



HAL
open science

Exploration du vécu d'un programme d'éducation thérapeutique et des représentations du diabète gestationnel : étude qualitative réalisée en 2015 auprès de huit femmes ayant participé au programme mis en oeuvre à la maison de santé pluridisciplinaire “ Artemis ” à Saint Denis de la Réunion

Élodie Bonte

► **To cite this version:**

Élodie Bonte. Exploration du vécu d'un programme d'éducation thérapeutique et des représentations du diabète gestationnel : étude qualitative réalisée en 2015 auprès de huit femmes ayant participé au programme mis en oeuvre à la maison de santé pluridisciplinaire “ Artemis ” à Saint Denis de la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01311513

HAL Id: dumas-01311513

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01311513>

Submitted on 4 May 2016

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.

Université Bordeaux 2
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

N°

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Spécialité Médecine Générale

Présentée et soutenue le 20 Avril 2016 à Saint Paul (La Réunion)

Par Elodie BONTE

Née le 12 Avril 1984 à Mont Saint Aignan (76)

<p>Exploration du vécu d'un programme d'éducation thérapeutique et des représentations du diabète gestationnel : étude qualitative réalisée en 2015 auprès de huit femmes ayant participé au programme mis en œuvre à la maison de santé pluridisciplinaire "Artémis" à Saint Denis de la Réunion.</p>

Directeur de thèse : Madame le Docteur Line RIQUEL

Membres du jury

Monsieur Bernard GAY, Professeur des universités.....Président du jury
Monsieur Jean-Marc FRANCO, Professeur associé des universités.....Rapporteur
Monsieur Sébastien LERUSTE, Maître de conférence associé des universités.....Examineur
Madame le Docteur Nathalie LE MOULLEC.....Examineur
Madame Line RIQUEL, Maître de conférence associée des universités.....Directeur de thèse

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Pour votre ferveur à défendre la médecine générale et votre implication dans l'enseignement de cette spécialité passionnante.

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.

Veillez accepter le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect profond.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO

Pour votre implication dans le développement du Département de Médecine Générale de l'Océan Indien. Pour votre disponibilité et votre soutien auprès des étudiants.

Pour l'honneur que vous me faites de faire partie du jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Veillez accepter mes remerciements les plus respectueux.

A Madame le Docteur Line RIQUEL

Pour m'avoir accompagnée, soutenue et guidée tout au long de ce travail. Pour avoir cru à celui-ci.

Ta disponibilité et ton aide m'ont permis de mener ce projet à terme. Tu as su répondre à mes besoins de jeune médecin.

Trouve à travers ces quelques lignes, mon profond respect pour le Médecin et la femme que tu es.

A Madame le Docteur Nathalie LE MOULLEC

Vous avez accepté de faire partie de mon jury.

Pour votre implication dans le développement de l'éducation thérapeutique.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Pour l'honneur que vous me faites de siéger à ce jury.
Veuillez accepter mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Jean-Marc SIMONPIERI

Pour l'intérêt que vous portez à l'éducation thérapeutique et votre implication dans son
développement.

Vous êtes à l'origine du sujet de cette thèse et avez su me conseiller. Pour votre relecture et vos
corrections.

Veuillez accepter mes sincères remerciements et mon profond respect .

A Monsieur le Docteur Ameth GUEYE

Vous m'avez ouvert les portes de votre maison de santé, ce qui m'a permis de m'intéresser à ce sujet
passionnant qu'est l'éducation thérapeutique.

Pour votre dévouement auprès des femmes.

Veuillez accepter mes sentiments respectueux.

A tous les médecins qui se battent pour que la médecine générale soit reconnue et enseignée dans
les universités.

A tous les médecins qui m'ont transmis la passion de la médecine générale.

A tous mes maîtres de stage qui ont eu la patience et l'envie de me transmettre leur savoir.

A tous les médecins dévoués qui prennent soins de leurs patients avec respect et modestie. Vous êtes
encore aujourd'hui une source d'inspiration.

A tous mes co-internes pour le partage d'expériences.

A ma mère

Tu as toujours été là pour moi. La vie n'est pas simple mais c'est ce qui la rend passionnante. L'Amour que tu me portes me rend plus forte et me donne la force d'avancer sur mon propre chemin.

A mon père

Tu m'as toujours aimé pour ce que je suis, sans condition. Tu es un vrai réconfort pour moi. Je t'en serai éternellement reconnaissante. On a qu'un père et je suis fière de toi.

A mon frère

Je savoure la chance d'avoir un frère tel que toi. Tu m'acceptes et m'aimes comme je suis et je t'en remercie. Nous avons beaucoup de choses à vivre ensemble et je m'en réjouis. Tu es génial.

A ma grand mère

Tes prières m'ont accompagné depuis ma plus tendre enfance. Tes encouragements m'ont été d'un grand soutien, je sais que tu serais fière de moi aujourd'hui. Je pense à toi.

A ma famille : mon grand-père, ma marraine Pascale, mon parrain Thierry, Tata Sophie, Fred, et les autres : vous êtes ma famille et je suis fière de faire partie de celle-ci. Chacun évolue sur son propre chemin mais, nous sommes tous là les uns pour les autres. C'est beau.

A Franck

Merci pour ton soutien. Tu as été présent et patient tout au long de ce travail, je t'en remercie. Découvrir la vie à tes côtés me plaît, je sais que nous avons beaucoup de belles choses à vivre ensemble, j'ai hâte...

A Antoine

Tu n'es pas là aujourd'hui et pourtant...tu es une personne chère à mes yeux. Pour tout ce que nous avons vécu ensemble à travers le monde, trouve ici ma sympathie la plus profonde, mon respect et ma reconnaissance. Content de voir que tu réalises tes rêves.

A tous mes amis de métropole, que je suis contente de retrouver lors de mes passages en Normandie.

A tous mes amis de La Réunion, merci pour votre soutien pendant ce long travail. Nous passons de bons moments ici sur l'île et profitons de la vie.

Un grand merci à **Olivia** pour sa relecture et ses corrections. J'espère qu'un jour, je relierai ta thèse... Pour l'instant, je croise les doigts pour ce beau projet porté en famille... bon vent !

Merci à **Morgane**. Contente que tu aies pu mettre un peu de toi dans ce travail.

A **Anais**. Merci pour ta participation...je te souhaite beaucoup de belles rencontres.

A tous les gens qui ont croisé mon chemin sur cette terre magnifique. A ceux qui m'ont ouvert leur porte pour une nuit, un repas ou des moments précieux de partage.

Vous faites tous partie de ce que je suis aujourd'hui. MERCI.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS-OI : Agence Régionale de la Santé Océan Indien

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

DG : Diabète Gestationnel

AFDET : Association Française pour le Développement de l'Éducation Thérapeutique

DT2 : Diabète de Type 2

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

DOM : Département d'Outre-Mer

HTA : Hypertension artérielle

FFC : Fédération Française de Cardiologie

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

ENNS : Étude Nationale Nutrition Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HGPO : Hyperglycémie Provoquée Orale

IADPSG : International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups

SA : Semaine(s) d'aménorrhée

ASG : Autosurveillance glycémique

PMI : Protection maternelle infantile

DIU : Dispositif intra-utérin

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

HAS : Haute autorité de santé

DEP : Diagnostic Éducatif Partagé

LOC : Locus of control

Table des matières

AVANT- PROPOS	12
INTRODUCTION	14
I.DIABETE GESTATIONNEL	16
A) Définition.....	16
B) Physiopathologie.....	16
C) Épidémiologie.....	17
D) Risques materno-fœtaux.....	19
E) Dépistage.....	20
a. Qui dépister ?.....	20
b. Quand dépister ?.....	21
c. Comment dépister ?.....	21
d. Critères diagnostiques.....	22
F) Prise en charge du diabète gestationnel.....	22
a. Surveillance.....	22
b. Traitement	24
c. Éducation thérapeutique	24
d. Prise en charge en post-partum.....	25
e. Place du médecin généraliste dans la prise en charge du DG.....	25
f. Place des réseaux de santé à la Réunion	27
II. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	28
A) Définitions.....	28
B) L'ETP : recommandations et réglementations.....	28
C) Place du médecin généraliste dans l'ETP.....	29
D) L'ETP à La Réunion	30
III.LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE « ARTEMIS »	31
A) Plan du programme	31
B) Le parcours des patientes.....	32
C) L'équipe.....	32
D) Le financement.....	32
E) Les obligations.....	33
a. Obligation de formation.....	33
b. Obligation d'évaluation.....	33
IV.JUSTIFICATION DE CE TRAVAIL	34
a. Origine du sujet.....	34
b. Question de recherche.....	34
c. Objectifs de l'étude.....	35
MATERIEL ET METHODE	36
I. L'ETUDE QUALITATIVE	37
II.ECHANTILLONNAGE	38

III.RECUEIL DES DONNEES.....	40
A) L'entretien semi dirigé.....	40
B) Le guide d'entretien (annexe n°1).....	40
a. Recueil des données quantitatives.....	40
b. Canevas d'entretien (données qualitatives).....	41
c. Évolution du canevas d'entretiens.....	42
C) L'attitude et la technique de l'intervieweur.....	43
D) Lieu de l'entretien.....	44
E) Déroulement de l'entretien.....	44
F) Période de déroulement des entretiens.....	44
 IV.METHODE D'ANALYSE	45
A) Transcription.....	45
B) Analyse thématique.....	45
C) Analyse par patiente.....	45
D) Saturation des données.....	46
E) Recherches bibliographiques.....	46
 V.ASPECTS MEDICO-LEGAUX.....	46
A) Anonymisation des données.....	46
B) Demande d'autorisation d'enregistrement audio (annexe n°2).....	47
C) Autorisation de la CNIL (annexe°3).....	47
 RESULTATS ET ANALYSE.....	48
 I.LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE PATIENTES ET DES ENTRETIENS	49
A) Caractéristiques de l'échantillon de patientes.....	49
B) Caractéristiques des entretiens.....	50
a. Durée des entretiens.....	50
b. Qualité des entretiens.....	50
 II.LE VECU DU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE « ARTEMIS ».....	51
A) Une aide, un soutien, un appui.....	51
B) Un accompagnement, un suivi, une surveillance.....	51
C) Un sauvetage.....	52
D) Espace de dialogue, professionnels à l'écoute.....	52
E) Le programme vécu comme « différent » des autres prises en charge médicales.....	52
F) Le programme vécu comme un projet personnalisé, adapté à l'environnement.....	54
G) Le programme permet une réassurance, une revalorisation, une responsabilisation de la personne.....	54
H) Le programme qualifié d'ouvert, neutre, sans jugement.....	55
I) Remarques des patientes en vue d'une amélioration du programme.....	55
a. Trop court, manque de suivi après le programme.....	55
b. Absence de consultation psychologique.....	56
c. Discussion autour de l'allaitement.....	57
d. Programme jugé inefficace.....	57
 III.LES COMPETENCES DECLAREES PAR LES PATIENTES.....	58
A) Les compétences d'auto-soins.....	58
a. Compétences résultant de l'objectif de savoir.....	58
b. Les compétences résultant de l'objectif de savoir-faire.....	59

