations du Jury	<input type="checkbox"/>
	Très bien	<input type="checkbox"/>
	Bien	<input type="checkbox"/>
	Assez bien	<input type="checkbox"/>
	Passable	<input type="checkbox"/>
Validation 2^{ème} session 2022 :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

LITTÉRATIE ET DIABÈTE GESTATIONNEL

**Étude de la compréhension des informations données lors des
ateliers d'éducation thérapeutique à l'hôpital Nord et à la
Conception**

Remerciements

A mon directeur de mémoire, le docteur Jean Chevalier pour son accompagnement lors de la réalisation de ce mémoire.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'École Universitaire de Marseille Méditerranée, pour la formation qu'ils m'ont donnée pendant mes deux années de master.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de maïeutique de Tours, pour la formation qu'ils m'ont donnée pendant mes deux premières années d'école.

A toutes les sages-femmes qui m'ont encadrée pendant les stages, et qui m'ont permis d'apprendre le métier de sage-femme.

A toutes les patientes, qui ont répondu à mon questionnaire et qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

A ma Maman, qui m'a donnée la vie et les sages-femmes qui l'ont aidée et soutenue lors de sa grossesse et ma naissance si particulière.

A mon Papa, pour tous ces conseils lors de la rédaction de ce mémoire.

A toutes les personnes du Rocher et aux habitants de Campagne Lévêque, qui m'ont permis d'apprendre à me découvrir.

A mes frères et sœurs et mes amis, pour leur soutien et leur amitié.

Table des matières

Première partie : Introduction à l'étude	1
1. Définitions.....	2
1.1. Analphabétisme	2
1.2. Illettrisme.....	3
1.3. Précarité.....	3
1.4. Littératie	3
1.5. Jargon médical.....	4
1.6. Littératie en santé.....	4
1.7. Diabète gestationnel	4
1.8. Éducation thérapeutique	4
2. Information en matière de santé : exemples, demande et freins	5
2.1. Exemples liés à l'importance de l'information en matière de santé	5
2.2. Demande d'une information claire, fiable et facilement accessible.....	6
2.3. Freins à l'information en matière de santé	6
3. Littératie en santé	7
3.1. Les différents niveaux en littératie en santé.....	8
3.2. Bon niveau de littératie en santé.....	10
3.3. Faible niveau de littératie en santé	10
3.4. Stratégies pour améliorer le niveau en littératie.....	11
4. Diabète gestationnel	12
4.1. Les conséquences	12
4.2. Le dépistage.....	13
4.3. Le traitement	14
4.4. Influence de la littératie sur le diabète gestationnel	15
Deuxième partie : Matériels et méthodes de l'étude	16
1. Liminaire	16
2. Critères étudiés	16
3. Protocole de l'étude.....	17
4. Élaboration et distribution du questionnaire	17
5. Population étudiée	18

6. Recueil de données	18
7. Analyse des résultats	19
8. Objectifs de l'étude	19
Troisième partie : Résultats	20
1. Liminaire	20
2. Diagramme de flux	20
3. Résultats et analyse de l'étude	21
3.1. Description de la population	21
3.2. Résultats en fonction de l'objectif principal de l'étude	24
3.3. Résultats en fonction de l'objectif secondaire de l'étude	27
Quatrième partie : Analyse et Discussion	29
1. Liminaire	29
2. Limites de l'étude	29
3. Biais de l'étude	29
4. Confrontation de l'étude aux données de la littérature	30
4.1. Description de la population de l'étude	30
4.2. Aparté sur le diagnostic par la glycémie à jeun	31
4.3. Objectif principal de l'étude	32
4.4. Objectif secondaire de l'étude	34
5. Idées pour améliorer le niveau de littératie	34
Cinquième partie : Conclusion	36
Bibliographies	37

Première partie : Introduction à l'étude

La littératie en santé est définie en 1998 par l'organisation mondiale de la santé (OMS*) comme « *les aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder à l'information, à la comprendre et à l'utiliser de manière à favoriser et à maintenir une bonne santé* » (1). Ces aptitudes sont importantes pour la prévention, les soins et les traitements, ainsi que pour l'accès aux systèmes de santé (2). Pour Stéphan Van den Broucke (professeur de psychologie), une bonne compréhension du vocabulaire permet : « *des choix plus éclairés, une grande auto-efficacité, des attitudes et comportements de santé plus positifs, une prévention accrue, de meilleurs résultats de santé, une diminution des coûts des soins de santé,...* » (3).

La bonne compréhension du vocabulaire est essentielle afin de rendre les patients plus autonomes et de leur permettre d'être acteurs de leur propre santé. La littératie répond à une question de justice et d'équité (3).

La littératie en santé est un enjeu de santé publique : il a été prouvé qu'un niveau élevé est lié de manière significative à un bon état de santé et à une faible prévalence de plusieurs maladies (3). Un faible niveau de littératie médicale, accentue également les inégalités sociales, complique l'accès aux services de santé et la relation du soignant avec le patient (2). La littératie a un impact sur la mortalité qui est plus élevée et sur les coûts de santé qui sont plus importants (3).

Lors d'un suivi médical, l'information et la compréhension du patient s'inscrit aussi dans un cadre légal. Dans le code de santé publique, l'article L. 1111-4 mentionne : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* »¹.

¹ France, code de santé publique, article L.1111-4, modifié par l'ordonnance n°2020-232 du 11 mars 2020 – art.2, entre en vigueur le 1^{er} octobre 2020

Dans le code déontologie des sages-femmes : « *La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement* »². C'est donc une obligation.

La communication entre la sage-femme et la patiente est un point culminant pour la relation soignant-soigné et pour la délivrance de l'information médicale. Elle doit utiliser des mots adaptés à la patiente afin qu'elle comprenne les enjeux d'un suivi clinique et paraclinique pendant sa grossesse (2).

Le diabète gestationnel est l'une des principales maladies rencontrées pendant la grossesse. La prévalence est entre 2 et 6% en France, et ne cesse d'augmenter (4,5). L'observance de la patiente est très importante pour la prise en charge de cette pathologie. De ce fait, la littératie en santé est importante pour la prise en charge du diabète gestationnel.

L'objet de l'étude, est de réaliser l'état des lieux de la compréhension liée à la prise en charge et au vocabulaire médical lors des ateliers de diabète gestationnel à l'hôpital Nord et à la Conception.

1. Définitions

1.1. Analphabétisme

L'analphabétisme est défini dans le rapport de l'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO*) en 1958 comme « *toute personne incapable de lire et écrire, en le comprenant, un exposé bref et simple de faits en rapport avec la vie quotidienne* » (6).

Un analphabète est une personne ayant donc de fortes difficultés voire une impossibilité à pouvoir gérer son quotidien seul en s'appuyant sur le langage (écrit ou oral).

² France, code de déontologie des sages-femmes, article R.4127-334 du code de la santé publique, sous-section 2 : devoirs envers les patientes et les nouveau-nés

1.2. Illettrisme

Selon le dictionnaire Larousse, l'illettrisme est « *l'état de ceux qui ne maîtrisent ni la lecture ni l'écriture* » (7).

Une personne illettrée est un individu ayant donc des difficultés à s'exprimer correctement tant à l'écrit qu'à l'oral. Cette personne pourra cependant gérer son quotidien sans trop de difficultés au premier abord.

L'illettrisme est un problème sociétal reconnu en France, c'est une priorité nationale pour les plus hautes instances de l'État (8).

1.3. Précarité

La définition de la précarité est complexe. Selon le dictionnaire Larousse, « état, caractère de ce qui est précaire » (9).

La définition proposée par le conseil économique et social est la suivante « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l'emploi... L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives... Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence...* » (10).

1.4. Littératie

Le terme de littératie apparaît en France pour la première fois en 1985 (Giasson, & al., 1985), il faut attendre 1991 pour le premier article dans une revue (11).

Selon Richard et Lussier, la littératie est « *un concept multidimensionnel qui va bien au-delà de la simple capacité de lire et d'écrire et qui, en ce sens étend considérablement le concept d'alphabétisme* » (12).

La littératie est définie par le Robert comme « *aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne* » (13).

1.5. Jargon médical

Le jargon est un langage propre à une profession, il permet de faciliter la communication et de la rendre plus efficace (14). Dans le domaine médical comme toute profession, il existe un langage professionnel : le jargon médical.

Le jargon médical utilise deux types de termes :

- les mots techniques,
- un mot du langage courant dont le sens est spécifique dans le domaine médical (15).

1.6. Littératie en santé

La littératie en santé est définie par Sorensen et al. par « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie* » (16).

1.7. Diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est défini par l'OMS* « *comme un trouble de tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et l'évolution dans le post partum* » (17).

Cette définition comprend :

- le diabète existant avant la grossesse le plus souvent de type 2, il est découvert pendant la grossesse et continuera après l'accouchement,
- une anomalie de la tolérance glucidique à cause de la grossesse. Celle-ci apparaît souvent au deuxième trimestre et disparaît, au moins en partie, en post partum (17).

1.8. Éducation thérapeutique

Selon la définition du rapport OMS* - Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie*

chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (18).

2. Information en matière de santé : exemples, demande et freins

2.1. Exemples liés à l'importance de l'information en matière de santé

Une étude menée par Schillinger et al. a montré que les médecins ne semblent pas s'assurer que l'information soit comprise par le patient. Lors d'informations nouvelles, les médecins ne vérifient qu'une fois sur cinq la compréhension des patients, dans 47 % des cas l'information est mal comprise (2).

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS*) a mené une enquête en 2006, auprès des maternités (19).

Les conclusions de cette étude montrent que les patientes sont :

- sensibles aux qualités humaines du personnel soignant,
- heureuses des conditions de leur accouchement,
- sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leurs actes et l'impact qu'ils ont sur leur santé,
- elles aimeraient plus d'informations libres et éclairées sur les soins pratiqués lors de l'accouchement (19).

Lors d'une césarienne, une femme sur dix, trouve que les informations délivrées ne sont pas suffisantes et une femme sur vingt trouve que l'information est inexistante. Lors d'une épisiotomie une femme sur deux trouve qu'il y a un manque d'information (16%) ou une absence totale d'explications (31 %) (19).

Une étude américaine, met en lien un faible niveau de littératie et la mauvaise utilisation des soins prénataux par les femmes afro-américaines. Le seul facteur limitant de l'utilisation des dispositifs prénataux est la communication entre le médecin et le malade. Les femmes trouvent que la communication est inefficace. Les informations manquent de clarté et le médecin ne les donnent pas de manière accessible. En conséquence, elles ne s'impliquent plus dans les différentes démarches de soins (2).

Selon une méta-analyse réalisée en 2014 par l'équipe du professeur John M.Kelley, la qualité de la relation entre le médecin et ses malades influence sur la pression artérielle, la perte de poids ou les scores de douleurs. Une information de meilleure qualité entre le praticien et son malade permet une amélioration de ces paramètres (20).

Ces différentes études montrent que les patients attendent une meilleure information sur les soins qu'ils ont eu.

2.2. Demande d'une information claire, fiable et facilement accessible

Les états généraux de 1999, montrent qu'une quantité importante d'informations diverses est délivrée aux patients. Ils ont du mal à comprendre et à hiérarchiser ces informations. Les informations données aux patients doivent être claires, fiables et facilement compréhensibles (21).

Les bénéfices d'une meilleure communication permettent d'améliorer la satisfaction du professionnel de santé et du patient, la qualité de vie du patient, le suivi du traitement et les résultats cliniques. La participation du patient aux décisions médicales permet de diminuer son anxiété et d'améliorer sa santé (20).

2.3. Freins à l'information en matière de santé

Maîtriser le jargon médical passe par un apprentissage lors des cours théoriques et des stages en structure hospitalière. Ce jargon médical est complexe et difficilement compréhensible au début des études. Au fur et à mesure des différents cours et stages, son utilisation devient plus simple car récurrente pour les futurs praticiens. L'acquisition difficile de ce jargon est d'autant plus compliquée pour les patients. Ceux-ci ne comprennent pas ou que superficiellement les différents mots utilisés. L'utilisation du jargon médical devient familier pour le praticien. Il devient donc compliqué d'expliquer

aux patients une pathologie sans utiliser de vocabulaire technique. En effet, il fait partie du langage courant du professionnel de santé (22,23).