B) Les compétences d'adaptation.....	60
IV. LES REPRESENTATIONS DU DIABETE GESTATIONNEL.....	62
A) Définition.....	62
a. Le DG : une maladie de la grossesse	62
b. Le DG : une maladie liée au métabolisme du sucre.....	63
c. Le DG : une maladie due à un défaut d'insuline.....	64
B) Signes cliniques.....	64
a. Le DG : une maladie asymptomatique.....	64
b. Le DG : une maladie qui entraîne des malaises, des hypoglycémies.....	64
C) Risques materno-fœtaux.....	65
a. Le DG : une maladie qui peut entraîner la mort du bébé.....	65
b. Le DG : une maladie qui peut entraîner une macrosomie chez le bébé.....	65
c. Le DG : une maladie qui peut engendrer un diabète chez l'enfant.....	66
d. Le DG : une maladie qui entraîne un sur-risque de diabète de type 2 chez la mère.....	66
D) Traitement	67
V. LE VECU DU DIABETE GESTATIONNEL ET DE SON SUIVI.....	69
A) La surprise.....	69
B) La déception.....	69
C) La difficulté, la contrainte	70
D) Le poids de la maladie.....	71
E) L'inquiétude, la peur, l'angoisse.....	72
a. Le DG entraîne des angoisses chez la maman.....	72
b. Le stress peut entraîner des variations glycémiques.....	72
c. Le stress retenti sur le bébé.....	73
d. Le DG n'est pas source de stress.....	73
F) Le soulagement.....	74
G) La culpabilité.....	74
H) Le sentiment d'abandon.....	75
VI. LA MOTIVATION A LA PERENNISATION DES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES	76
A) Les freins à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques.....	76
a. Le risque de D2, un risque invisible.....	76
b. Le mal être psychologique.....	76
c. Mal manger, une solution de facilité.....	76
d. Antécédent de césarienne.....	77
e. Grossesse.....	77
f. L'environnement familial.....	77
g. L'environnement professionnel.....	78
h. Le sentiment de nocivité des aliments	79
i. Rôle relationnel.....	79
j. Absence de suivi post partum.....	79
k. Relation médecin-patiente nocive voire conflictuelle.....	80
B) Les leviers de motivation à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques.....	80
a. Un bien être psychologique.....	80
b. Un soutien familial.....	80
c. Une alliance thérapeutique	81
C) Proposition d'évaluation du stade de changement de comportement pour chaque patiente interrogée.....	82
a. Madame A.....	83

b. Madame B.....	84
c. Madame C.....	85
d. Madame D.....	86
e. Madame E.....	88
f. Madame F.....	89
g. Madame G.....	90
h. Madame H.....	91
VII. LES REPRESENTATIONS DU MEDECIN GENERALISTE.....	93
A) Relation au médecin généraliste.....	93
a. Absence de suivi chez un médecin généraliste.....	93
b. Absence du médecin traitant dans le suivi de grossesse.....	93
c. Chez le médecin généraliste, on y va quand ça ne va pas.....	94
d. Nécessité d'une relation médecin-patiente de qualité.....	94
e. La contrainte de temps chez le médecin généraliste.....	95
B) Les rôles des médecins généralistes/médecins traitants.....	95
a. Informer, expliquer, conseiller.....	95
b. Délivrer de la documentation.....	95
c. Connaître la patiente et son environnement.....	96
d. Être à l'écoute.....	96
e. Orienter, déléguer.....	96
f. Suivre, surveiller.....	96
g. Aucun rôle dans la mise en place des mesures hygiéno-diététiques.....	97
DISCUSSION.....	99
I. DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE.....	100
A) Biais et limites.....	100
a. Biais d'analyse.....	100
b. Biais d'interprétation.....	100
c. Biais de mémorisation.....	100
d. Biais lié au volontariat.....	100
e. Biais lié au lieu du recueil de données.....	100
f. Biais lié au lieu géographique.....	101
B) Force et originalité.....	101
a. La méthode qualitative, un outil de recherche en médecine générale.....	101
b. Étude du vécu.....	102
c. Objectif d'amélioration des pratiques.....	102
II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS.....	103
A) Vécu du programme d'ETP.....	103
B) Les représentations du diabète gestationnel.....	105
C) Vécu du diabète gestationnel.....	108
D) Freins et motivations.....	109
E) Représentations du médecin généraliste.....	113
III. PERSPECTIVES.....	122
A) Optimiser le suivi.....	122
B) Mise en pratique pour le programme « Artémis ».....	122
a. Le bilan éducatif partagé.....	123
b. Les objectifs éducatifs.....	123
c. Organisation.....	125

d. Amélioration de l'évaluation finale.....	125
e. Courrier de sortie.....	126
CONCLUSION.....	128
ANNEXES.....	135
RESUME.....	141
ABSTRACT.....	142
Le Serment d'Hippocrate.....	143

AVANT- PROPOS

Du plus loin que je me souviens, je crois que j'ai toujours voulu être médecin. Au début de mes études, j'étais probablement plus attirée par la technique. Cependant, les premières rencontres avec les patients ont été si enrichissantes que le côté relationnel est devenu une priorité pour moi. Je constatais de jour en jour que l'interrogatoire m'aidait dans la recherche du diagnostic comme dans la prise en charge et surtout me permettait de mettre en place une relation de confiance. Je voulais connaître le patient, son environnement, ses angoisses, sa vie... son histoire !

Passant de services en services, je constatais avec regret que le patient était trop souvent considéré comme une « somme d'organes ». J'avais l'impression qu'à toujours vouloir classer les informations dans des tiroirs, on passait à côté du véritable enjeu. Dès lors, j'ai su que j'allais devenir médecin généraliste pour appréhender le patient dans sa globalité.

Après plusieurs années de stages hospitaliers, j'ai enfin expérimenté l'ambulatoire. Ça m'a bouleversé, une grosse remise en question s'est imposée à moi. Les pathologies n'étaient plus les mêmes, et la prise en charge était très différente. C'était surtout une question de posture et de relation. En effet, tant la posture du patient que celle du médecin différait par rapport à ce que j'avais pu voir à l'hôpital. Il est clair que l'on n'appréhende pas de la même façon un patient qui vient nous voir au cabinet, qu'un patient en blouse dans un lit d'hôpital à qui une infirmière vient délivrer son traitement. J'observais mes maîtres de stage ; j'aimais la relation qu'ils entretenaient avec leur patient mais parfois je ne pouvais m'empêcher de me demander : « mais, va-t-il vraiment suivre ce traitement/régime/conseil ? »

Grâce à différents stages dans différents endroits du monde (France métropolitaine, Afrique de l'Ouest, Île de la Réunion, Mayotte et Polynésie française), j'ai pu me rendre compte que le médecin doit en permanence s'adapter au vécu, aux représentations et aux croyances de ses patients.

Puis, plus je discutais avec les patients, plus je me rendais compte que bien souvent, ils élaboraient eux-mêmes leurs propres solutions.

Par conséquent, je me suis intéressée de plus près à ce concept qu'est l'éducation thérapeutique du patient (ETP). « Mots clé » lors des examens universitaires, cette notion restait néanmoins floue et abstraite pour moi. Parfois, nous pouvons penser faire de l'éducation mais bien souvent les objectifs du praticien ne concordent pas avec ceux du patient.

A La Réunion, une politique de développement de l'éducation thérapeutique du patient a été mise en œuvre par l'Agence Régionale de la Santé Océan Indien (ARS-OI); de nombreux professionnels se forment et des programmes sont autorisés. Étant persuadée que cette posture répondra aux nouveaux besoins de la médecine moderne, je me suis intéressée à un programme d'éducation thérapeutique ciblé sur le diabète gestationnel (DG). Je voulais connaître le vécu des patientes ayant participé à un tel programme. Ce travail permettrait une fois de plus de mettre l'accent sur l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du diabète gestationnel et de l'obésité mais aussi d'apporter des remarques constructives dans un but d'amélioration de nos pratiques en matière d'éducation du patient.

« Quand on forme des soignants, on leur apprend à poser un diagnostic et à prescrire un traitement adapté et on s'arrête là. On ne leur dit jamais comment s'y prendre si le patient ne respecte pas le traitement ou les conseils d'hygiène de vie qui lui ont été donnés. Si vous savez ce qu'il faut prescrire ou le soin qu'il faut réaliser, vous êtes reçu à votre examen. » Brigitte Sandrin-Berthon. Médecin de Santé Publique. Présidente de l'AFDET.

INTRODUCTION

Le diabète gestationnel (DG) est une complication fréquente de la grossesse dont la prévalence à La Réunion est d'environ 14% en 2013 contre 7% en métropole (1). La survenue d'un DG est un facteur de risque de complications materno-fœtales. Il y a aussi des conséquences à long terme chez la mère avec une majoration du risque de développer un diabète de type 2 (DT2).

La prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement qui n'est pas toujours appliquée par les patientes. Pour répondre à cette problématique, une approche éducative se développe de plus en plus en France. En effet, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) apparaît comme une pièce maîtresse pour répondre aux besoins de la médecine moderne.

Les programmes d'éducation thérapeutique sont récents dans le paysage sanitaire français, ils sont le plus souvent réalisés au sein des établissements de santé. A La Réunion, la politique de l'ARS-OI s'oriente vers le développement de l'ETP dans le secteur des soins de premiers recours en particuliers dans les pôles et maisons de santé pluridisciplinaires. Cette orientation nécessite d'avoir une bonne connaissance des programmes mis en œuvre, des conditions de réalisation et de l'impact sur les personnes ayant participé au programme.

Nous proposons donc d'explorer le vécu des femmes vis à vis du programme d'éducation thérapeutique ainsi que leurs représentations du diabète gestationnel.

Dans cette introduction, nous traiterons dans une première partie du diabète gestationnel, avant d'aborder dans une seconde partie l'éducation thérapeutique du patient.

I. DIABETE GESTATIONNEL

A) Définition

Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un trouble de la 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. Cette définition englobe en fait deux entités différentes :

- Un diabète patent, le plus souvent de type 2 (DT2), préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement.
- Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse, généralement en deuxième partie, et disparaissant, au moins temporairement, en post-partum(2).

B) Physiopathologie

La grossesse se présente comme une situation d'accélération métabolique avec une première phase anabolique, puis une deuxième phase catabolique dont la finalité est d'assurer le flux énergétique nécessaire à la croissance du fœtus.

Au cours de la grossesse, l'insulino-résistance maternelle physiologique va permettre de réduire la dégradation du glucose dirigée préférentiellement vers le fœtus. Les mécanismes de cette insulino-résistance sont divers et encore imparfaitement expliqués. Au cours du diabète gestationnel, l'insulino-résistance apparaît vers la 16e semaine d'aménorrhée, soit un peu plus rapidement que lors d'une grossesse normale (3).

Néanmoins, le principal événement à l'origine du diabète gestationnel est une diminution de l'insulinosécrétion, conduisant à une insulinopénie relative (4).

Ces deux mécanismes, insulino-résistance et diminution de l'insulinosécrétion, sont régulés par d'autres facteurs. En effet, il existe différents facteurs dits « de régulation » modulant la sécrétion insulinaire et favorisant l'insulino-résistance tels que les facteurs hormonaux (œstrogènes,

progestérone, prolactine, cortisol, hormone lactogène placentaire) et la leptine.

La physiopathologie du DG n'est donc pas encore totalement élucidée. Toutefois, les grands mécanismes impliqués dans le diabète gestationnel sont les mêmes que ceux impliqués dans le diabète de type 2, à savoir insulino-résistance et insulino-pénie. Ce qui signifie que le DG et le DT2 constitueraient la même entité, l'une correspondant à un stade précoce de la maladie, l'autre à une évolution plus tardive.

C) Épidémiologie

Les données de prévalence peuvent être très variables dans la littérature, en raison de l'absence de consensus universel quant aux critères de dépistage (ciblés ou systématiques) et de diagnostic (choix des valeurs seuils).

Cependant, le diabète gestationnel est une pathologie fréquente : sa prévalence est estimée entre 2 % et 6 % en Europe.

Celle-ci est d'environ 14% en 2013 à la Réunion contre 7% en France métropolitaine. 1400 femmes sont concernées chaque année par cette question à la Réunion (1).

Les facteurs de risque reconnus de DG à fort et moindre impact, sont aujourd'hui (5) :

Fort impact:

- Antécédent personnel de diabète gestationnel (taux de récurrence de 30 à 80%)
- Age maternel ≥ 35 ans
- Obésité pré-gestationnelle (IMC ≥ 30 kg/m²)
- Antécédent de macrosomie (poids de naissance ≥ 4000 g)
- Antécédent familial de diabète de type 2 au 1er degré

Moindre impact :

- Origine ethnique (origine indienne et asiatique)
- Antécédent familial de diabète de type 2 au second degré
- Importante prise de poids pendant la grossesse
- Multiparité maternelle
- Grossesse multiple
- Syndrome des Ovaies Polykystiques
- Antécédent de mort fœtale in utero

- Petite taille maternelle, petit poids de naissance maternel

Certains retiennent également la sédentarité et une activité physique peu intense comme facteurs de risque (6).

Comme nous le verrons plus loin, le DG est un facteur de risque du diabète de type 2 qui est un véritable enjeu de santé publique. En effet, selon les estimations de l’OMS, 150 millions de personnes dans le monde souffrent de diabète, dont 90 % de DT2. En 2014, la prévalence mondiale était de 9% des adultes âgés de 18 ans et plus (7). Selon les prévisions, en 2030 le diabète serait la 7ème cause de décès dans le monde (8).

Par ailleurs, la fréquence du diabète de type 2 est plus élevée dans les Départements et Territoires d’Outre-Mer qu’en France métropolitaine. L’île de La Réunion n’échappe pas à ce phénomène. Société en transformations socio-économiques rapides, elle connaît actuellement une transition épidémiologique et nutritionnelle, qui engendre une diminution de la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires, mais à l’inverse une explosion des maladies chroniques. Le diabète et le syndrome métabolique y constituent un problème majeur de santé publique. L’enquête REDIA (Réunion-Diabète) a permis de mettre en évidence une prévalence élevée du diabète à La Réunion avec une forte proportion de diabétiques méconnus (34 % des diabétiques), une prévalence élevée du surpoids et de l’obésité, de l’hypertension artérielle (HTA), et des anomalies urinaires. Cette enquête a également montré une insuffisance de la prise en charge du diabète (9). L’enquête REDIA 2 (suivi de la cohorte sept ans plus tard) révèle une fréquence corrigée du diabète connu ou dépisté de 23,6 % (contre 22,7 % pour la fréquence non corrigée). Soit une estimation d’1 personne diabétique sur 5 dans l’échantillon RÉDIA 2 (10).

Par ailleurs, à l’inverse de la Métropole, le diabète à La Réunion et dans les DOM se caractérise par un sur-risque féminin. A La Réunion, la part des femmes parmi les patients traités pharmacologiquement pour diabète était de 56,3% en 2012 contre 45,9% au niveau national (1).

De plus, la prévalence de l’obésité à La Réunion est plus importante chez les femmes que chez les hommes (23% contre 14%). Les données disponibles mettent en évidence une prévalence du surpoids, et surtout de l’obésité chez les femmes, plus importante à La Réunion qu’en France métropolitaine. En effet, selon l’étude REDIA 2 réalisée entre 2006 et 2009, 23% des Réunionnaises adultes étaient en situation d’obésité, contre 18% des femmes adultes en France métropolitaine (ENNS, 2006) (10).

D) Risques materno-fœtaux

Le DG peut entraîner des complications d'une part chez le nouveau-né et d'autre part chez la mère. Il a été démontré qu'il y avait un véritable continuum entre l'effet de la glycémie et le risque materno-fœtal .

A court terme, le nouveau-né risque de présenter une macrosomie. La macrosomie de mère diabétique est facio-tronculaire, avec une augmentation significative du périmètre scapulaire et surtout une différence (épaules-tête) en moyenne supérieure de 4 cm par rapport à des nouveaux-nés macrosomes issus de grossesses non diabétiques. Une telle différence explique le risque de dystocie des épaules pour le nouveau-né de mère diabétique. Le bébé est exposé également à un retard de croissance intra-utérin ce qui augmente le risque de mort fœtale in utero, d'hypoxie néonatale et de complications néonatales. Le DG augmente le risque de prématurité, d'hypoglycémie néonatale et de polyglobulie.

A moyen et long terme, l'enfant né de mère diabétique présente un sur-risque d'obésité et de diabète de type 2. Une étude de grande ampleur a été réalisée à La Réunion entre 2008 et 2010, visant à étudier les relations entre la survenue d'un diabète gestationnel et le risque de surpoids des enfants à l'âge de 5-7 ans. Il s'agit de l'étude OBEGEST. Dans cette étude menée par le CHR et le CIC-EC (Inserm), il apparaît que l'exposition au diabète gestationnel est associée à un sur-risque de surpoids (même après ajustement sur l'IMC maternel prégestationnel, et d'autres facteurs de confusion connus et/ou identifiés dans l'étude), uniquement chez les petits garçons (OR 2,40, IC 95% 1,49-3,87) (11) .

Les risques pour la mère pendant la grossesse sont l'HTA gravidique qui peut se compliquer de pré-éclampsie, d'une majoration du risque de césarienne, de traumatismes obstétricaux, d'hémorragies du post-partum et des troubles psychologiques.

A long terme, les risques sont d'abord la récurrence du DG et l'apparition en post-partum d'un DT2. Le taux de récurrence du diabète gestationnel est estimé entre 35 et 80 %. Le risque relatif de diabète de type 2 après un diabète gestationnel est de 7,43 (IC 95 % [4,79-11,51]). Le risque à moins de 5 ans après un DG est de 4,69 ; au-delà de 5 ans, il est de 9,34 (12).

Dans l'étude DIAGEST 2 réalisée en 2009, les femmes ont été revues à 6 ans puis 11 ans de leur grossesse. Près de 40% des patientes avec DG ont présenté un trouble de la tolérance glucidique, à savoir 18 % un diabète de type 2, 13,4 % une intolérance au sucre et 8,5 % une hyperglycémie modérée à jeun (13).

Les femmes ayant eu un DG représentent une population à risque sur le plan cardiovasculaire. En effet, cette augmentation du taux de sucre dans le sang au cours de la grossesse serait aussi le précurseur d'une future athérosclérose.

« La grossesse est une loupe sur le risque cardiovasculaire futur. Si après son diabète gestationnel la femme ne met pas en place une hygiène de vie stricte elle va évoluer vers un syndrome métabolique à la pré-ménopause. » Pr Claire Mounier Vehier Cardiologue et vice-présidente de la FFC.

Compte tenu des risques encourus par la mère et son bébé, un dépistage du diabète est organisé avant, pendant la grossesse et après la grossesse.

E) Dépistage

a. Qui dépister ?

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande le dépistage du DG en présence d'au moins un des critères suivants :

- âge maternel supérieur à 35 ans,
- indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m²,
- antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré,
- antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome.

Ces recommandations stipulent qu'en l'absence de ces facteurs de risque, le bénéfice et le rapport coût-efficacité du dépistage restent à évaluer. Il n'y a donc pas d'arguments suffisants pour recommander un dépistage systématique. Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelle (5).

A La Réunion, comme évoqué précédemment, la prévalence des facteurs de risque de diabète gestationnel en population est très élevée ; en particulier l'obésité et les antécédents familiaux de diabète. Le choix d'un dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes à La Réunion apparaît l'attitude la plus simple selon les recommandations du IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups) (14).

Néanmoins, le risque avec un dépistage systématique est d'augmenter le nombre de faux positifs et d'engendrer ainsi des interventions thérapeutiques non nécessaires. Il faut noter que le diagnostic et la prise en charge du diabète gestationnel ne seraient pas dénués d'effets indésirables : anxiété, accroissement des taux de césarienne, même en l'absence de macrosomie fœtale, accroissement du taux de déclenchements et du passage en réanimation néonatale des nouveau-nés.

b. Quand dépister ?

On peut estimer à environ 30 % le taux de DT2 méconnus et à environ 15 % la proportion de DG étant des diabètes DT2 méconnus. De plus, il y a une augmentation de la prévalence du DT2 chez les femmes en âge de procréer. Ces arguments justifient la recherche d'un DT2 méconnu en présence des facteurs de risque précédemment définis lors de la première consultation prénatale. Idéalement, en présence de facteurs de risque de DT2, ce dépistage doit être fait en pré-conceptionnel (accord professionnel) (5).