L'utilisation du jargon médical en consultation peut créer une relation asymétrique. Le professionnel de santé à tout le savoir et le patient ne connaît et ne comprend pas le langage utilisé. Le patient va se mettre à la place de spectateur et laisser le professionnel de santé choisir pour lui.

Le besoin d'une relation de transparence, permettant d'établir une relation de confiance avec le système de santé est soulevé lors des états généraux de la santé en 1999 . L'exigence de transparence est à mettre en lien avec le besoin de considération. Aujourd'hui, nous tendons à une relation soignant-soigné plus horizontale afin de laisser le patient échanger avec le professionnel de santé et de lui permettre de pouvoir agir sur sa maladie et sa prise en charge. Le dialogue ainsi que la diminution de l'asymétrie d'informations entre soignants et soignés sont nécessaires à l'amélioration de cette relation (21).

En 1999, on perçoit un tournant entre le « *malade soumis* » à un « *usager bien informé* », parfois même les patients veulent une participation active à leur traitement (21).

Les freins importants à la communication entre le patient et le professionnel de santé sont l'utilisation du jargon médical, les informations diverses données aux patients qu'ils ont du mal à comprendre et à hiérarchiser et une relation asymétrique entre le soignant-soigné.

3. Littératie en santé

Le concept de littératie en santé a émergé dans les années 70. Celui-ci est alors utilisé dans certains services avec une utilisation limitée à la compréhension des mots difficiles et au calcul arithmétique dans le contexte médical (16).

Puis, la littératie en santé est plus utilisée et s'est étendue à des concepts plus complexes et interconnectés. La littératie en santé permet de comprendre des informations sur la santé, de communiquer ses besoins aux professionnels de santé et de saisir des instructions de santé (16).

Dans les années 2000, l'Europe utilise la littératie en santé afin de promouvoir l'éducation pour la santé et la promotion de la santé (3).

Aujourd'hui, la littératie en santé inclut la capacité de rechercher l'information sur la santé, de prendre des décisions, de résoudre des problèmes, d'avoir une pensée critique, de pouvoir et savoir communiquer. La littératie en santé permet de répondre à une question de justice et d'équité dans l'accès aux soins et aux services. La littératie en santé est devenue une priorité en santé publique (3,16).

Le concept de littératie en santé montre qu'il faut disposer de compétences sociales, personnelles et cognitives pour bénéficier au mieux du système de santé (16).

Au quotidien, la littératie en santé permet de comprendre un diagnostic, la prise en charge de la maladie, un traitement, une prescription et les actions à mettre en place pour améliorer son état de santé. Elle permet aussi aux patients de mieux interagir avec le professionnel de santé.

3.1. Les différents niveaux en littératie en santé

Le niveau de littératie en santé est fortement corrélé au niveau de littératie générale des patients et au développement cognitif qui y est associé. Ce niveau n'est pas défini par une simple capacité à lire et à comprendre des documents du domaine de la santé (24).

Selon Baker, Wolf, Feinglass (2007), « *le niveau de littératie en santé est le meilleur facteur prédictif de l'état de santé et de mortalité d'une personne* ». Le niveau de littératie est donc plus important que le niveau des revenus, d'instruction ou la catégorie socio-professionnelle pour évaluer le niveau de compréhension des informations par les patients (25).

Il existe trois niveaux en littératie de la santé définis par Nutbeam :

- le niveau fonctionnel,
- le niveau interactif,
- le niveau critique (26).

Lorsque le niveau de littératie est fonctionnel, la maladie est extérieure au patient, qui cependant possède les compétences de base en lecture et écriture permettant d'utiliser les supports de santé (27).

Lorsque le niveau de littératie est interactif, le patient prend conscience qu'il peut agir sur sa maladie. Les compétences cognitives ainsi qu'en littératie sont plus poussées, il peut agir activement sur sa propre santé, et savoir trouver des informations et les utiliser dans des contextes variables (27).

Lorsque le niveau de littératie est critique, le patient gère de manière active la maladie. Il possède des capacités cognitives et des compétences sociales avancées lui permettant d'évaluer de façon critique la qualité des informations et de les utiliser pour agir efficacement sur sa santé (27).

Une étude auprès de 92 femmes de la Réunion a été menée en avril 2018, sur le niveau de littératie des femmes bénéficiant d'un suivi éducatif pour la prise en charge du diabète gestationnel.

Les exemples de cette étude permettent de mieux comprendre la différence de comportement des patientes en fonction du niveau de littératie :

- le niveau fonctionnel : Isabelle 29 ans, serveuse : « *maman va sur internet, quand je lui demande c'est quoi ça, elle va regarder et elle me dit* »,
- le niveau interactif : Clémence, 27 ans, sans emploi : « *et là de me retrouver à manger des fruits et légumes ça m'a beaucoup changé mais j'ai réussi, fallait le faire* »,
- le niveau critique : Juliette, 39 ans, femme au foyer « *j'ai supprimé le sucre mais j'ai remplacé par la stévia, exceptionnellement aussi quand y'a un anniversaire, je prends une part de gâteau* » (27).

Les exemples permettent de comprendre la différence d'implication des patientes dans la prise en charge du diabète gestationnel. En effet, pour Isabelle la maladie est extérieure, elle ne peut donc agir dessus, alors que Juliette a compris les différentes possibilités pour agir sur la prise en charge du diabète gestationnel.

3.2. Bon niveau de littératie en santé

Van den Broucke, S, écrit « *les avantages d'un bon niveau de littératie en santé sont multiples : des choix plus éclairés, une plus grande auto-efficacité, des attitudes et comportements de santé plus positifs, une prévention accrue, de meilleurs résultats de santé, une diminution des soins de santé... Par conséquent, de bons niveaux de littératie en santé améliorent la santé globale de la population* ». Van den Broucke s'intéresse aussi à la question des inégalités que ce concept révèle. Il faut donc que les actions mises en place pour diminuer les inégalités soient efficaces (3).

Les facteurs prédictifs pour une bonne compréhension du vocabulaire médical sont les suivants :

- l'âge,
- être une femme,
- le niveau d'études supérieures au baccalauréat,
- le fait d'être un professionnel de santé,
- la parentalité,
- être porteur d'une maladie chronique grâce à l'éducation thérapeutique (3,22,23).

Les fortes compétences de littératie en santé sont possibles seulement si le patient choisit de reprendre un pouvoir sur sa maladie et choisi d'entreprendre une transformation personnelle de reprise de pouvoir sur sa vie (23).

3.3. Faible niveau de littératie en santé

Un faible niveau de littératie contribue aux inégalités sociales de santé (23). Il est en lien avec une faible observance thérapeutique, une capacité limitée à accéder aux soins. Lors d'un faible niveau de littératie en santé, les traitements ont des résultats moindres et les patients sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables en santé, de participer à des programmes de dépistage et d'utiliser les services de prévention (16).

Les facteurs responsables d'une mauvaise compréhension sont les suivants :

- être âgé de plus de 71 ans,
- avoir un niveau d'étude inférieur au baccalauréat,
- ne pas parler le français couramment,
- l'origine ethnique,
- être en situation de précarité,

- être atteint d'une maladie psychique,
- ne pas avoir de médecin traitant (3,22,23,28).

Les conséquences d'un faible niveau en littératie sont les suivantes :

- les personnes ayant un faible niveau en littératie sont plus susceptibles d'être hospitalisées,
- ils ont une moins bonne santé et sont moins susceptibles d'utiliser des soins préventifs comme par exemple les vaccins ou la mammographie,
- c'est associé à des taux de mortalité toutes causes confondues plus élevées chez les personnes âgées,
- il est corrélé avec une forte incidence de cancers, une augmentation de la mortalité et une diminution de la qualité de vie,
- 48% des patients souffrant d'hypertension ou de diabète ont une connaissance insuffisante de leur maladie et des modifications de style de vie nécessaires, ainsi qu'une mauvaise autogestion de leur maladie, malgré des cours d'éducation formelle (25).

3.4. Stratégies pour améliorer le niveau en littératie

Le bureau régional de l'OMS* pour l'Europe a mis en place une stratégie autour de trois axes pour hausser le niveau de littératie en santé.

Ces axes sont :

- assurer une meilleure communication sur la santé, en établissant des lignes directrices prenant mieux en compte le concept de la littératie en santé,
- créer et renforcer des environnements favorables à la littératie en santé,
- élaborer des politiques pour aborder la littératie en santé aux niveaux local, national et international (16).

Ces axes doivent être mis en place au niveau territorial afin d'être le plus proche des populations (16).

Cette stratégie vise à rendre les patients plus autonomes afin qu'ils puissent prendre des décisions pour leur propre santé (16).

4. Diabète gestationnel

La physiopathologie du diabète gestationnel est une hausse de la résistance à l'insuline avec un déficit sur la fonction pancréatique β (5). Physiologiquement, une insulino-résistance va progresser au cours de la grossesse (29).

En France, on estime la prévalence entre 2 à 6% (17). Celle-ci est en augmentation constante à cause de l'augmentation de l'obésité, du diabète, l'âge maternelle avancée, la sédentarité ainsi que l'adoption du mode de vie moderne dans les pays en voie de développement (4,17,30).

4.1. Les conséquences

Il existe une réelle corrélation entre les valeurs glycémiques maternelles et la fréquence des complications périnatales (pré-éclampsie, accouchement prématuré, dystocie des épaules ou traumatismes obstétricaux, transfert des nouveau-nés en soins intensifs, hyperbilirubinémie) (5).

Les complications maternelles du diabète gestationnel sont nombreuses. On peut citer les complications suivantes :

- un risque accru de pré-éclampsie et de césarienne,
- le surpoids et l'obésité,
- troubles psychologiques de type d'anxiété et altération de la perception de soi sont possibles suite à l'annonce du diagnostic (17,30,31).

Dans la littérature, on ne retrouve pas d'augmentation du taux d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale sévère et d'hémorragie du post-partum à cause du diabète gestationnel (5).

À long terme, les femmes ont un risque de 30 à 84% de déclarer un diabète gestationnel lors d'une future grossesse. Le risque est multiplié par sept de déclarer un diabète de type 2. Le risque est multiplié entre 2 et 5 de développer un syndrome métabolique. Le risque est multiplié par 1,7 de développer plus tard une maladie cardiovasculaire (5,17).

Les complications fœtales et néonatales sont rares, elles sont augmentées si c'est un diabète de type 2 découvert pendant la grossesse. On note, une augmentation modérée de la fréquence des malformations en cas de diabète gestationnel par rapport à la population générale. Cela est sûrement dû aux cas de diabète de type 2 méconnus (5,17).

La principale complication est la macrosomie car le glucose en excès chez la mère est transmis au fœtus et le glucose en surplus est stocké dans les organes du fœtus (5). La macrosomie peut entraîner des accouchements difficiles avec la dystocie des épaules qui peut engager le pronostic vital de l'enfant (5,17,31).

La détresse respiratoire à la naissance est possible mais le lien entre les deux est difficile à faire. Le risque d'hyperbilirubinémie est faiblement augmenté. La fréquence d'hypoglycémie néonatale sévère lors d'un diabète gestationnel est faible et le risque est compliqué à apprécier car la définition de l'hypoglycémie n'est pas la même en fonction des études (5).

Les traumatismes obstétricaux et les atteintes du plexus brachial sont rares, l'augmentation en cas de diabète gestationnel n'est pas réellement démontrée (5).

Les complications à long terme chez les enfants après un diabète gestationnel chez la mère sont un risque majoré d'obésité dans l'enfance, le développement du diabète de type 2 et le syndrome métabolique à l'âge adulte ainsi que des risques cardiovasculaires (5,17,30).

4.2. Le dépistage

Il n'y a pas de bénéfice à dépister toutes les femmes mais seulement celles avec des facteurs de risques (5). L'American Diabetes Association (ADA*) recommande donc de dépister les femmes avec des facteurs de risques pour le diabète dès la première visite prénatale. Ce dépistage est une analyse de la glycémie à jeun (32).