Chez les femmes non diagnostiquées préalablement, le dépistage du DG par une hyperglycémie provoquée par voie orale est recommandé entre 24 et 28 SA, date à laquelle la tolérance au glucose se détériore au cours de la grossesse (5).

c. Comment dépister ?

Au premier trimestre, en présence de facteurs de risque, il est recommandé de réaliser une glycémie à jeun.

Entre 24 et 28 SA, il existe actuellement deux méthodes diagnostiques :

- la méthode en deux temps (dépistage par dosage de la glycémie une heure après ingestion de 50 g de glucose, puis diagnostic par une hyperglycémie provoquée per os (HGPO) avec 100 g de glucose)

- la méthode en un temps (HGPO avec 75 g de glucose).

Chacune des méthodes a une bonne reproductibilité, sans nécessiter de régime diététique préalable. Entre 24 et 28 SA, l'HGPO avec 75 g de glucose avec mesure des glycémies à 0, 1 et 2 h est recommandée pour le diagnostic du DG (5).

d. Critères diagnostiques.

L'International association of diabetes Pregnancy Study Group (IDPSG) propose :

- comme seuil pour le diagnostic de DG la valeur de 0,92 g/l (5,1 mmol/l) de glycémie à jeun. Il existe un continuum entre les niveaux glycémiques maternels et les complications maternofoetales. Le choix de seuils glycémiques pour définir le DG est donc arbitraire.
- comme critères diagnostiques entre 24 et 28 SA : glycémie à jeun supérieure à 0,92 g/l (5,1 mmol/l) et/ou glycémie 1 heure après une charge orale de 75 g de glucose supérieure à 1,80 g/l (10,0 mmol/l) et/ou glycémie 2 heures après la charge supérieure à 1,53 g/l (8,5 mmol/l). Dans l'étude HAPO menée entre 2000 et 2006, il apparaît que les femmes ayant une valeur glycémique supérieure ou égale à 0,92g/L à jeun, 1,80g/L à 1h et 1,53g/L à 2h ont 75% de risque de développer une complication (15).

Le CNGOF recommande de suivre ces critères (5).

F) Prise en charge du diabète gestationnel.

Compte tenu des complications possibles, si l'on dépiste un DG, il est important de mettre en œuvre une prise en charge adaptée. Une étude australienne, l'étude ACHOIS montre l'intérêt d'une prise en charge active du DG. En effet, celle-ci réduit le risque de macrosomie et de complications néonatales (16). De leur côté, Landon *et al.* ont démontré que l'incidence de la macrosomie et des complications néonatales chez 75 femmes diabétiques était significativement diminuée lorsque la glycémie pré-prandiale était inférieure à 1,10 g/l (17).

a. Surveillance

- Surveillance clinique

En cas de diabète gestationnel équilibré sans autres pathologies ou facteurs de risque associés, le suivi clinique de la grossesse se fait comme pour une grossesse normale, à savoir lors de consultations mensuelles prénatales auprès d'un médecin généraliste ou d'une sage femme. La présence de facteurs de risque surajoutés (obésité, mauvais équilibre glycémique, hypertension artérielle chronique) peut justifier une surveillance à un rythme plus rapproché, en raison notamment du risque accru de pré-éclampsie. Un recours au diabétologue peut être justifié également.

- Surveillance biologique

L'autosurveillance glycémique (ASG) permet de surveiller les patientes et d'indiquer l'insulinothérapie. Lorsque les femmes sont traitées par insuline, l'ASG est indispensable pour adapter les doses d'insuline. L'ASG est recommandée entre 4 et 6 fois par jour (au moins une fois à jeun et deux heures après les repas selon le traitement) et l'équilibre obtenu. L'ASG doit être poursuivie jusque dans le post-partum immédiat. Dans l'état actuel des connaissances, l'objectif actuellement validé est d'obtenir une glycémie à jeun inférieure à 0,95 g/l et une glycémie inférieure à 1,20g/l deux heures après le repas.

Le terme de fructosamine désigne l'ensemble des protéines glyquées présentes dans le sérum. L'albumine glyquée représente 80 % de la fructosamine. Le renouvellement des protéines étant beaucoup plus rapide que le renouvellement des globules rouges, la fructosamine est un témoin du niveau moyen du glucose dans le sang au cours des 2 à 3 dernières semaines, alors que l'HbA1c l'est au cours des 6 à 8 dernières semaines. La réactivité de la fructosamine et sa bonne corrélation avec l'équilibre glycémique offrent un avantage par rapport à l'HbA1c pour équilibrer le diabète et éviter les complications materno-fœtales (18).

- Surveillance échographique

Elle s'organise comme pour une grossesse normale à savoir autour des 3 échographies

recommandées (12SA, 22SA et 32SA), auxquelles s'ajoute au moins une échographie de fin de grossesse afin d'évaluer le risque de macrosomie (5).

b. Traitement

- Mesures hygiéno-diététiques

La prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement du DG. L'apport calorique doit être déterminé individuellement selon l'IMC préconceptionnel, la prise de poids gestationnelle et les habitudes alimentaires. L'apport recommandé est entre 25 et 35 kcal/kg/j. Une restriction calorique est indiquée en cas d'obésité ; elle ne doit pas être inférieure à 1600 kcal/j. L'apport en hydrates de carbone doit représenter 40 % à 50 % de l'apport calorique total. L'apport glucidique doit être réparti en trois repas et deux à trois collations. Les hydrates de carbone à index glycémique faible et les fibres pourraient avoir un intérêt pour le contrôle du DG. Une activité physique régulière, en l'absence de contre-indication obstétricale, environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine est recommandée (5).

- Insulinothérapie

L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques. Le schéma d'insulinothérapie sera adapté en fonction des profils glycémiques (5).

c. Éducation thérapeutique

Afin que les femmes comprennent et apprennent à gérer leur maladie, des programmes d'éducation thérapeutique peuvent être proposés. De nombreuses publications démontrent une efficacité de l'éducation thérapeutique. Une méta-analyse faite par Norris, montre qu'une éducation thérapeutique de qualité donne de bons résultats sur les paramètres biocliniques chez les diabétiques de type 2 (19).

d. Prise en charge en post-partum

- Surveillance glycémique

En post post-partum immédiat, il est recommandé de poursuivre l'insuline jusqu'à la normalisation des chiffres glycémiques.

En raison du risque de développer un diabète de type 2 à la suite d'un diabète gestationnel, il est recommandé de proposer un dépistage lors d'une consultation postnatale, entre 6 et 8 semaines après l'accouchement. Celui-ci peut se faire par :

- une glycémie à jeun (manque de sensibilité)
- ou un test de charge avec 75g de glucose, méthode de référence mais de faisabilité

délicate.

- ou une HbA1C (non recommandée en France bien que plus simple)

En cas de normalité du test de dépistage lors de la consultation post-natale, il est recommandé d'effectuer un contrôle tous les un à trois ans selon les facteurs de risque de la patiente. Il est recommandé également de dépister régulièrement d'autres facteurs de risque cardiovasculaire, comme une hypertension artérielle ou une dyslipidémie.

Le dépistage du DT2 après un DG nécessite la participation de tous les acteurs : médecins traitants, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, endocrinologues, équipes de protection maternelle infantile (PMI), centres de planification...sans oublier les patientes, qui doivent être informées de ces risques (5).

- Contraception

Pour ce qui est de la contraception, les études n'ont pas montré de perturbation significative du métabolisme glucidique sous contraception hormonale, qu'elle soit oestroprogestative ou progestative. Néanmoins, l'existence de facteurs de risques associés doit inciter à choisir une contraception sans impact cardio-vasculaire : le dispositif intra-utérin (DIU) devient alors un choix éclairé (5).

e. Place du médecin généraliste dans la prise en charge du DG.

Plusieurs mesures et plans de périnatalités successifs ont été mis en place (1970-1976, 1995-2000 et 2005-2007). La contribution des différents professionnels dans le suivi de grossesse s'est diversifiée avec un rôle plus important pour les médecins généralistes. Le suivi de grossesse a été réglementé par le décret n°92-143 du 16 février 1992, les recommandations ANAES, puis par la HAS. Dans les recommandations HAS 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, il est notifié : « lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) selon le choix de la femme » (20).

Une évolution nette du suivi de grossesse par le MG a été observée en France : en 2000, seuls 8 % des grossesses étaient suivies par un MG. En 2007, les médecins généralistes assuraient un quart des déclarations de grossesse, mais intervenaient moins dans le suivi de son déroulement. En 2010, 23,8% des suivis de grossesse après la déclaration de grossesse étaient assurés par les MG, d'après le rapport périnatal du Ministère de la santé.

La place du MG est essentielle dans le suivi de grossesse : il connaît la femme, ses antécédents et son histoire. Sa consultation est plus accessible (géographiquement et financièrement) que celle d'un gynécologue-obstétricien. Il est l'intervenant de première ligne dans le suivi des grossesses normales et oriente de manière adaptée les patientes en cas de complications. Le contexte démographiques des gynécologues-obstétriciens fait qu'ils ne peuvent pas suivre toutes les grossesses et qu'ils se situent en deuxième recours dans le parcours de la femme enceinte.

En ce qui concerne spécifiquement le diabète gestationnel, les recommandations de l'HAS concluent :

- en cas de diabète gestationnel dépisté pendant la grossesse : suivi possible par un médecin généraliste, une demande d'avis d'un gynécologue-obstétricien est conseillée mais pas obligatoire.
- en cas d'obésité morbide (IMC > 40kg/m²) : suivi possible par un médecin généraliste, une demande d'avis d'un gynécologue-obstétricien est conseillée mais pas obligatoire (20).

Le médecin traitant peut suivre une femme enceinte présentant un diabète gestationnel, il a donc une place essentielle dans la prise en charge. Il doit savoir orienter sa patiente et par conséquent, connaître les possibilités de prise en charge éducative s'il ne peut pas les intégrer aux

soins. Cependant, le médecin généraliste n'est pas isolé, il peut solliciter l'appui des réseaux de santé et autres structures de coordination.

f. Place des réseaux de santé à la Réunion

Les réseaux de santé peuvent appuyer le médecin dans sa prise en charge, ils peuvent assurer la coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge, suivre une patiente dans le temps et demander conseil.

- Réseau REPERE

La périnatalité concerne les femmes enceintes quelle que soit l'issue de leur grossesse, leur conjoint, le nouveau-né durant la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée. Créé en 2001 à La Réunion, REPERE est un réseau de santé dédié à la périnatalité. REPERE œuvre pour harmoniser et optimiser la prise en charge des femmes enceintes, du couple et de leur enfant.

Le réseau a pour zone géographique d'intervention l'ensemble de La Réunion. Le réseau s'adresse aux femmes présentant une grossesse à risque. Il les accompagne au long de la grossesse jusqu'au 42ème jour suivant le terme prévu d'accouchement.

L'objectif stratégique de REPERE est d'améliorer la prise en charge en périnatalité et en parentalité. Cet objectif se décline en trois objectifs opérationnels. Le premier est d'améliorer la coordination entre professionnels agissant autour de la naissance, le deuxième est de favoriser la diffusion des bonnes pratiques professionnelles, par des formations ainsi que l'élaboration et la diffusion de protocoles communs et consensuels. Le troisième est de mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation à destination de la population et notamment des femmes enceintes présentant une grossesse à risque. Ainsi, le réseau est une structure qui vise à soutenir et coordonner les compétences des professionnels, afin de permettre la prise en charge globale et coordonnée des patientes à risque. Il coordonne également l'accès des patientes à certaines prestations à titre gratuit (prise en charge diététique, prise en charge psychologique) en complémentarité avec les champs d'intervention des structures existantes, sur son territoire d'intervention (21).

II. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

A) Définitions

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, des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Celle-ci 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. »

Les finalités spécifiques de l'ETP sont d'une part, l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. D'autre part, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser, de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci). Celles-ci s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique du patient doit être personnalisé et prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, la motivation du patient et sa réceptivité à la proposition d'une éducation thérapeutique du patient, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, les méthodes pédagogiques et l'évaluation des effets (22).

B) L'ETP : recommandations et réglementations

Historiquement, l'éducation thérapeutique a connu ses premiers développements aux États-Unis dans les années 70 auprès de patients diabétiques.

Ce n'est que dans les années 80, qu'elle commence à apparaître en France. Des

recommandations européennes estiment en effet, que les patients peuvent apporter une contribution à leur propre santé.

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique et en 1999, le manuel d'accréditation des établissements de santé prévoit que : « le patient bénéficie des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement ». Cependant, il a fallu attendre 2007 pour qu'elle intègre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette année là, la HAS publie ses premières recommandations en matière d'éducation thérapeutique (22).

Dans le rapport présenté à Madame Bachelot, ministre de la santé, en septembre 2008, l'hôpital est décrit comme le lieu « naturel » de l'ETP grâce à la facilité d'accès, la pluridisciplinarité et la mise à disposition de fonds spécifiques. Dans ce rapport, le constat a été dressé de la quasi inexistence d'équipes pluridisciplinaires ambulatoires dédiées aux activités d'éducation dans le cadre d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique. Pour autant, les besoins en la matière existent réellement pour certaines pathologies chroniques dont le diagnostic et le suivi relèvent d'un exercice de ville, non hospitalier. C'est pourquoi, ce rapport décrit une volonté d'accélérer la mise en place en ambulatoire des activités d'éducation thérapeutique du patient (notamment en développant la création de maisons de santé).

L'ETP a été inscrite en 2009 dans le parcours de soins du patient dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). L'ETP est pour la première fois considérée comme thérapeutique à part entière avec son cadre et ses finalités dans le code de Santé Publique (23).

C) Place du médecin généraliste dans l'ETP

L'ETP s'est développée en France depuis une vingtaine d'années, par l'initiative de professionnels convaincus de l'intérêt de développer cette activité pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies chroniques. L'offre s'est développée essentiellement à l'hôpital car il est le lieu où s'exerce la pluridisciplinarité et où des moyens humains et financiers peuvent être mobilisés. Néanmoins, la quasi-totalité des personnes porteuses de maladies chroniques est suivie par les équipes de soins primaires. Il convient donc de renforcer l'offre ambulatoire de proximité afin qu'un patient puisse accéder à un programme d'ETP à une distance raisonnable de son domicile et sans se rendre nécessairement dans un établissement de santé.

Afin de développer l'offre ambulatoire, le rapport de D. Jacquat en juin 2010 donne au médecin traitant « le rôle central dans l'orientation des patients souffrant de maladies chroniques vers un programme d'ETP adapté de proximité ainsi que dans leur suivi au long cours »(24). Il prévoit donc de former les futurs médecins à cette démarche éducative lors du cursus universitaire ainsi que de former les médecins n'ayant pas bénéficié de cet enseignement (formation continue).

L'étude ENTRED de 2007 montre que deux tiers des médecins généralistes souhaitent coordonner la démarche éducative de leurs patients diabétiques. Mais, la mise en place de ce rôle de coordination est limitée pour un tiers d'entre eux par l'absence de structures éducatives relais (25).

L'étude qualitative de G. Gentile explorant les représentations des médecins généralistes grâce à des groupes nominaux montre qu'ils sont conscients que leur relation privilégiée avec le patient leur donne un rôle central en ETP. Ils considèrent l'ETP comme nécessaire pour que le patient devienne autonome et reconnaissent le besoin d'un travail pluridisciplinaire qui s'inscrit dans la durée (26).

D) L'ETP à La Réunion

A La Réunion, l'offre de programmes d'éducation thérapeutique est en plein développement. En effet, plus d'une cinquantaine de programmes sont proposés dont onze concernent le diabète. Deux programmes sont dédiés au diabète gestationnel et à l'obésité chez la femme enceinte.

De plus, il est aisé pour un professionnel de santé de se former à l'éducation thérapeutique à La Réunion. Des formations de quarante heures sont dispensées deux fois par an par plusieurs organismes de formations.

III. LE PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE « ARTEMIS »

A) Plan du programme

Pour pouvoir mettre en place un programme d'éducation thérapeutique, il faut préalablement avoir reçu l'autorisation de l'Agence Régionale de la Santé Océan Indien (ARS-OI). Le coordinateur (souvent un médecin) rédige avec l'équipe pluridisciplinaire un programme où il définit les objectifs éducatifs et les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

LE BILAN EDUCATIF PARTAGE

- Qu'est ce qu'elle a ?
- Que sait-elle ?
- Comment le vit-elle ?
- Qui est-elle ?
- Quels sont ses projets ?
- Quelles sont ses ressources ?

LES OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

Les objectifs de savoir :

- Normes glycémiques
- Symptômes de l'hypoglycémie
- Équilibre alimentaire

Les objectifs de savoir-faire

- Autocontrôle glycémique
- Composer un repas équilibré
- Adapter son alimentation aux situations du quotidien

L'objectif de savoir-être :

- Parler de son état

ORGANISATION

Cinq séances sont prévues, mais le programme est modulable en fonction des besoins de la patiente.

- Une consultation avec un gynécologue-obstétricien.
- Une consultation avec une sage femme.
- Une consultation avec une psychologue.
- Deux séances avec une diététicienne. Celles-ci peuvent être individuelles ou collectives.

EVALUATION FINALE

Compte rendu du vécu de la patiente vis-à-vis du programme d'ETP : satisfaite / non satisfaite

Synthèse des évaluations formatives : acquisition des compétences : OUI / NON

Nouvelle inclusion au programme d'ETP : OUI / NON

Si oui quel(s) domaines : Sage-femme / Diététicienne / Psychologue

Commentaire :

B) Le parcours des patientes

Les patientes sont soit adressées par un confrère (médecin traitant, gynécologue-obstétricien ou endocrinologue), soit recrutées directement dans la maison de santé lors du suivi de grossesse. Ensuite, elles participent au programme, sont suivies jusqu'à l'accouchement puis adressées à leur médecin traitant afin de poursuivre la prise en charge.

C) L'équipe

L'équipe est composée de deux médecins (gynécologues-obstétriciens), deux sages femmes, une diététicienne et un(e) psychologue. Quatre des six intervenants sont formés en ETP : un médecin, deux sages-femmes et une diététicienne.

D) Le financement

L'ARS finance à hauteur de 250 euros par programme réalisé par patiente. L'ARS rémunère directement la structure autorisée qui met en œuvre le programme. Aucun frais n'est engagé par la patiente.

E) Les obligations

a. Obligation de formation

Selon P. Gallois, « exercer une médecine éducative ne s'improvise pas » (27). L'OMS a défini en 1996 deux niveaux de formation. Le premier avec un minimum de quarante heures est requis depuis 2015 pour tous les professionnels impliqués dans un programme d'ETP. Le deuxième niveau concerne les professionnels qui souhaitent coordonner un programme ou être formateur.

b. Obligation d'évaluation

L'évaluation annuelle conduite sous la forme d'une auto-évaluation met en évidence les points forts du programme d'ETP et les améliorations à y apporter pour ajuster son contenu et renforcer la qualité des pratiques. La première année de mise en œuvre du programme d'ETP, l'évaluation annuelle permet d'analyser l'activité globale et de débiter l'analyse du processus. Les deuxième et troisième années, l'évaluation annuelle permet d'approfondir l'analyse du processus et d'élargir progressivement l'analyse à celle des effets du programme d'ETP (26).

L'évaluation quadriennale également conduite sous la forme d'une auto-évaluation permet à l'équipe de dresser le bilan des trois années de fonctionnement et de mise en œuvre du programme d'ETP. Elle peut entraîner des prises de décision sur les changements et les conditions nécessaires à la poursuite du programme d'ETP. Suite logique des évaluations annuelles, elle est indispensable à la préparation de la demande de renouvellement de l'autorisation (27).

IV. JUSTIFICATION DE CE TRAVAIL

a. Origine du sujet

Dans le cadre de la procédure de renouvellement des programmes d'ETP, l'ARS demande une évaluation des programmes soit réalisée. Les organisateurs du programme « Artémis » ont donc demandé un soutien à ce sujet.

La préoccupation de l'ARS (le régulateur) était de connaître si le programme est bénéfique pour les patientes et si les compétences acquises lors du programme se pérennisent dans le temps. Une évaluation n'était pas réalisable en pratique. En effet, pour évaluer les connaissances, il nous aurait fallu un questionnaire de référence (avant puis après le programme). Les critères de jugements n'étaient pas quantifiés lors de la réalisation du programme.

De mon côté, je m'intéressais plutôt à une méthode qualitative, j'ai donc voulu étudier le vécu des femmes vis-à-vis du programme. Pour une petite structure de ville, l'objectif d'amélioration est primordial. Il est donc licite d'apprécier dans un premier temps, le vécu des participantes afin de proposer dans un deuxième temps, des perspectives d'évolution.