Les facteurs de risque classiques du diabète gestationnel sont les suivantes :

- les antécédents personnels de diabète gestationnel,
- l'âge maternel (plus de 35 ans),
- indice de masse corporelle (IMC*) supérieur à 25,

- les antécédents familiaux de diabète de type 2 chez le père, la mère et dans la fratrie,
- un antécédent de macrosomie fœtale : plus de 4 kg à la naissance (17).

On estime à 30% le taux de diabète de type 2 méconnus et à 15% la proportion de diabète gestationnel qui sont des diabètes de type 2. Les femmes ayant du diabète à cette première prise de sang doivent être donc considérées comme diabétiques de type 2. Le diabète gestationnel est par contre lui diagnostiqué entre la 24 et 28 semaines d'aménorrhée par le test d'hyperglycémie provoquée oral (HGPO*) à 75 g de glucose. C'est à cette période que la tolérance du glucose se détériore (17) .

Le dépistage du diabète gestationnel peut être réalisé sur des signes échographies : hydramnios et les biométries fœtales supérieures au 97^{ème} percentile. Cette recommandation ne se base pas sur des preuves scientifiques, c'est un accord professionnel (17).

4.3. Le traitement

Le traitement du diabète gestationnel a permis de réduire les complications périnatales sévères, la macrosomie fœtale et la pré-éclampsie par rapport à l'abstention thérapeutique, sans majoration des risques de césarienne (30). La patiente est suivie par une équipe pluridisciplinaire (endocrinologue, sage-femme, diététicienne,...) afin de constituer une prise en charge adaptée et poly-compétente (33).

Ce traitement comprend :

- les mesures hygiéno-diététiques,
- la surveillance glycémique,
- l'insulinothérapie si nécessaire (17).

La motivation de la patiente est importante afin d'atteindre un bon équilibre glycémique (29).

Les mesures hygiéno-diététiques est le traitement le plus important lors d'un diabète gestationnel (5). L'apport recommandé est entre 25 et 35 kcal/kg/j. Cet apport doit être réparti en trois repas et deux à trois collations. 30 minutes d'activité physique trois à cinq fois par semaine sont recommandées en l'absence de contre-indication (17).

L'auto-surveillance glycémique est recommandée entre 4 à 6 fois par jour, une fois à jeun et deux heures après le repas. Selon le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF*), l'objectif glycémique à jeun est de 0,95 g/L et en post prandial (deux heures après le repas) est de 1,20 g/L (17).

L'insuline doit être mise en place si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de mise en place des mesures hygiéno-diététiques (17).

4.4. Influence de la littératie sur le diabète gestationnel

Lors d'un diagnostic de diabète gestationnel, les femmes doivent réagir vite (le temps de la grossesse) pour permettre une prise en charge efficace et des changements d'habitudes de vie (34).

Les règles hygiéno-diététiques sont essentielles pour le traitement du diabète gestationnel.

L'éducation thérapeutique est primordiale car le traitement est essentiellement sur l'alimentation et une activité physique (34).

L'autogestion de la maladie par la surveillance glycémique, va permettre aux patientes de créer un lien entre les aliments consommés et la valeur glycémique réalisée deux heures après le repas. Il faudra que la patiente change son alimentation si la glycémie est trop élevée.

Le concept de littératie en santé est intéressant dans la prise en charge car un bon niveau en littératie permet une amélioration de la prise en charge et de l'état de santé des patientes (35). Comme le montrent Williams, Baker et Parker en 1998, les cours d'éducation ne suffisent pas. Ils montrent que 48% des patients souffrant d'hypertension ou de diabète ont une connaissance insuffisante de leur maladie et des modifications de style de vie nécessaires, ainsi qu'une mauvaise autogestion de leur maladie, malgré des cours d'éducation formelle (25).

La littératie est primordiale dans la prise en charge du diabète gestationnel car le traitement passe essentiellement par des mesures éducatives et donc la patiente doit comprendre les différentes modalités de la prise en charge.

Deuxième partie : Matériels et méthodes de l'étude

1. Liminaire

L'hôpital Nord et la Conception sont deux établissements faisant partie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Ces deux établissements sont des maternités de niveau III et ont décidé de proposer une prise en charge commune pour les patientes ayant eu un diagnostic de diabète gestationnel. Ces patientes peuvent ainsi participer à des ateliers de prise en charge de celui-ci.

Après avoir posé les bases théoriques du diabète gestationnel et l'impact de la littératie sur celui-ci (partie 1), cette partie présente l'étude de littératie lors des ateliers de diabète gestationnel réalisés à l'Hôpital Nord et à la Conception.

2. Critères étudiés

L'objectif de l'étude est d'évaluer la bonne compréhension des recommandations formulées lors des ateliers précités sur la prise en charge du diabète gestationnel. Cette bonne compréhension est une question relative à la littératie.

Il a été choisi, afin de mener à bien cette étude de réaliser un questionnaire puis de le soumettre aux patientes. Les critères d'évaluation ont été définis pour comparer les résultats des différents questionnaires.

Ces critères d'évaluation sont les suivants :

- patiente avec une activité professionnelle ou sans activité professionnelle,
- la prise en charge du diabète gestationnel (auto-surveillance, alimentation),
- compréhension des informations et vérification par les professionnels de santé de la bonne compréhension,
- connaissance des risques du diabète gestationnel,
- compréhension des mots constituant le jargon médical,
- reformulation par les professionnels de santé.

3. Protocole de l'étude

En amont de l'étude un questionnaire a été établi. L'étude est basée sur une analyse des réponses à ces questionnaires distribués de manière anonyme à la fin des ateliers de diabète gestationnel. C'est donc une étude quantitative.

4. Élaboration et distribution du questionnaire

Le questionnaire est anonyme, il n'y a aucune donnée nominative ou indirectement nominative. Les patientes ne participent qu'une seule fois à l'atelier de diabète gestationnel, le questionnaire n'a pas donc pu être rempli deux fois par la même patiente. Le questionnaire (*annexe I*) contient 28 questions dont 12 fermées, 7 ouvertes et 5 à choix multiples.

Une demande pour la protection des données personnelles a été réalisée auprès de l'assistance publiques des hôpitaux marseillais afin de pouvoir commencer l'étude (respect de la réglementation sur la protection des données). Le numéro de la demande est le suivant : PADS21-283.

Les deux premières questions permettent de déterminer si les patientes peuvent être incluses dans l'étude ou non.

Les cinq questions suivantes permettent de connaître la situation des patientes (âge, IMC*, nationalité, parité, situation familiale).

Ensuite, une question sur la profession, la variable mesurée avec cette question est le niveau d'étude.

La fin du questionnaire permet d'évaluer la bonne compréhension de la prise en charge du diabète gestationnel, des risques, de la connaissance du « jargon médical ». Dans cette partie du questionnaire, une question permet de savoir si les professionnels de santé s'assurent de la bonne compréhension des patientes et de savoir si les patientes osent poser des questions.

5. Population étudiée

Pour les patientes ayant eu un diagnostic de diabète gestationnel, un atelier sur la prise en charge de cette pathologie leur est proposé. La participation à l'atelier pour la prise en charge du diabète gestationnel est normalement obligatoire. Ceci permet de réaliser la meilleure surveillance possible pendant la grossesse et d'améliorer de façon continue les soins.

Les critères d'inclusion à l'étude sont les suivants :

- âge de 18 ans ou plus,
- savoir lire le français,
- écrire le français afin de pouvoir répondre aux questionnaires.

Les critères de non-inclusion dans cette étude sont les suivants :

- les patientes âgées de moins de 18 ans,
- les patientes sans diagnostic de diabète gestationnel,
- les patientes ayant un diabète gestationnel mais qui sont analphabètes ou illettrées,
- les patientes avec un diabète gestationnel et qui n'ont pas participé à l'atelier de diabète gestationnel,
- les patientes refusant de participer à l'étude.

6. Recueil de données

Le questionnaire a été distribué après chaque atelier de diabète gestationnel et récupéré par la suite.

La difficulté principale rencontrée lors de la distribution des questionnaires réside dans la délégation aux professionnels de santé animant les ateliers de diabète gestationnel. Le questionnaire n'a en effet pas été distribué à chaque fois du fait de la décision des professionnels ou de leur oubli.

Pour ce qui concerne les questionnaires non-remplis, les raisons peuvent être multiples : refus de participer à l'étude, illettrisme, analphabétisme ou non distribution des questionnaires. Aucune conclusion ne peut donc être tirée de l'absence de réponses au questionnaire.

7. Analyse des résultats

Le logiciel utilisé pour le traitement des données est Excel. Afin de pouvoir analyser et comparer celles-ci, il a été choisi de coder les réponses : la grille de codage est présentée en *annexe II* ainsi que les résultats bruts des questionnaires (données non-traitées juste collectées et mises en forme).

Pour les questions fermées, les variables ont été codées de manière binaire (1 : vrai, 2 : faux) et non binaire (1, 2, 3, 4).

L'analyse du questionnaire a été réalisée en fonction de l'objectif principal et secondaire.

8. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est d'évaluer le niveau de compréhension des consignes pour la prise en charge du diabète gestationnel lors des ateliers.

L'objectif secondaire est de savoir si il existe une différence significative de la compréhension entre les patientes avec ou sans activité professionnelle.

Troisième partie : Résultats

1. Liminaire

Cette partie 3 procède à l'analyse des résultats de l'étude sur la littératie lors des ateliers de diabète gestationnel réalisés à l'Hôpital Nord et à la Conception.

Cette analyse des résultats est réalisée à partir de représentations soit des résultats unitaires aux questions posées soit des analyses croisées de ces résultats.

2. Diagramme de flux

L'étude s'est déroulée du 25 octobre 2021 et s'est terminée le 21 janvier 2022.