Avec notre étude, nous ne pouvons pas prétendre « évaluer » le programme, la méthode ne nous le permet pas. Néanmoins, elle pourra servir à l'évaluation quadriennale d'une part, en donnant des informations qualitatives et d'autre part, en proposant des ajustements rendant possible une évaluation quantitative.

b. Question de recherche

Quel est le vécu à un an des femmes vis-à-vis d'un programme d'éducation thérapeutique réalisé à la MSP « Artémis » à Saint Denis de La Réunion ?

C. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de recueillir et d'analyser le vécu des femmes vis-à-vis du programme d'ETP concernant le DG réalisé à la MSP « Artémis » à Saint Denis de La Réunion.

Les objectifs secondaires sont:

- De recueillir et analyser les représentations et le vécu des femmes vis-à-vis du diabète gestationnel.
- De déterminer les freins et les leviers de motivation à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques chez ces femmes.
- De préciser la place du médecin traitant dans une telle prise en charge.
- De proposer des perspectives d' évolution du programme et du suivi au long cours en terme de continuité et coordination des soins.

MATERIEL ET METHODE

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec saturation des données et analyse thématique s'adressant aux femmes ayant participé au programme d'éducation thérapeutique « Artémis » portant sur le diabète gestationnel.

I. L'ETUDE QUALITATIVE

Cette méthode permet d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique. Elle permet d'explorer les émotions, les comportements des patients et leurs expériences personnelles. Elle contribue également à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets. A ce titre, la recherche qualitative est parfaitement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins.

Cette méthode nous a paru parfaitement adaptée afin d'explorer des représentations ainsi que le vécu du programme d'éducation thérapeutique. Cette méthode permet aux sujets d'élaborer et de parler de son intimité.

C'est donc la seule méthode pour accéder de manière scientifique aux représentations, freins, leviers, dimensions essentielles pour apprécier et améliorer le programme d'éducation thérapeutique.

« L'enquête socio-anthropologique se veut au plus près des situations naturelles des sujets dans une situation d'interactions prolongées entre le chercheur en personne et les populations locales afin de produire des connaissances in situ , contextualisées, transversales, visant à rendre compte du point de vue de l'acteur des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones. » Jean-Pierre Olivier de Sardan. La rigueur du qualitatif (30).

II. ECHANTILLONNAGE

Nous nous sommes intéressés aux patientes qui ont participé au programme « Artémis ». Afin d'apprécier la pérennisation des MHD, il nous a paru important que ces femmes aient effectué le programme au moins un an plus tôt. Nous sommes en août 2015, nous avons donc recensé toutes les femmes incluses de novembre 2013 (date de la mise en place du programme) à août 2014.

Ayant accès au dossier informatique, nous avons pu récupérer le numéro de téléphone des patientes ainsi que le nom de leur médecin traitant. Il était initialement prévu de contacter le médecin traitant afin qu'il nous autorise à contacter les patientes mais ce fut trop compliqué. Les médecins n'étaient pas forcément présents, ni disponibles et parfois, ils n'avaient plus de contact avec les femmes. Nous avons donc contacté directement les femmes par téléphone.

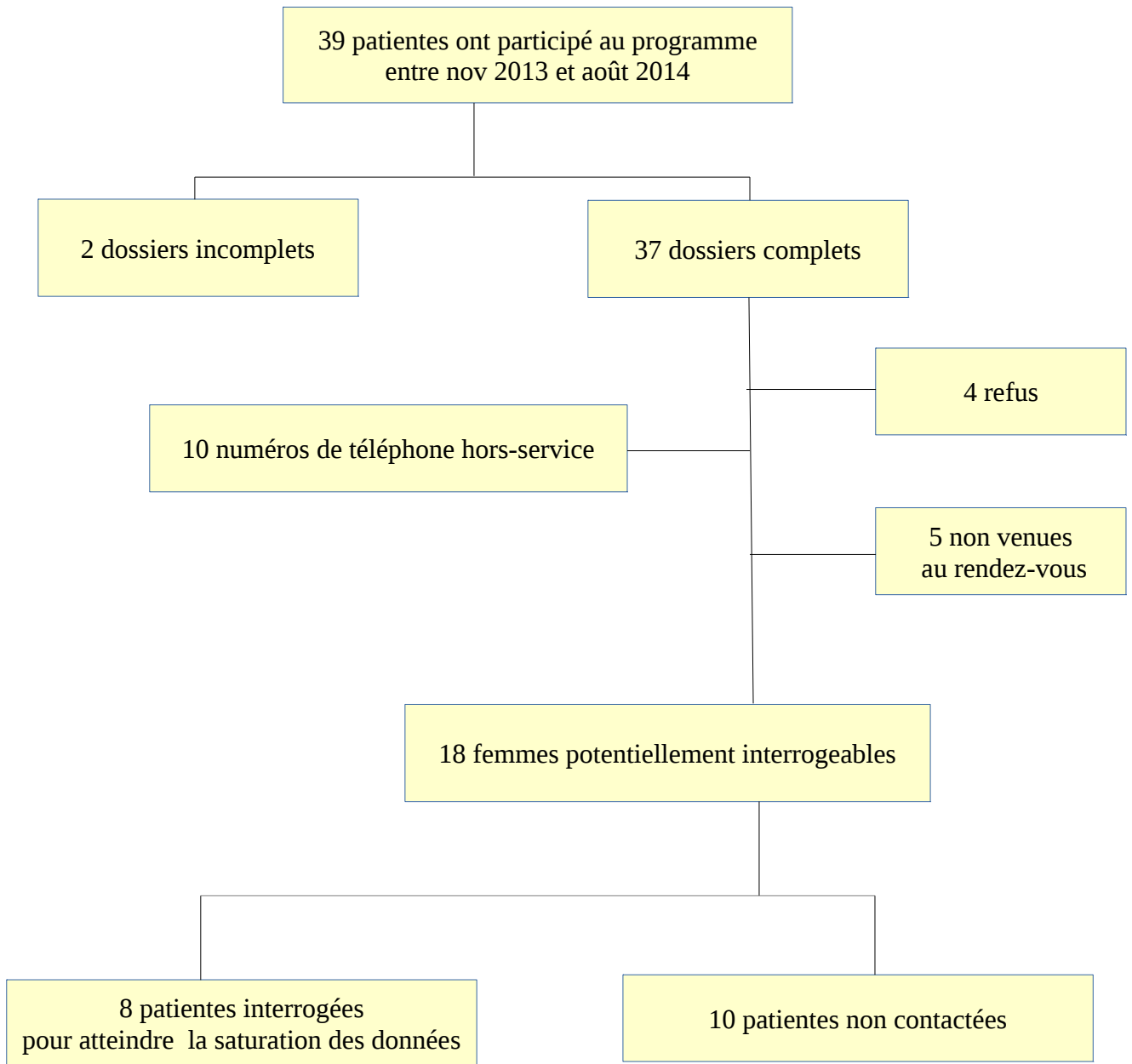
Je me présentais en tant qu'étudiante en médecine, puis expliquais le sujet de ma thèse. Si elles acceptaient de venir parler du programme d'éducation thérapeutique, je proposais un rendez vous au centre de santé « Artémis ».

- 39 patientes ont participé au programme de novembre 2013 à août 2014.
- 2 dossiers étaient incomplets et ne nous permettaient pas de contacter les femmes.
- 10 numéros de téléphone n'étaient plus en service donc les femmes étaient injoignables.
- 4 femmes ont refusé l'entretien lors de notre conversation téléphonique.
- 5 entretiens ont été prévus mais les patientes n'ont pas honoré le rendez vous.
- 8 entretiens ont été réalisés pour obtenir une saturation des données.

Nous avons appelé les femmes dans l'ordre de leur participation au programme, les femmes interrogées sont les premières ayant accepté l'entretien.

Toutes les femmes qui ont refusé l'entretien estimaient ne pas avoir le temps. Deux travaillaient et n'avaient pas le temps de se rendre au centre et deux ne pouvaient pas laisser leur bébé.

DIAGRAMME DE FLUX DE L'ECHANTILLONNAGE



III. RECUEIL DES DONNEES

A) L'entretien semi dirigé

Il existe plusieurs types d'entretiens :

- individuel d'une part : libre (ou compréhensif), semi-directif (ou semi-structuré, ou semi-dirigé), directif (ou structuré)
- collectif d'autre part : entretien de groupe ou focus group.

- L'entretien libre se pratique surtout lorsque nous ne disposons pas d'informations précises dans le domaine étudié. Nous connaissons dès le départ les thèmes que nous voulions aborder.

- L'entretien directif est basé sur un questionnaire structuré de manière stricte, c'est une technique à la frontière entre recherche qualitative et quantitative, qui laisse peu de liberté d'expression à la personne interrogée.

Nous avons donc le choix entre des entretiens semi-dirigés et des focus group. Un focus group n'était pas adapté pour plusieurs raisons. D'abord, nous n'aurions pas pu aller assez loin pour déterminer la situation de chaque patiente vis-à-vis de ses habitudes alimentaires et leur stade dans le processus de changement de comportement. Ensuite, elles n'auraient pas forcément osé dire ce qu'elles pensaient vraiment du programme si elles étaient écoutées par d'autres participantes et enfin, le nombre de patientes ainsi que les modalités d'organisation ne le permettaient pas.

Ainsi, nous avons opté pour la méthode de l'entretien individuel semi-directif, qui est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Cette méthode permet d'éviter le hors-sujet tout en laissant une liberté d'expression à la personne interrogée. Cela permet de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations recherchées.

B) Le guide d'entretien (annexe n°1)

a. Recueil des données quantitatives

Afin de caractériser l'échantillon, nous avons besoin de quelques données quantitatives, nous commençons donc l'entretien avec quelques questions simples pour recueillir les éléments suivants :

- Age, profession, nombre de grossesses, nombre d'enfants, antécédents familiaux de diabète.
- En ce qui concerne la grossesse étudiée : IMC pré-conceptuel, prise de poids, mode de découverte du DG, traitement (régime seul vs régime+insuline), réseau.
- Aujourd'hui : IMC, glycémie à jeun

b. Canevas d'entretien (données qualitatives)

Il ne s'agit pas d'un questionnaire mais d'une liste de thèmes, que l'enquêteur aborde selon le déroulement de l'entretien. Il devient même plutôt un «pense-bête» personnel, qu'il ne consulte qu'en cas de besoin, et qui permet, tout en respectant la dynamique propre d'une discussion, de ne pas oublier les thèmes importants.

Dans un premier temps, nous avons choisi d'explorer les thèmes suivants :

Le programme :

- Que vous a apporté ce programme ?
- Quels changements a-t-il entraîné dans votre vie ?

Le diabète gestationnel :

- Qu'est ce que le diabète gestationnel ?
- Quels sont les risques pour vous ? Pour le bébé ?
- Qu'est ce que le diabète a changé dans votre façon d'éduquer votre enfant ?