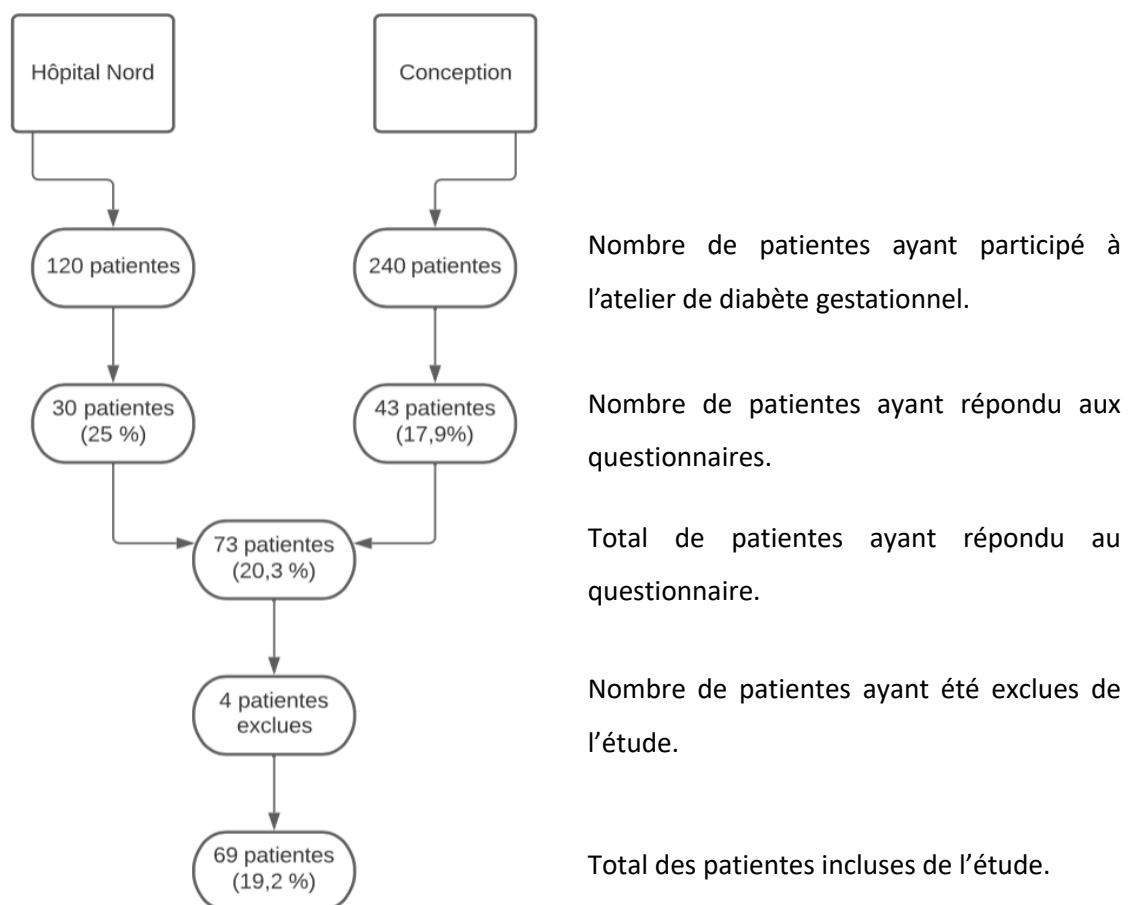


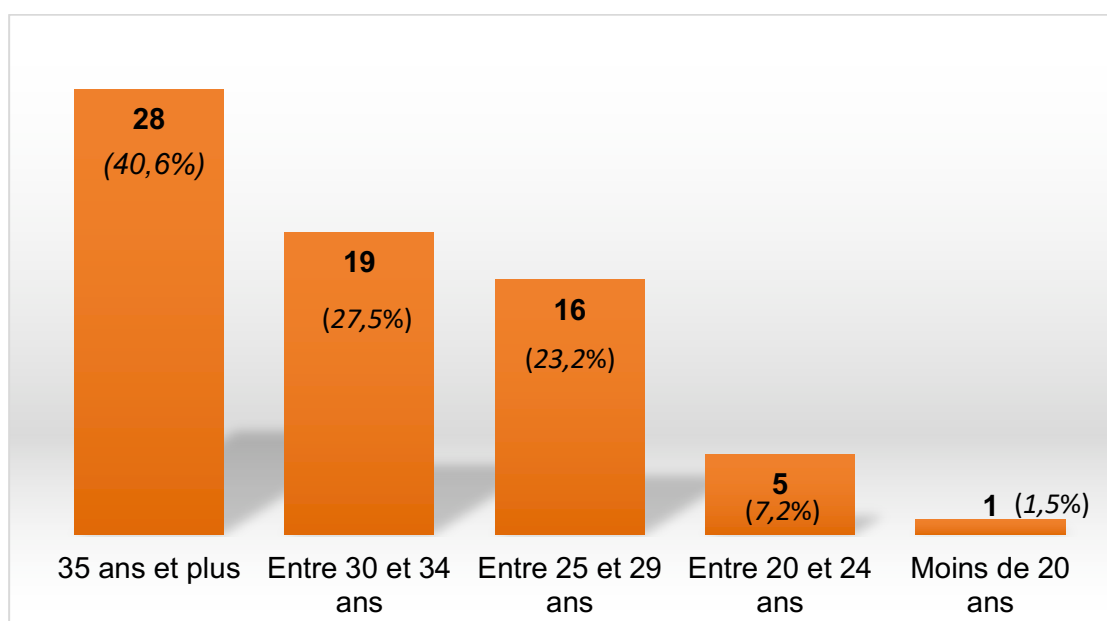
Diagramme de flux : Résultat de réponses aux questionnaires par rapport aux nombres de participantes à l'atelier.

Le pourcentage de réponse est de 20,3%, mais l'exclusion de 4 patientes ne répondant pas aux critères d'inclusion rapporte ce pourcentage à 19,2%.

3. Résultats et analyse de l'étude

3.1. Description de la population

Les graphiques suivants permettent sur l'échantillon analysé de représenter les résultats des questionnaires :

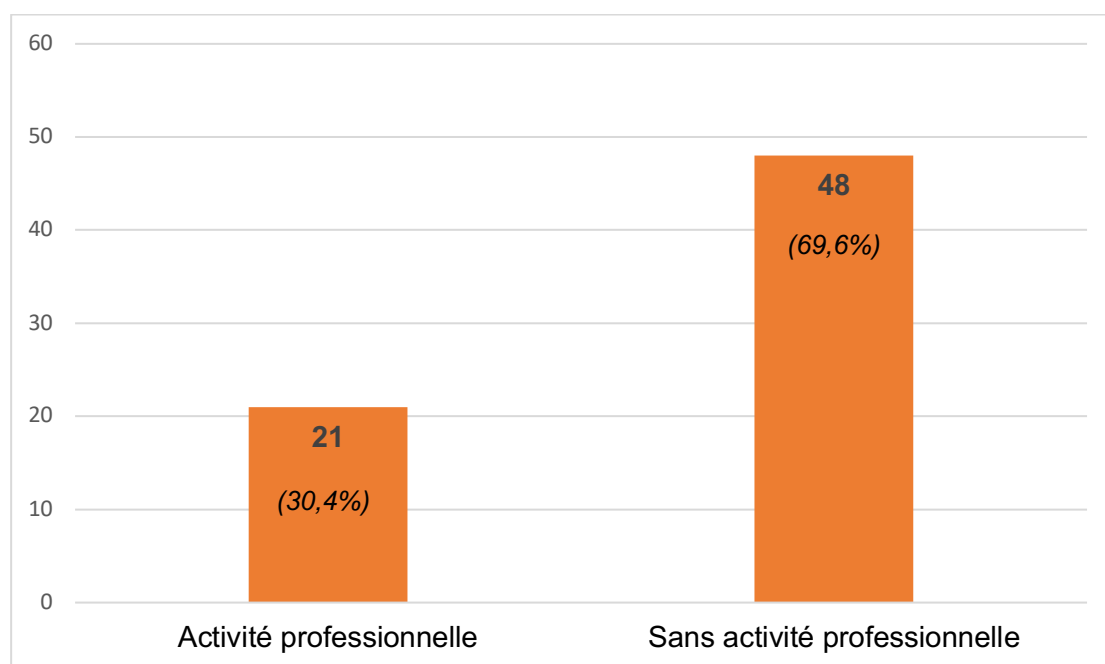


Graphique n°1 : Répartition des patientes incluses à l'étude en fonction de l'âge (n=69).

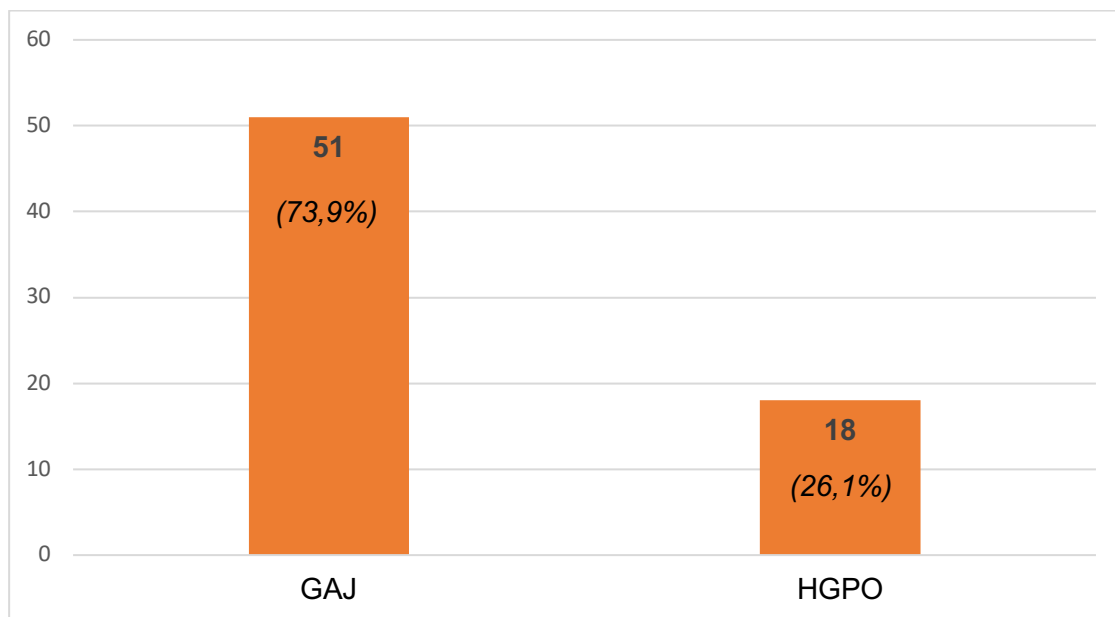
Le tableau suivant représente la situation de l'échantillon étudié par rapport aux questions (en dehors de l'âge) permettant de caractériser la situation des patientes :

	Nombre de patientes (effectif n=69)	Pourcentage
IMC supérieur à 25	57	82,6%
Nationalité étrangère	37	53,6%
Mère célibataire	19	27,5%
Primipare	21	30%
Femmes sans profession	48	69,6%

Tableau n° 1 : Synthèse des caractéristiques des patientes de l'étude.



Graphique n° 2 : Activité professionnelle ou non pour les participantes à l'étude (n =69).



Graphique n°3 : Méthode de dépistage du diabète prescrite aux patientes (n=69).

La majorité de la population incluse à l'étude ont entre 30 et 34 ans. L'âge moyen de la population étudiée est de 32 ans (min = 19 ans et max = 45 ans) (*graphique n°1*). 53,6% de la population étudiée est étrangère (*tableau n°1*).

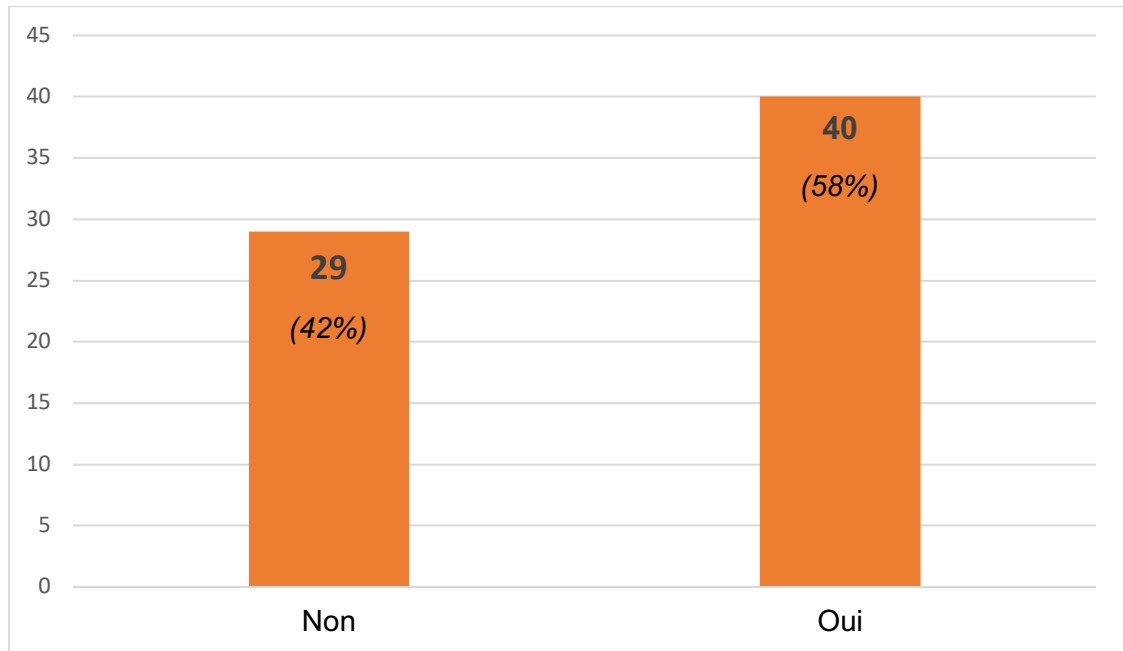
Plus de la moitié des patientes (69,6%) ne travaillent pas, cette catégorie représente une importante proportion des patientes ayant répondu aux questionnaires. Seulement 30,4% des patientes travaillent (*graphique n°2*).

73,9% de la population étudiée a eu un diagnostic du diabète gestationnel par la glycémie à jeun ce qui correspond à un dépistage au premier trimestre de la grossesse (*graphique n°3*).

73,9% de la population présente au moins un facteur de risque d'un mauvais niveau de littératie en santé.

3.2. Résultats en fonction de l'objectif principal de l'étude

Les graphiques ci-après présentent les résultats par rapport aux objectifs de l'étude.



Graphique n°6 : Connaissance du diabète gestationnel par les patientes avant le diagnostic.

		Réponse favorable		Mauvaise réponse	
		Effectif	Taux en %	Effectif	Taux en %
Moment pour la surveillance glycémique capillaire		53	76,8%	16	23,2%
Doigts pour la surveillance glycémique capillaire		13	18,8%	56	81,2%
Valeurs glycémiques à jeun		58	84,1%	11	15,9%
Valeurs glycémiques 2 heures après le repas		53	76,8%	16	23,2%
Temps après le repas pour le contrôle glycémique		64	92,8%	5	7,2%
Risques du diabète gestationnel évoqués par les professionnels de santé		64	92,8%	5	7,2%
Connaissances par les patientes des risques du diabète gestationnel		62	89,9%	7	10,1%
Compréhension des informations		62	89,9%	7	10,1%
Aliments possibles avec les conseils hygiéno-diététiques		64	92,8%	5	7,2%
Motivation des patientes pour les changements d'habitudes alimentaires		61	88,4%	8	11,6%
Compréhension du jargon médical par les patientes	Macrosomie	51	73,9%	18	26,1%
	Oligoamnios	15	21,7%	54	78,3%

Tableau n°3 : *Compréhension des consignes lors de la prise en charge du diabète gestationnel.*

	Réponse favorable		Réponse défavorable	
	Effectif	Taux en %	Effectif	Taux en %
Demande de reformulation	51	73,9%	18	26,1%
Questions posées lors de l'atelier par les patientes	58	84,1%	11	15,9%
Demande par les professionnels de santé si toutes les informations sont comprises	64	92,8%	5	7,2%

Tableau n°4 : Relation par rapport aux explications aux professionnels de santé ayant animé l'atelier de prise en charge du diabète gestationnel

L'analyse des résultats globaux du niveau de compréhension aboutit aux conclusions suivantes :

- les informations pour la prise en charge sont globalement bien comprises par les patientes ayant participées aux ateliers pour la prise en charge du diabète gestationnel (entre 76,8% et 92,8%) (*tableau n°3*),
- la recommandation concernant les doigts à piquer pour réaliser la glycémie capillaire sont peu connue (18,8%) (*tableau n°3*),
- de façon importante (89,9%), les patientes déclarent avoir compris toutes les informations pour la prise en charge du diabète gestationnel (*tableau n°3*),
- une très forte proportion (88,4%) des patientes sont motivées pour changer leurs habitudes alimentaires en accord avec les conseils hygiéno-diététiques (*tableau n°3*),
- le jargon médical est peu connu (*tableau n°3*),
- lors des ateliers, les professionnels de santé s'assurent quasiment de façon unanime de la bonne compréhension des consignes (92,8% de réponses positives) (*tableau n°4*),
- les patientes se sentent en confiance pour poser des questions (*tableau n°4*),
- les patientes demandent aux professionnels de santé de reformuler (*tableau n°4*).

3.3. Résultats en fonction de l'objectif secondaire de l'étude

Les tableaux suivants permettent de comparer la compréhension des patientes issues des deux groupes (avec ou sans activité professionnelle).

		Activité professionnelle ($n_1=21$)		Sans activité professionnelle ($n_2=48$)	
		Réponse favorable		Réponse favorable	
		Effectif	Taux en %	Effectif	Taux en %
Moment pour le contrôle de la glycémie		18	85,7%	35	72,9%
Doigts pour le contrôle glycémique		4	19%	9	18,8%
Valeurs glycémiques à jeun		17	81%	41	85,4%
Valeurs glycémiques 2 heures après le repas		13	61,9%	40	83,3%
Temps après le repas pour le contrôle glycémique		20	95,2%	44	91,7%
Risques du diabète gestationnel évoqués par les professionnels de santé		17	81%	47	97,9%
Connaissances par les patientes des risques du diabète gestationnel		17	81%	45	93,7%
Compréhension des informations		19	90,5%	43	89,6%
Aliments possibles avec les conseils hygiéno-diététiques		20	95,2%	44	91,7%
Motivation des patientes pour le changement d'habitudes alimentaires		19	90,5%	42	87,5%
Compréhension du jargon médical par les patientes	Macrosomie	16	76,2%	36	75%
	Oligoamnios	4	19%	10	20,8%

Tableau n°5 : Comparaison de la compréhension des consignes lors de la prise en charge du diabète gestationnel par les patientes avec ou sans activité professionnelle

Selon, la loi de Mann-Whitney $p=0,46$. La différence de compréhension des consignes lors de la prise en charge du diabète gestationnel par les patientes avec ou sans activité professionnelle n'est pas significative (*tableau n°5*).

	Patientes avec activité professionnelle ($n_1 = 21$)		Patientes sans activité professionnelle ($n_2=48$)	
	Réponse favorable		Réponse favorable	
	Effectif	Effectif	Taux en %	Taux en %
Demande de reformulation	17	80,9%	34	70,8%
Questions posées lors de l'atelier par les patientes	18	85,7%	40	83,3%
Demande par les professionnels de santé si toutes les informations sont comprises	20	95,2%	44	91,7%

Tableau n°6 : Comparaison de la relation par rapport aux explications des professionnels de santé ayant animé l'atelier de prise en charge du diabète gestationnel par les patientes avec ou sans activité professionnelle.

Selon, la loi de Mann-Whitney $p=0,26$. La différence par rapport aux explications des professionnels de santé ayant animé l'atelier de prise en charge du diabète gestationnel par les patientes avec ou sans activité professionnelle n'est pas significative (*tableau n°6*).

En conclusion, l'étude sur l'échantillon n'a pas permis de dégager des éléments significatifs relatifs à la littératie des patientes en lien avec une activité professionnelle ou non.

Quatrième partie : Analyse et Discussion

1. Liminaire

La partie 1 a présenté les bases théoriques du diabète gestationnel et l'impact de la littératie sur celle-ci.

L'étude réalisée et la population étudiée puis l'analyse des résultats font l'objet respectivement des parties 2 et 3.

Dans cette dernière partie, nous allons traiter des points suivants :

- les limites et les biais de l'étude,
- la confrontation de l'étude aux données de la littérature,
- les enseignements et perspectives à tirer de ces limites, des biais et de la confrontation suscitée.

2. Limites de l'étude

La limite principale de l'étude réside dans le faible effectif analysé ($n=69$). Cette limite provient essentiellement de 3 facteurs :

- l'effectif de départ ($n= 360$) limité du fait de la temporalité courte de l'étude et d'avoir limité celle-ci à deux établissements (l'Hôpital Nord et la Conception),
- la non-distribution systématique des questionnaires lors des ateliers,
- l'exclusion de certaines patientes pour différents critères (refus de réponse, illettrisme, analphabétisme ...).

3. Biais de l'étude

Le biais principal de l'étude est le biais de sélection. En effet, l'étude exclut toutes les patientes refusant de participer. L'étude s'adresse seulement à des patientes qui parlent et lisent le français. Pourtant les patientes analphabètes et illettrées ont plus de difficultés pour comprendre l'atelier de prise en charge du diabète gestationnel. Dans ce cas, les professionnels de santé ont un rôle d'autant plus important pour s'assurer que les patientes aient connaissance des consignes pour la prise en charge.

Un autre biais est constitué par le choix des établissements. En effet, les 2 établissements choisis ont l'habitude de faire face depuis de nombreuses années aux problèmes d'illettrisme ou d'analphabétisme. Les professionnels de santé sont donc sensibilisés à cette problématique. Ces 2 établissements ont développé des techniques et pratiques pour remédier à la mauvaise littératie des patientes. Comme par exemple, la création des ateliers de diabète gestationnel avec un nombre de patiente limité pour améliorer la compréhension et permettre aux patientes d'avoir le temps de poser des questions. Ils utilisent aussi des photos afin de permettre aux patientes de visualiser les aliments et la quantité en accord avec les conseils hygiéno-diététiques.

Ces techniques et pratiques ont nécessairement eu un impact sur la façon dont les ateliers de prise en charge du diabète gestationnel ont été animés. La compréhension par les patientes des consignes s'en est nécessairement ressentie de manière positive. Cela peut donc expliquer l'absence de différence significative entre les 2 groupes (travail et absence de travail).

Enfin, il n'est jamais simple de reconnaître à travers un questionnaire - même anonyme - une mauvaise compréhension des consignes.

4. Confrontation de l'étude aux données de la littérature

4.1. Description de la population de l'étude

L'échantillon de l'étude est en concordance avec l'âge moyen du premier enfant en France. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE*), il est de 30,9 ans en 2021 (36). Les patientes ayant participé à l'étude ont un âge moyen de 32 ans.

La population de nationalité étrangère est très représentée dans l'étude (53,6 %). Cette proportion n'est pas représentative de la population générale. En effet, selon l'INSEE* la proportion de population étrangère est de 7,7% (37). Le fait d'être de nationalité étrangère, est un facteur prédictif d'un mauvais niveau de littératie (28). Cependant, cette étude représente bien la population des deux établissements qui sont situées dans une zone où une forte population étrangère réside. En effet, Marseille se revendique comme une « *ville ouverte* » ou appelée « *ville carrefour* » sur le monde (38). Il est important que les professionnels de santé en aient connaissance afin de toujours faire attention à leurs discours avec les patients afin d'améliorer la compréhension des informations délivrées.

La définition de précarité est complexe (10). La précarité peut être causée par des situations très différentes (mère seule, mère sans emploi,...). La précarité est un facteur de risque d'un mauvais niveau de littératie. Il n'y a pas de statistique de l'INSEE*, de personne en situation de précarité.

Dans l'étude une faible proportion des patientes (30,4%) travaille. Selon l'INSEE*, le taux de femmes qui travaillent est de 68,2% entre 15 et 64 ans (39). Il n'y a pas de statistique, avec uniquement les femmes qui sont en âge de procréer.

L'échantillon étudié possède un faible niveau initial de littératie du fait de facteurs de risques d'un mauvais niveau de littératie fortement présents (nationalité étrangère, primipare, mère célibataire, absence d'activité professionnelle). Au total, 73,9% de la population étudiée présente au moins un facteur de risque d'un mauvais niveau de littératie en santé.

Les premiers enseignements que l'on peut tirer de ces analyses sont les suivants :

- l'âge moyen de notre échantillon est cohérent avec la moyenne nationale française par rapport à l'âge du premier enfant,
- la situation des patientes étudiées par rapport aux catégories socioprofessionnelles et au niveau d'études n'est pas représentative de la situation moyenne française,
- l'échantillon est par contre représentatif en termes de population (âge, nationalité, situation socioprofessionnelles,...) pour l'environnement de l'hôpital Nord et de la Conception.

4.2. Aparté sur le diagnostic par la glycémie à jeun

La prise en charge du diabète gestationnel pendant le premier trimestre permet aux patientes et aux professionnels de santé d'avoir plus de temps pour mettre en place une prise en charge adéquate. Les trois quarts de la population étudiée a eu un diagnostic de diabète gestationnel par la glycémie à jeun. La glycémie à jeun permet normalement de diagnostiquer le diabète de type 2 méconnu avant la grossesse. Dans la population générale, il est estimé que 15% de diabète gestationnel sont des diabètes de type 2 (16). Le dépistage du diabète de type 2 en post partum est recommandé pour ces patientes, il est également recommandé avant une nouvelle grossesse puis tous les 1 à 3 ans, en fonction des résultats pendant au moins 25 ans. Le test pourra se faire par l'HGPO* ou la glycémie à jeun (17).

Une étude transversale qualitative par entretiens téléphoniques sur 132 personnes a été réalisée en mars 2021, auprès des femmes qui ont renoncé à la consultation post-partum de dépistage du diabète de type 2 après un diabète gestationnel. Sur les 132 personnes étudiées, seulement 49 entretiens ont été menés (37,1%). Et parmi ces 49 personnes seulement 25% ont eu une prescription pour le dépistage en post partum. Les freins à ce dépistage sont l'absence d'information (67%) et la préoccupation de la santé du nouveau-né (49%). L'observance du dépistage était associée à un niveau d'instruction élevé ($p=0,005$). La sensibilisation est donc très importante chez les femmes à faible niveau d'instruction. Il semble important de sensibiliser les patientes dès leur diagnostic de diabète gestationnel afin de pouvoir réaliser le dépistage de diabète de type 2 en post partum de façon plus importante (40).