L'alimentation :

- Décrivez moi un repas type que vous préparez à la maison ?
- Pour vous, qu'est ce qu'une alimentation équilibrée ?

L'activité physique :

- Qu'est ce qu'une activité physique ?
- Quelle est votre pratique ?

Médecin traitant :

- Quel rôle joue votre médecin traitant dans votre façon de vous alimenter ? Dans votre pratique d'activité physique ?

Autres commentaires ?

Le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre, puisque c'est une « démarche qui soumet le questionnaire à la rencontre au lieu de le fixer à l'avance ». On postule que l'interviewé « exprime sa vérité »; l'enquêteur doit avoir une écoute bienveillante et empathique, et éviter tout jugement.

C. Évolution du canevas d'entretiens

Le canevas d'entretiens n'est pas figé, il est susceptible d'être ajusté tout au long de l'étude, des questions pouvant par exemple, être rajoutées pour les entretiens suivants (si une notion intéressante est apparue lors d'un des entretiens). Nous avons donc pu deuxième temps faire évoluer le canevas d'entretiens.

Dès les premiers entretiens, nous avons compris que les questions sur les habitudes alimentaires n'étaient pas exploitables car beaucoup trop vagues et surtout non quantifiables sur des « dires ». Elles ont donc été abordées beaucoup plus succinctement. Ensuite, les femmes exprimaient beaucoup d'émotions, de sentiments ressentis pendant la grossesse, il fallait donc ajouter une question : comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

De plus, il était très important d'apprécier les connaissances des femmes sur le sur-risque de diabète de type 2. En effet, l'enjeu (hormis les risques pendant la grossesse pour la mère et l'enfant) est d'éviter la survenue d'un diabète de type 2 chez ces femmes à risque. Notre question initiale explorait tous les risques materno-foetaux mais il semblait important de demander clairement (si les femmes ne le citaient pas spontanément) si la femme connaissait le risque de diabète de type 2. Nous avons donc rajouté cette question.

La première question (que vous a apporté ce programme?) avait comme premier objectif de cibler la présence d'une pérennisation du programme. Cependant, lors des premiers entretiens, nous avons constaté que les femmes n'avaient bien souvent pas pérennisé les MHD, on s'est donc intéressé au freins et leviers de motivation vis-à-vis du respect de celles-ci.

Pour finir, les questions concernant le médecin traitant n'étaient pas simples car beaucoup de ces femmes n'étaient pas suivies régulièrement ou sinon ne considéraient pas le médecin généraliste comme un médecin traitant. C'est pourquoi certaines femmes parlent de leur médecin traitant d'antan. On aborde donc dans ces cas-là, les représentations du médecin traitant même si elles n'entretiennent plus cette relation.

Pour résumer, nous avons décidé de traiter succinctement les questions sur l'alimentation au profit de questions explorant plus précisément le vécu, les émotions et les représentations.

C) L'attitude et la technique de l'intervieweur

L'intervieweur doit guider les discussions, ramener le débat vers le sujet principal avec subtilité et tact si nécessaire. Nous devons donc créer un climat de confiance et adopter une attitude d'écoute active avec attention et sensibilité. Il était important de garder une attitude neutre sans exprimer son propre vécu. Nous avons décidé de ne pas écrire pendant l'entretien afin de garder un contact visuel avec l'interviewé. Quelques notes pouvaient être prises afin de pouvoir approfondir un sujet ou de qualifier le comportement de l'interviewée. Il est primordial de montrer une curiosité et un intérêt sincères pour la discussion et de montrer une volonté d'explorer leur « savoir » pour le découvrir. Lors de l'apparition d'idées inattendues, il ne faut pas hésiter à demander confirmation à l'interviewée et à lui faire développer cette idée.

L'intervieweur a utilisé des outils :

- La pause active d'environ cinq secondes après un commentaire en gardant un contact visuel afin d'encourager d'autres commentaires ou avis.
- Faire préciser ou approfondir avec des phrases types.
- La reformulation : l'intervieweur reformule et demande confirmation pour être sûr d'avoir bien compris.

Avant d'entreprendre les entretiens, il est important de s'y préparer. L'attitude à adopter n'est pas innée. En effet, il faut se conditionner afin de poser des questions ouvertes et guider l'interviewé en toute neutralité.

D) Lieu de l'entretien

Nous avons choisi comme lieu de rendez vous le pôle de santé « Artémis ». Les femmes connaissaient l'endroit et pouvaient s'y rendre facilement. Aller à leur domicile, nous exposait au bruit, à des événements perturbateurs, cela ne nous aurait pas permis de discuter au calme ni d'établir une relation de confiance. Le pôle de santé « Artémis » se situe dans le centre ville de Saint Denis de La Réunion. Nous sommes donc en milieu urbain.

Au centre, une salle était mise à notre disposition lorsque j'avais des rendez-vous. Nous étions donc au calme.

Nous avons pu constater que les femmes étaient contentes de « re »venir au centre. Ce lieu s'est donc avéré être le meilleur compromis pour la réalisation des entretiens.

E) Déroulement de l'entretien

Les patientes étaient accueillies dans une petite salle au calme, seule (ou avec un enfant calme pour une des patientes).

L'intervieweur se présentait puis demandait l'autorisation d'enregistrer l'entretien, la femme signait l'autorisation d'enregistrement.

Ensuite, l'intervieweur recueillait les données quantitatives et données qualitatives. A la fin, l'interviewée pouvait faire des commentaires libres sur le thème de son choix.

Enfin, l'intervieweur remerciait la patiente et lui proposait de lui faire parvenir les principaux résultats de l'étude.

F) Période de déroulement des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés entre août et octobre 2015.

IV. METHODE D'ANALYSE

A) Transcription

Tous les entretiens ont été transcrits « mot-à-mot » par l'intervieweur sur un fichier de traitement de texte à partir des enregistrements audio. Cela constitue le verbatim (compte rendu intégral du contenu des entretiens). Ceux-là ont été transcrits au fur et à mesure de leur réalisation afin de pouvoir faire évoluer le guide d'entretien et d'apprécier la saturation des données. L'exploitation des données a été strictement anonyme. Des commentaires ont été ajoutés pour signifier les moments de silence, de pause, de rire, d'interruption de l'entretien par un événement.

B) Analyse thématique

L'étude des entretiens s'est ensuite basée sur une analyse inductive du contenu. Après une lecture approfondie du verbatim, nous avons procédé à un codage du verbatim de façon manuelle. Les codes ont été regroupés par thèmes. Nous avons élaboré des tableaux à double entrées (thèmes/patientes). Enfin, les thèmes ont été catégorisés et classifiés selon la méthode dite de « la table longue ».

Dans un premier temps, nous avons réalisé cette analyse de façon individuelle puis, plusieurs rencontres avec un deuxième chercheur nous ont permis de mettre nos résultats en commun et de discuter les éventuelles différences de catégorisation ou de classification. Cette dernière étape correspond à ce qu'on appelle la « triangulation des données » qui est un gage de qualité et de rigueur dans les études qualitatives.

C) Analyse par patiente

Une nouvelle lecture du verbatim a été nécessaire afin de déterminer le stade de Prochaska de chaque patiente. Cela a été possible grâce à une lecture verticale c'est-à-dire patiente par patiente dans le but de comprendre sa situation et trouver des éléments nous permettant de savoir où elle en est dans sa problématique personnelle.

D) Saturation des données

Le nombre de participants n'était pas défini à l'avance car il dépendait de la saturation théorique des données. Celle-ci est atteinte lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours. Pour la majorité des thèmes, la saturation des données a été atteinte au sixième entretien (pour un thème celle-ci a été atteinte au septième entretien). Il est recommandé de confirmer cette saturation avec un entretien supplémentaire. C'est un critère de qualité de l'étude qualitative.

E) Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique a été effectuée en langue française et en langue anglaise grâce à des moteurs de recherche tels que PubMed, Google Scholar, Cismef. Nous avons également utilisé des banques de données de thèses en médecine comme Sudoc ainsi que des banques de données de revues médicales.

Nous avons utilisé les mots clefs suivants :

- En français : Diabète gestationnel, éducation thérapeutique, médecin généraliste, méthode qualitative, stade de Prochaska.

En anglais : Gestational diabetes, patient education as topic, self management, patient compliance

V. ASPECTS MEDICO-LEGAUX

A) Anonymisation des données

Lorsqu'un entretien est réalisé, l'intervieweur donne une lettre à la femme dans l'ordre des entretiens et par ordre alphabétique. Par exemple, la première participante s'est vu attribuer la lettre « A », la seconde la lettre « B » et ainsi de suite.

B) Demande d'autorisation d'enregistrement audio (annexe n°2)

Avant de procéder à l'entretien, l'intervieweur demande à la participante l'autorisation d'enregistrer l'entretien en précisant que les données sont anonymisées. Si la participante accepte, on lui demande de signer une fiche d'autorisation d'enregistrement audio.

C) Autorisation de la CNIL (annexe n°3)

Il existe plusieurs modalités d'autorisation données par la CNIL. Après plusieurs échanges téléphoniques, il m'a été précisé qu'il fallait faire une déclaration en ligne. Après l'analyse de cette déclaration, la CNIL nous a donné son approbation pour cette étude.

RESULTATS ET ANALYSE

Nous verrons dans un premier temps les caractéristiques de l'échantillon, puis dans un second temps nous analyserons les résultats par thèmes. Les principaux thèmes qui apparaissent au cours de l'analyse sont les suivants :

- Le vécu du programme d'éducation thérapeutique « Artémis »
- Les compétences déclarées par les patientes
- Les représentations du diabète gestationnel
- Le vécu du diabète gestationnel
- La motivation par rapport au respect des mesures hygiéno-diététiques
- Les représentations du médecin généraliste

I. LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE PATIENTES ET DES ENTRETIENS

A) Caractéristiques de l'échantillon de patientes

Patiente	Age	Phototype	Profession	GxPx	Nb de DG	Diagnostic	IMC	Prise de poids	PEC	GAJ à 3 mois
1	33	Métropolitaine	Sans	G5P5	1	HGPO à 28SA	36	+20KG	Régime	Non faite
2	33	Créole	Aide-soignante	G2P2	2	GAJ à 21 SA	31	+6KG	Régime + insuline	Normale
3	31	Mauricienne	Sans	G1P1	1	HGPO à 28SA	31	+10KG	Régime + insuline	Normale
4	36	Créole	Attaché territoriale	G2P2	1	GAJ à 17SA	39	-10KG	Régime + insuline	Normale
5	29	Créole	Comptable	G2P1	1	HGPO à 28SA	30	+11KG	Régime	Normale
6	35	Métropolitaine	Enseignante	G2P1	1	HGPO à 28SA	31	+12KG	Régime	Normale
7	42	Comorienne	Sans	G7P5	1	GAJ	37	-5KG	Régime	Normale
8	32	Créole	Secrétaire	G1P1	1	HGPO à 28SA	29	+9KG	Régime	Normale

B) Caractéristiques des entretiens

a. Durée des entretiens

Les entretiens ont une durée moyenne de 43 minutes. Le plus long a duré 63 minutes et le plus court 30 minutes.

b. Qualité des entretiens

Entretien 1 : Entretien de bonne qualité, bonne compréhension des questions et bonne expression orale. Patiente légèrement agressive et très révoltée contre les pouvoirs publics qui selon elle, autorisent la vente de produits trop sucrés. Particularité : nouvelle grossesse en cours.