4.3. Objectif principal de l'étude

L'utilisation du jargon médical est récurrente par les professionnels de santé. L'étude réalisée montre que le jargon médical passe par un apprentissage. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature.

En effet, une thèse réalisée en 2016, sur la connaissance de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés. 362 patients ont été interrogés. La thèse se portait sur dix termes médicaux peu spécialisés, montre que la compréhension globale du jargon médical est très superficielle par les patients (41).

Dans le but d'améliorer la communication entre le professionnel de santé et le patient, il est important de ne pas utiliser des mots appartenant au jargon médical.

Les professionnels de santé participant aux ateliers d'éducation thérapeutique n'hésitent pas à reformuler lorsque les patientes ne comprennent pas, ce résultat ne semble pas en accord avec les données de la littérature.

Dans la thèse citée ci-dessus, l'une des conclusions réside dans l'importance d'expliquer les mots spécifiques au jargon médical, ce qui n'est pas une évidence (41).

Les informations lors des ateliers d'éducation thérapeutique sont bien comprises. 9 items sur 10, à plus de 75% de réponse favorable. Les résultats ne semblent pas en accord avec les données de la littérature. En effet, en 2015, une étude comparative européenne a été réalisée sur la littératie en santé. Cette étude indique que plus de 10% de la population totale interrogée avait un niveau « insuffisant » de littératie en santé et que près d'une personne avait un niveau de littératie en santé « limité ». Lors

de maladies chroniques, un faible niveau en littératie est un obstacle à la prise en charge de la maladie (24). Dans l'étude, nous ne retrouvons pas ces résultats.

Ce résultat peut s'expliquer par l'éducation thérapeutique auprès des patientes étudiées. En effet, l'éducation thérapeutique active des ressources cognitives et émotionnelles de la personne accompagnée. Elle permet au patient de mieux gérer la prise en charge de sa maladie (24). On voit l'impact de l'éducation thérapeutique dans cette étude. La population étudiée présente des facteurs prédictifs d'un mauvais niveau de littératie et l'éducation thérapeutique permet de diminuer les problèmes de compréhension et d'améliorer la prise en charge du diabète gestationnel.

L'amélioration du niveau de littératie des patientes de l'étude par rapport à la population générale s'explique par la formation des professionnels de santé qui sont sensibilisés aux défauts de communication avec les patients.

L'éducation thérapeutique à l'Hôpital Nord et à la Conception se limite à un atelier pour l'explication de la prise en charge. Dans la littérature, la « literacy event » décrit est plus large. La « literacy event » comprend :

- les ateliers d'éducation thérapeutique,
- le suivi avec la sage-femme à domicile pour les monitorings,
- la consultation avec l'endocrinologue,
- la recherche sur internet (33).

L'ensemble de ces événements permet aux patientes d'améliorer leur niveau de littératie initial.

L'amélioration du niveau de littératie pendant la grossesse, s'explique également par le fait que la prise en charge de sa pathologie n'est pas seulement pour elle-même mais aussi pour son futur bébé. Cette motivation d'ordre plus psychologique permet également d'améliorer le niveau de littératie initial (34).

Les résultats de l'étude montrent que les patientes s'impliquent dans la prise en charge de leurs pathologies. Le pourcentage de demande de reformulation lors des informations non comprises est important. Les patientes s'assurent de comprendre au mieux toutes les informations afin de respecter les recommandations pour la prise en charge du diabète gestationnel.

La réalisation de glycémie capillaire répétitive peut entraîner une perte de la sensibilité, et la préhension des objets peut être plus compliquée. Il est recommandé de ne pas utiliser la pince (42). Cette recommandation est très peu connue par les patientes.

Les risques du diabète gestationnel sont évoqués par les professionnels de santé (92,8%), ce qui permet aux patientes de pouvoir connaître les risques et de permettre d'être plus motivées pour une prise en charge adéquate. En revanche, 89,9% déclarent connaître les risques du diabète gestationnel. On perçoit donc ici que le simple fait d'expliquer les risques ne suffit pas. Il est important de répéter les informations importantes, le simple fait de les avoir entendues une fois n'est pas suffisant. Afin, de s'assurer des connaissances, il est possible de faire répéter les patientes à la fin de l'atelier, il peut être intéressant de le faire sous une forme de jeu.

4.4. Objectif secondaire de l'étude

Il n'existe pas d'étude pour évaluer si le fait de ne pas travailler est un facteur de risque d'un mauvais niveau de littératie. Cependant, on sait que le niveau d'étude inférieur à un baccalauréat est un facteur prédicteur d'un mauvais niveau littératie (22,23). Lors de la comparaison des résultats, il n'est pas retrouvé de différence significative de compréhension des informations entre les deux groupes d'analyse .

5. Idées pour améliorer le niveau de littératie

Les « *simples interventions* » sont tous les supports qui permettent de faciliter la compréhension des informations afin de diminuer les conséquences d'un faible niveau de littératie en santé. Ces « *simples interventions* » sont l'utilisation de documents simplifiés, des images, des supports multimédias et des données numériques (*annexe III*). L'information sur les documents doit être courte, précise et illustrée d'images (24). Par exemple à l'hôpital Nord, on utilise des photos d'assiettes pour monter aux patientes la quantité et les aliments qu'il est possible de prendre en accord avec les conseils hygiéno-diététiques.

Le support vidéo pour l'éducation thérapeutique est intéressant. Il peut être utilisé surtout lorsque les patientes ne comprennent pas bien le français. L'acquisition de connaissances est supérieur lors de l'utilisation de vidéos par rapport aux moyens éducatifs et informatifs « standards ». Il est recommandé d'utiliser des vidéos courtes de moins de trois minutes. Au centre hospitalier universitaire (CHU*) de Toulouse, une

expérience a été réalisée sur l'utilisation d'une vidéo avec des Playmobil ® pour l'activité physique lors de la prise en charge du diabète gestationnel. La vidéo permet d'utiliser le processus d'identification. Plus de 90% des 60 patientes interrogées sont satisfaites, 59 souhaitent garder la vidéo et la recommanderaient à un proche. 85% des patientes déclarent avoir plus d'informations pour l'activité sportive pendant la grossesse. Plus de 3 patientes sur 4, veulent consacrer plus de temps à une activité sportive (43).

La HAS* demande l'utilisation du « *faire dire* » : demander aux patients de reformuler afin d'évaluer sa compréhension et la simplification du discours médical (sans utilisation du jargon médical) (44).

La sensibilisation des professionnels de santé aux problématiques de faible niveau de littératie permet de favoriser la bonne délivrance des informations en matière de santé (45).

Tous ces concepts et conseils méthodologiques permettent d'enrichir le niveau de littératie des patientes.

Comme tout problème complexe, une approche multidisciplinaire constituée d'étapes élémentaires robustes et éprouvées permet d'améliorer une situation donnée.

C'est le cas en particulier pour la littératie dans le domaine du diabète gestationnel.

Cinquième partie : Conclusion

Le diabète gestationnel est une pathologie de la grossesse fréquemment rencontrée. La gestion de sa prise en charge dépend essentiellement de la patiente et supervisée par les professionnels de santé. On comprend donc que le niveau de littératie en santé de la patiente est primordial. En effet, il est important que la patiente ait une bonne compréhension des informations qui lui sont données afin que la prise en charge soit correcte.

Sur la population analysée, l'étude permet de mettre en évidence que la compréhension des informations pour la prise en charge du diabète gestationnel est très satisfaisante grâce à la création d'ateliers d'éducatons thérapeutique où les professionnels de santé prennent le temps d'expliquer et de reformuler.

L'étude de la compréhension des informations lors des ateliers de diabète gestationnel ne révèle pas de différence significative entre les patientes ayant ou non une activité professionnelle. Par contre, la littérature décrit qu'un niveau d'étude inférieur au baccalauréat est un facteur prédicteur d'un mauvais niveau de littératie. L'éducation thérapeutique permet d'améliorer la compréhension des informations.

La réalisation des ateliers pour la prise en charge du diabète gestationnel permet d'améliorer le niveau de littératie des patientes et permet un impact sur la prise en charge du diabète gestationnel. L'éducation thérapeutique est primordiale dans la prise en charge du diabète gestationnel. En effet, la population de l'étude présente des facteurs prédicteurs d'un mauvais niveau de littératie, et grâce à ces atelier de prise en charge du diabète gestationnel, la compréhension des recommandations est très satisfaisante.

Le niveau de compréhension par les patientes est très satisfaisant, mais certaines recommandations sont peu connues. Il est donc intéressant de ne pas oublier de demander aux patientes de reformuler afin de s'assurer de la bonne compréhension lors des ateliers d'éducation thérapeutique.

Il serait aussi intéressant d'évaluer le niveau de littératie des patientes en fonction de leurs catégories socio-professionnelles. Pour cela, il faudrait étendre l'étude à un nombre plus important d'établissements et suivant des patientes de différents niveau sociaux pour pouvoir réaliser cette comparaison.

Bibliographies

1. CBEP. Littératie en santé. [Internet]. Disponible sur : <https://cbep.ca/2018/03/20/maladie-mentale/>, (11 mai 2022).
2. Douteau S. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade: revue de la littérature [Thèse, doctorat en médecine]. Université de Rouen ; 2015.
3. Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. *Éducation Santé* 2014 mars ; 309 : 8-10.
4. Département médecine générale Paris Diderot. Dépistage du diabète gestationnel : des recommandations enfin claires ! [Internet]. Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=/revue.presse.liste.php?numero_etudiant=&numero_resume=308, (4 janvier 2022).
5. Pirson N, Maiter D, Alexopoulou O. Prise en charge du diabète gestationnel en 2016 : une revue de la littérature. *Louvain Médical* 2016 décembre ; 10 : 661-8.
6. Latimier E. Illettrisme. *Anthropen* [Article]. (2021, décembre). Disponible sur: <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen/article/view/41088>, (5 mai 2022).
7. Larousse. Définitions : illettrisme - Dictionnaire de français Larousse. [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/illettrisme/41545>, (3 mai 2022).
8. Lahire B. L'invention de l' « illettrisme ». [Livre]. 27 juillet 2017.
9. Larousse. Définitions : précarité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9carit%C3%A9/63303>, (3 mai 2022).
10. Zaouche Gaudron C, Sanchou P. Introduction. *Empan* 2005 avril ; 60 (4) : 10-3.

11. Pierre R. Entre alphabétisation et littératie : les enjeux didactiques. Revue française de linguistique appliquée 2003 janvier ; 8 : 121-37.
12. Richard C, Lussier MT. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. Pédagogie Médicale 2009 mai ; 10 (2) : 123-30.
13. Le Robert. Littératie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples [Internet]. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/litteratie>, (29 avril 2022).
14. Turpin B. Le jargon, figure du multiple. La linguistique 2002 janvier ; 38 (1) : 53-68.
15. Vocabulaire médical. Le langage médical à la portée de tous [Internet]. Disponible sur : <https://www.vocabulaire-medical.fr>, (4 janvier 2022).
16. Van den Broucke. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La santé en action 2017 juin ; 440 : 11-3.
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : le diabète gestationnel. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 2005 septembre 2010 ; 39 (8).
18. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp, (15 février 2022).
19. Hini E. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Études et résultats 2008 septembre ; 660 : 2-6.
20. Grandjaquot Ravel D. Validation française du REALM-R, un outil pour l'évaluation de littératie en santé [Thèse, doctorat en médecine]. Université Nice ; 2016.
21. Brücker G, Caniard E. États généraux de la santé - Une démarche innovante pour plus de démocratie. ADSP 1999 juin ; 27 : 6-9.
22. Plais M. Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale [Thèse, doctorat en médecine]. Université de Montpellier ; 2019.

23. Léger A. Étude de la compréhension du langage médical par les patients se présentant en consultation pré-anesthésique au CHU d'Amiens [Thèse, doctorat en médecine]. Université de Picardie ; 2016.
24. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Sante Publique* 2017 juin ; 29 (6) : 811-20.
25. Oncea M. Littératie en santé : les patients ayant un faible niveau de littératie en santé sont-ils détectés lors d'une simple consultation [Thèse, doctorat en médecine]. Université Paris Diderot ; 2013.
26. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international* 2000 septembre ; 15 (3) : 259-67.
27. Balcou-Debussche M, Caroupin J, Debussche X, Lebreton N, Loin B, Samuelsen W. Prendre en compte la littératie en santé dans le diabète gestationnel. Étude auprès de 92 femmes à La Réunion. *HAL open science* 2018 avril.
28. INSPQ Public health expertise and reference centre. Quels sont les facteurs influençant le degré de littératie en santé ? [Internet]. INSPQ. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/en/node/6374>, (3 mai 2022).
29. Fédération Française des Diabétiques. Le diabète gestationnel [Internet]. Disponible sur : <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/diabete-gestationnel>, (26 février 2022).
30. Lelarge A. Le diabète gestationnel [Thèse, doctorat en pharmacie]. Université de Rouen ; 2016.
31. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique - diabète et grossesse (1996). [Internet]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/diabete_1996.pdf, (2 mai 2022).

32. Combre F. Prise en charge du diabète gestationnel en prénatal : connaissances et place de la sage-femme suite aux nouvelles recommandations de 2010 [Mémoire, maïeutique]. Université d'Auvergne (Clermont-Ferrand) ; 2012.
33. Rosselet P, Hagon-Traub I, Burnand B. Diagnostic et prise en charge du diabète gestationnel Prise en charge multidisciplinaire du diabète : recommandations pour la pratique clinique. Douleurs 2017 juin ; 568.
34. Caroupin Soupoutevin J. Approche socio-anthropologique de la littératie en santé. Analyse des savoirs dans le parcours de femmes ayant un diabète gestationnel [Thèse, doctorat en sciences de l'éducation et de la formation]. Université de la Réunion ; 2010.
35. Conférence national de santé (CNS). La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés ! Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé. [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418, (3 mai 2022).
36. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Âge moyen de la mère à l'accouchement - données annuelles de 1994-2021.[Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>, (3 mai 2022).
37. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>, (3 mai 2022).
38. Centre migrations et citoyennetés e l'IRI - Associations Ancrages. « Marseille, ville d'immigration et terre d'accueil ». [Internet]. Disponible sur : <https://ancrages.org/wp-content/uploads/2020/03/%C2%AB-Marseille-ville-d%E2%80%99immigration-et-terre-d%E2%80%99accueil-%C2%BB.pdf>, (6 mai 2022).
39. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Femmes et hommes – Tableaux de l'économie française. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277649?sommaire=4318291>, (3 mai 2022).

40. Sdiri C et al. Les freins au dépistage post-partum du diabète de type 2 chez les femmes aux antécédents de diabète gestationnel. *Ann Endocrinol* 2021 octobre ; 82 (5): 331.
41. Le Roi F. Connaissances de la population générale concernant dix termes médicaux courants et peu spécialisés [Thèse, doctorat en médecine]. Université Toulouse (Paul Sabatier) ; 2016.
42. Diabète 66 - Service endocrinologie du centre hospitalier de Perpignan. Glycémie capillaire et bonnes pratiques. [Internet]. Disponible sur : <https://www.diabete66.fr/glycémie-capillaire-et-bonnes-pratiques/>, (29 avril 2022).
43. Llorca MC, Guyard-Boileau B. Éducation thérapeutique du patient : place de l'identification et de ses médiations... une expérience d'utilisation de vidéo Playmobil ® dans le diabète gestationnel. *Med Mal Matab* 2020 mai ; 14 (3) : 230-35.
44. Haute autorité de santé. "Faire dire" - communiquer avec son patient. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/brochure_fairedire_communiquer_avec_son_patient.pdf, (6 mai 2022).
45. Ferron C. La littératie en santé : synthèse bibliographiques. 16 octobre 2017.

Annexes

Annexe I : Questionnaire destiné aux patientes participant à l'atelier pour la prise en charge du diabète gestationnel

Diabète gestationnel et littératie

Ce questionnaire est adressé aux femmes suivies à l'hôpital Nord et à la Conception dans le cadre du suivi du diabète gestationnel. Il est anonyme. Aucune réponse n'est mauvaise, seul votre avis est intéressant. Merci pour le temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Merci de cocher la réponse que vous estimez bonne pour chaque question.

1. Parlez-vous le français ?

- Oui
- Non

2. Savez-vous lire et écrire ?

- Oui
- Non

Si votre réponse à une des deux premières questions est non, il n'est pas nécessaire de remplir la suite du questionnaire.

3. Quel âge avez-vous ?

4. Quel est votre poids ?

5. Quelle est votre taille ?

6. Quelle est votre nationalité ?

7. Quelle est votre situation ?

- Je vis seule avec mon/mes enfant(s)
- Je vis avec le père/coparent de mon/mes enfant(s)

8. Combien avez-vous d'enfant ?

9. Travaillez-vous ?

- Oui
- Non

10. Si oui, quel est votre métier ?.....

11. Comment votre diabète gestationnel a-t'il été dépisté ?

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie provoquée à l'oral (HGPO)

12. Est-ce qu'avant votre grossesse vous aviez déjà entendu parler de diabète gestationnel ?

- Oui
- Non

13. Combien de piqûres faites-vous par jour pour le contrôle glycémique ?

- 1 fois
- 4 fois
- 3 fois
- 6 fois

14. A quel moment de la journée devez-vous vous faire une piqure pour le contrôle glycémique ?

15. Sur quel doigt pouvez-vous vous piquer ?

- Pouce
- Majeur
- Index
- Annulaire
- Auriculaire

16. Quelles sont les valeurs pour la glycémie avant le repas ?

- 0,94 g/L
- 1,20 g/L
- 0,92 g/L
- 1,24 g/L

17. Quelle est la valeur de la glycémie après le repas ?

- 0,94 g/L
- 1,20 g/L
- 0,92 g/L
- 1,24 g/L

18. Combien de temps après le repas devez-vous faire la glycémie ?

- Juste après le repas
- 1 heure
- 2 heures
- 3 heures

19. Les professionnels de santé vous ont-ils parlé des risques du diabète mal équilibré sur votre bébé ?

- Oui
- Non

20. Connaissez-vous les risques du diabète pour vous et votre fœtus ?

- Oui
- Non

21. Savez-vous ce que veut dire macrosomie ?

- Petit bébé
- Gros bébé
- Trop de liquide amniotique
- Peu de liquide amniotique

22. Savez-vous ce que veut dire oligoamnios ?

- Petit bébé
- Gros bébé
- Trop de liquide amniotique
- Peu de liquide amniotique

23. Avez-vous compris toutes les informations lors de l'atelier sur diabète gestationnel ?

- Oui
- Non

24. Avez-vous demandé aux professionnels de santé de reformuler lorsque vous ne compreniez pas ?

- Oui
- Non

25. Avez-vous osé poser des questions pendant l'atelier ?

- Oui
- Non

26. Le professionnel de santé s'est-il assuré que vous aviez tout compris avant la fin de l'atelier ?

- Oui
- Non

27. Avez-vous envie de changer vos habitudes alimentaires ?

- Oui
- Non

28. Avez-vous compris ce que vous pouviez prendre ou ne pas prendre pendant les repas ?

- Oui
- Non

Annexe II : tableau des données Excel

Question	Hopital	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28			
1	Conception	Oui	Oui	29	159	85	Mon	2	2	2	Non	1	1	Non	2	Oui	12,345	2	3	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui			
2	Conception	Oui	Oui	36	154	62	Mon	1	1	1	Non	1	2	Non	2	Oui	12,345	2	13	2	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui			
3	Conception	Oui	Oui	23	15	78	Oui	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	12,345	2	1	2	2	2,3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui			
4	Conception	Oui	Oui	28	178	83	Mon	2	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	3,45	2	1	2	2	3	Oui	Oui	2	5	Oui	Oui			
5	Conception	Oui	Oui	32	156	72	Oui	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	3,45	3	1	4	4	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui			
6	Conception	Oui	Oui	27	159	57	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	2	3	1	4	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui			
7	Conception	Oui	Oui	38	15	101	Oui	2	2	5	Non	2	1	Non	2	Oui	2	3	1	4	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui			
8	Conception	Oui	Oui	31	171	92	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	23,45	3	13	2,4	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui			
9	Conception	Oui	Oui	36	164	64	Oui	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	12,345	1	1	2,4	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui			
10	Conception	Oui	Oui	24	165	73	Oui	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	12,345	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui			
11	Conception	Oui	Oui	40	164	80	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	12,345	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui			
12	Conception	Oui	Oui	19	165	84	Oui	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	2,45	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui			
13	Conception	Oui	Oui	35	158	100	Mon	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	12,345	13	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui		
14	Conception	Oui	Oui	37	169	69	Oui	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	2,45	1	1	2,45	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui		
15	Conception	Oui	Oui	36	156	72	Mon	2	2	3	Non	2	3	Non	2	Oui	3,45	1	3	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui		
16	Conception	Oui	Oui	31	165	79	Oui	2	2	3	Non	2	4	Non	2	Oui	12,345	3	1	3	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui		
17	Conception	Oui	Oui	31	165	90	Mon	2	2	4	Non	2	1	Non	2	Oui	3,45	3	1	2	1,2	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui	Oui		
18	Conception	Oui	Oui	35	147	55	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	3	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
19	Conception	Oui	Oui	27	167	67	Mon	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	12,345	3	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
20	Conception	Oui	Oui	22	17	94	Mon	2	2	1	Non	2	2	Non	2	Oui	1,2	2	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Oui	Oui		
21	Conception	Oui	Oui	33	16	83	Mon	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	4	2	2	4	1	Non	Non	2	2	1	5	Oui	Oui	Oui		
22	Conception	Oui	Oui	35	176	93	Mon	2	2	2	Non	2	2	Non	2	Oui	4	3	2	2	3	Oui	Oui	2	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
23	Conception	Oui	Oui	29	174	89	Oui	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	3	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
24	Conception	Oui	Oui	31	164	83	Mon	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	3,45	3	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui		
25	Conception	Oui	Oui	29	158	67	Mon	2	2	0	Non	2	0	Non	2	Oui	12,345	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui		
26	Conception	Oui	Oui	32	158	55	Oui	2	2	2	Non	2	2	Non	2	Oui	4	0	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
27	Conception	Oui	Oui	39	158	90	Mon	2	2	3	Non	2	3	Non	2	Oui	2	2	1,2	1,3	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui		
28	Conception	Oui	Oui	33	155	84	Mon	2	2	4	Non	2	1	Non	2	Oui	1,2,3	2	1,2	1,3	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Non	Non		
29	Conception	Oui	Oui	40	162	109	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	12,345	3	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
30	Conception	Oui	Oui	26	17	81	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	12,345	3	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Non	Non	
31	Conception	Oui	Oui	33	156	105	Oui	2	2	6	Non	2	2	Non	2	Oui	3	1	2	0	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Non	Oui	Oui		
32	Conception	Oui	Oui	34	153	82	Oui	2	2	3	Non	2	1	Non	2	Oui	6	0	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui		
33	Conception	Oui	Oui	36	158	83	Mon	2	2	3	Non	2	4	2	Non	2	2,4	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Non		
34	Conception	Oui	Oui	29	158	77	Oui	2	2	2	Non	2	1	Non	2	Oui	3	2	2	2	1	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Non	
35	Conception	Oui	Oui	29	158	72	Mon	2	2	0	Non	2	2	Non	2	Oui	1,2	2	2	2	1	2	Non	Non	2	2	5	Non	Non	Non		
36	Conception	Oui	Oui	36	155	108	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	4	0	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui		
37	Conception	Oui	Oui	39	153	78	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	2	2	1,2	1	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	
38	Conception	Oui	Oui	34	174	81	Mon	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	2	2	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	
39	Conception	Oui	Oui	39	161	90	Mon	2	2	5	Non	2	1	Non	2	Oui	3	3	1	1	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Non	Non	Non	
40	Nord	Oui	Oui	32	16	91	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	2,45	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	
41	Nord	Oui	Oui	29	155	58	Oui	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	3,45	1	1,2,3	2	3	Oui	Oui	2	2	3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
42	Nord	Oui	Oui	45	156	100	Mon	2	2	1	Non	2	2	Oui	2	Oui	2,45	1	1,2	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	
43	Nord	Oui	Oui	24	16	56	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	3,45	1	4	non	3,45	1	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui
44	Nord	Oui	Oui	27	156	73	Oui	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	2,45	3	3	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	
45	Nord	Oui	Oui	36	169	80	Mon	2	2	3	Non	2	2	Non	2	Oui	2,45	1	4	Non	2,45	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui
46	Nord	Oui	Oui	23	155	55	Mon	2	2	0	Non	2	1	Non	2	Oui	2,45	1	1,2	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	
47	Nord	Oui	Oui	41	167	96	Oui	2	2	6	Non	2	1	Non	2	Oui	12,345	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	
48	Nord	Oui	Oui	35	17	64	Oui	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	2,35	13	2,4	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
49	Nord	Oui	Oui	43	16	83	Oui	2	2	3	Oui	3	1	Oui	3	Oui	3,45	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	
50	Nord	Oui	Oui	42	156	46	Oui	2	2	2	Non	2	1	Oui	2	Oui	2,45	1	4	Non	2,45	1	1	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui
51	Nord	Oui	Oui	42	175	100	Mon	2	2	3	Non	2	1	Non	2	Oui	4	1	1,3	2	2	3	Oui	Oui	2	2	1	5	Oui	Oui	Oui	Oui
52	Nord	Oui	Oui	37	175	97	Oui	2	2	0	Non	2	1	Oui	2	Oui	3,45	4	4	1	2	1	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	
53	Nord	Oui	Oui	24	17	97	Oui	2	2	0	Non	2	2	Oui	2	Oui	3,45	4	4	3	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
54	Nord	Oui	Oui	26	155	92	Oui	2	2	0	Oui	2	2	Oui	2	Oui	3,45	13	1,2,3	4	3	Non	Non	2	2	3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
55	Nord	Oui	Oui	30	164	79	Mon	2	2	0	Oui	2	1	Non	2	Oui	12,34	1	1	4	3	Non	Non	2	2	3	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
56	Nord	Oui	Oui	31	152	80	Mon	2	2	1	Non	2	1	Non	2	Oui	12,3	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Non	Non	Non	Non	
57	Nord	Oui	Oui	35	168	65	Oui	2	2	1	Non	2	1	Oui	2	Oui	2,45	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
58	Nord	Oui	Oui	27	168	94	Oui	2	2	2	Non	2	3	Oui	2	Oui	2,45	13	2,4	3	Oui	Oui	2	2	4	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
59	Nord	Oui	Oui	30	168	63	Oui	2	2	1	Non	2	1	Oui	2	Oui	2,45	1	1	2	2	3	Oui	Oui	2	2	5	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
60	Nord	Oui	Oui	37	159	91	Mon	2	2	1	Non	2	1	Oui	2	Oui	3,45															

Annexe III : « simples interventions »

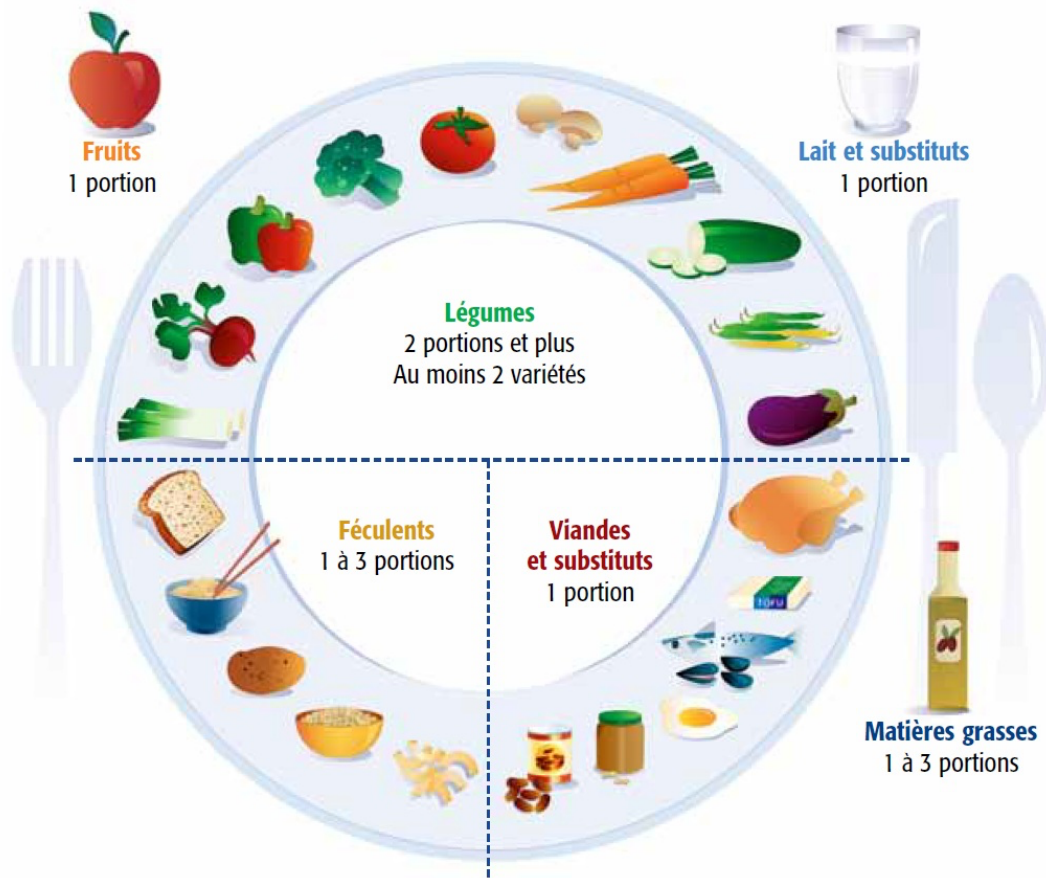


Image 1 : Coup d'œil sur l'alimentation de la personne diabétique. © Gouvernement du Québec, 2014.

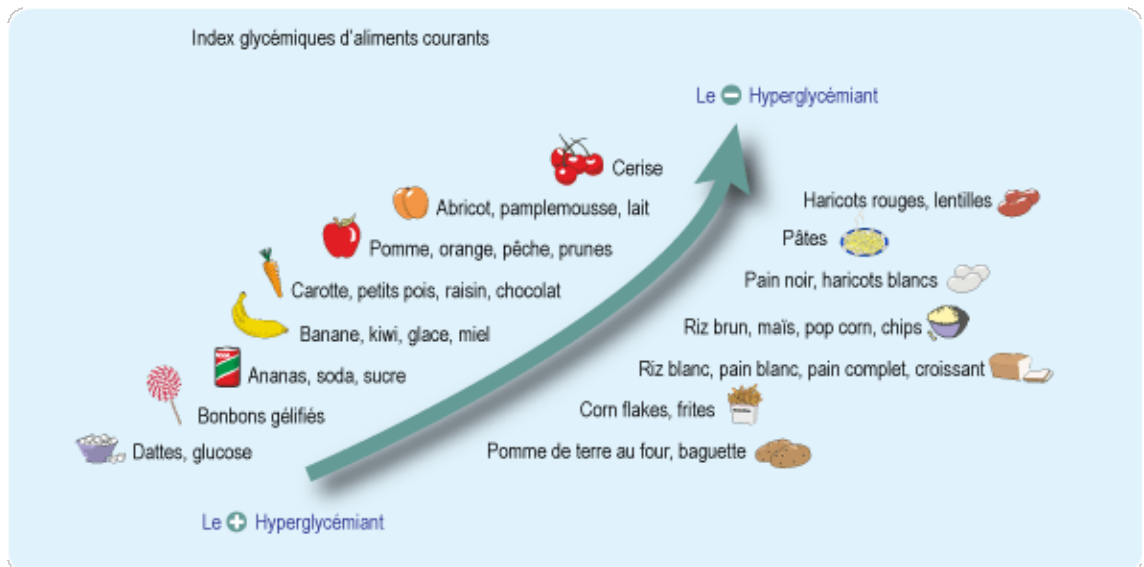


Image 2 : Index glycémique d'aliments courants © Assurance Maladie , 04 janvier 2022.

Glossaire

OMS : organisation mondiale de la santé

UNESCO : organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ADA : american diabetes association

IMC : indice de masse corporelle

HGPO : hyperglycémie provoquée par voie orale

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

CHU : centre hospitalier universitaire

Résumé

Contexte : De nombreuses études ont montré que la bonne compréhension du vocabulaire est essentielle afin de permettre aux patients d'être autonomes et d'être acteurs de leur propre santé. Le diabète gestationnel est une pathologie fréquente de la grossesse. La prise en charge de cette maladie est essentiellement réalisée par la patiente : conseils hygiéno-diététiques et surveillance de glycémie capillaire. Il semble donc nécessaire que la patiente ait un bon niveau de littératie afin de comprendre et de réaliser l'auto-surveillance.

Objectifs : L'objectif principal est d'évaluer le niveau de compréhension des consignes pour la prise en charge du diabète gestationnel lors des ateliers. L'objectif secondaire est de savoir si il existe une différence significative de la compréhension entre les patientes avec ou sans activité professionnelle.

Population et méthode : L'étude est basée sur un questionnaire anonyme distribué à la fin de l'atelier pour la prise en charge du diabète gestationnel. C'est une étude quantitative. L'étude a été menée du 25 octobre 2021 au 21 janvier 2022 dans deux établissements : Hôpital Nord et la Conception faisant partie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille.

Résultats : 69 questionnaires ont été remplis, avec un taux de réponse à l'étude qui est de 19,2 %. Le niveau de compréhension des patientes lors des ateliers de prise en charge pour le diabète gestationnel est très satisfaisant (entre 76,8 % et 92,8 %). Il n'existe pas de différence significative de la compréhension des informations entre les patientes avec ou sans activité professionnelle. Selon la loi de Mann Whitney, $p = 0,23$.

Conclusion : L'étude a montré que le niveau de compréhension des patientes participant à l'atelier de prise en charge du diabète gestationnel est très satisfaisant. La relation entre les patientes et les professionnels de santé permet aux patientes de poser des questions si les informations ne sont pas comprises, les professionnels de santé demande aux patientes de reformuler les consignes.

Le fait de ne pas avoir d'activité professionnelle n'est pas retrouvé comme un facteur d'une mauvaise compréhension de l'atelier et des recommandations pour la prise en charge du diabète gestationnel dans notre étude.

Mots-clés : littératie en santé, diabète gestationnel, atelier, éducation thérapeutique

Abstract

Background : Numerous studies have shown that a good understanding of vocabulary is essential in order to allow patients to be autonomous and to be actors of their own health. Gestational diabetes is a common pathology of pregnancy. The management of this disease is mainly carried out by the patient : hygienodietary advices and monitoring of capillary blood glucose. It therefore seems necessary for the patient to have a good level of literacy in order to understand and carry out self-monitoring.

Objectives : The main objective is to assess the level of understanding of the guidelines for the management of gestational diabetes during workshops. The secondary objective is to find out if there is a significant difference in understanding between patients with or without professional activity.

Population and method : The study is based on an anonymous survey distributed at the end of workshops for the management of gestational diabetes. It's a quantitative study. The study was conducted from October 25, 2021 to January 21, 2022 in two establishments : Hospital Nord and Conception, part of the Public Assistance of Marseille Hospitals.

Results : 69 surveys were completed, with a response rate to the study of 19.2%. The level of understanding of patients at the gestational diabetes management workshops was very satisfactory (between 76.8% and 92.8%). There is no significant difference in the understanding of information between patients with or without professional activity. According to Mann Whitney's law, $p = 0.23$.

Conclusion : The study showed that the level of understanding of patients attending the Gestational Diabetes Management Workshop is very satisfactory. The relationship between patients and healthcare professionals allows patients to ask questions if the information is not understood and healthcare professionals ask patients to rephrase the instructions.

The fact of not having a professional activity is not found as a factor of a poor understanding of the workshop and recommendations for the management of gestational diabetes in our study.

Keywords : health literacy, gestational diabetes, workshop, therapeutic education