Entretien 2 : Entretien de bonne qualité, bonne compréhension et bonne expression orale. Particularité : patiente aide soignante en diabétologie au moment du programme.

Entretien 3 : Entretien de bonne qualité, bonne compréhension des questions et bonne expression orale. Particularité : isolement socio-affectif (femme mauricienne isolée géographiquement de sa famille et en cours de divorce sur l'île de la Réunion).

Entretien 4 : Entretien de qualité. Particularité : femme très investie dans son travail, celui-ci passe avant sa santé.

Entretien 5 : Entretien de qualité.

Entretien 6 : Entretien de qualité. Particularité : semble peu concernée par le DG.

Entretien 7: Entretien difficile. Maîtrise moyenne de la langue française. Nécessité de reformuler les questions, expression orale limitée.

Entretien 8 : Entretien de qualité.

II. LE VECU DU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE « ARTEMIS »

La question était « que vous a apporté ce programme ? »

Grâce à cette question très ouverte, les femmes pouvaient hiérarchiser seules leurs réponses. Elles parlent spontanément du savoir et du savoir faire qu'elles pensent avoir acquis mais elles insistent surtout sur l'aide, l'accompagnement dont elles ont bénéficié. Encore une fois, l'aspect psychologique prend le dessus dans les réponses.

A) Une aide, un soutien, un appui

Mme B : « *c'était beaucoup pour m'apaiser psychologiquement parce que c'est une prise de tête le DG pendant la grossesse en fait !* », « *Pour me décharger émotionnellement et psychologiquement...me reposer la dessus en fait.* », « *ça m'a surtout rendu à être plus saine dans ma prise en charge alimentaire pendant ma grossesse en fait, je savais que j'avais un soutien ici au cas où ça n'allait pas... je pouvais m'appuyer sur l'équipe d'Artémis.* »

Mme D : « *ce que j'ai aimé, c'est qu'on m'a soutenu.* »

B) Un accompagnement, un suivi, une surveillance

Mme D : « *Déjà le suivi médical tous les 15 jours... il y a eu un accompagnement lié à l'alimentation...c'était bien car ça m'a permis de ne pas prendre trop de poids et on surveillait le diabète... » , « *...pour moi le suivi n'est pas terminé ici puisque la relation que j'ai avec la gynéco fait que je serai toujours dans un système de faire attention à ce que je vais faire et de ne pas commettre les erreurs que j'ai commises il y a longtemps...le fait de me dire que j'ai rendez-vous à cette date si j'ai pris du poids, je sais que le Docteur va me dire bon bah... mais elle ne sera pas dans le jugement mais elle va me demander ce qui s'est passé... elle va gratter en profondeur pour savoir ce qui va pas.* »*

C) Un sauvetage

Mme D : « *quand j'ai été reçue ici ça n'a pas été vu comme une contrainte mais plutôt comme une bouée de sauvetage...avoir pu bénéficier de cet accompagnement m'a fait reprendre confiance en moi et je me suis mise à refaire du sport »*

« *s'il n'y avait pas eu une prise de conscience et s'il n'y avait pas aussi une personne pour jeter la bouée de sauvetage... sans pour autant être dans le jugement mais toujours le soutien...c'est pas 10-15 kg que j'allais perdre mais plutôt 10-15 que j'allais prendre en plus de mon poids initial. »*

Lorsque la patiente parle de bouée de sauvetage c'est beaucoup plus profond qu'une simple aide. La patiente s'est sentie sauvée.

D) Espace de dialogue, professionnels à l'écoute.

Mme D : « *l'espace de dialogue était très agréable », « La diététicienne était vraiment à l'écoute, elle me questionnait sur la composition de mon repas, sur mes goûts par rapport à mon addiction pour les boissons sucrées donc quand elle a présenté un menu c'est complètement différent... »*

On relève la notion de différence. Ici la patiente oppose la prise en charge de la diététicienne lors du programme à une prise en charge qu'elle a déjà connu chez des médecins. Ceux-là lui donnent des menus types que beaucoup de femmes considèrent comme inadaptés à leur propre vie.

E) Le programme vécu comme « différent » des autres prises en charge médicales.

Mme B : « *Pour la première grossesse, j'étais suivie par mon endocrinologue. Avec elle on avait composé un repas mais j'ai déclaré le DG qu'au 8ème mois. En fin de compte, mon endocrinologue était très exigeante, pour la deuxième grossesse elle ne comprenait pas mon angoisse du coup, il y avait conflits souvent entre nous et du coup j'étais hyper-flippée. Sur la fin,*

je suis venue à Artémis parce que ce n'était plus possible entre nous. Elle ne comprenait pas mon angoisse vis-à-vis de mon diabète pour elle j'étais aide soignante, je travaillais en diabétologie donc, pour elle je savais tout, elle ne cherchait pas à comprendre mes angoisses »

« Le régime de l'endocrinologue était très strict alors déjà que je me restreignais, du coup ce qui a changé c'est que c'était beaucoup plus souple donc il y avait moins d'angoisse, je pouvais me permettre plus. »

Mme C : « Au départ ma grossesse était suivie par une gynécologue mais elle est pas commode du tout ... c'est une sauvage incroyable à chaque consultation j'étais démoralisée elle est trop froide »

Mme D : « c'est vrai que j'étais très mal reçue par un de vos confrères... ça m'a plombé le moral...vous faire traiter de grosse femme obèse en pleine consultation gynécologique...bon... »

« ils étaient plutôt rassurants et très optimistes c'était très différent, ils n'étaient pas dans le jugement mais plus dans l'accompagnement...ils étaient plus là dedans... »

Mme E : « plutôt que d'avoir un comportement comme les autres docteurs que j'avais pu rencontrer : « ne vous inquiétez pas c'est le stress » ce qui est totalement vrai ... lui m'a dit « écoutez ...c'est très simple on va regarder médicalement si tout va bien » puis, il a posé juste le diagnostic pour savoir si le bébé allait bien ... il n'a pas cherché à me dire « ne vous inquiétez pas c'est parce que vous êtes stressée... il faut respirer et tout ça » et ça, ça fait du bien ... ça m'a fait du bien parce que je le sais... en fait, quand on vient voir le médecin on sait qu'on est en panique... on sait qu'on est stressé. le fait de poser les choses... carré... de dire voilà scientifiquement c'est ça... ça fait du bien ...on se sent moins jugé... pareil pour le DG... je ne me souviens pas que le Docteur m'ai jamais dit « tiens vous êtes en surpoids c'est pour ça que vous faites du DG » et ça on se sent moins jugé. Sur les analyses, il y a deux chiffres au dessus des normes... donc on a un diagnostic de diabète gestationnel...c'est ça... voilà la solution ... voilà le traitement médical qui va avec... pour moi ça n'a plus marché que d'avoir une discussion « vous êtes en surpoids ... est ce que c'est vous qui... machin... » enfin voilà....on a pas forcément envie d'en rediscuter... on en a déjà parlé avec beaucoup de gens alors bon... ça va... »

D'une part, Mme E s'est sentie écoutée, et elle a surtout ressenti que le Docteur prenait en compte ses angoisses. Elle explique qu'elle a apprécié que le docteur vérifie tout comme si elle n'était pas stressée afin de pouvoir ensuite la rassurer. Elle oppose cette attitude à celle d'autres médecins qui eux disent d'abord que c'est le stress même si finalement, ils vérifient tout également lors de la consultation. Cette femme attendait du médecin qu'il lui explique de façon « scientifique » que son bébé allait bien avant de lui parler de ses angoisses.

D'autre part, on note que comme beaucoup de femmes obèses depuis l'enfance, cette femme n'a pas

envie d'entendre une Nième fois le refrain du DG et de l'obésité. On peut même penser qu'en ayant cette attitude un médecin ne ferait que renforcer ses résistances à un changement de comportement. Autre exemple pour Mme E qui illustre cette mise en opposition des prises en charge habituelles au programme d'éducation thérapeutique. Mme H parle de son médecin traitant (régime en opposition avec la façon de faire de l'éducation thérapeutique).

Mme E : « *on ne m'a pas mis la pression en me disant voilà vous êtes en surpoids c'est fichu faut que vous arrêtiez ça ... ou même avec la sage-femme ou la diététicienne ... on ne m'a pas dit il faut arrêter ça, ça et ça ... au contraire c'était un discours très ouvert* »

Mme H : « *Il m'a donné une feuille de régime à suivre mais... j'ai essayé mais ... c'est pas le type de régime qui me va... c'est un régime à 1500 calories c'est très très strict j'ai eu du mal à suivre donc après j'ai essayé par moi même de réduire les quantités* »

F) Le programme vécu comme un projet personnalisé, adapté à l'environnement

Mme B : « *Le régime de l'endocrino était très strict alors déjà que je me restreignais, du coup ce qui a changé c'est que c'était beaucoup plus souple donc il y avait moins d'angoisses, je pouvais me permettre plus. Le régime de l'endocrino, c'était un repas type mais ce n'était pas adapté à ma vie familiale et à la période que je vivais à ce moment la. Ici, on a vraiment travaillé sur un projet personnalisé qui me convenait et qui me soulageait*».

C'est l'objectif premier de l'éducation thérapeutique. Plusieurs patientes l'expriment en disant que c'était plus souple, qu'on prenait en compte son environnement et la grossesse en cours.

G) Le programme permet une réassurance, une revalorisation, une responsabilisation de la personne.

Mme D : « *En fait j'étais dans un état d'esprit un peu...ce qu'il faut se dire j'avais pas de problème avec la nourriture ... c'est que ... c'était déjà que mon image de moi c'était pas une image valorisée mais dévalorisée...ça m'a fait reprendre confiance en moi* »

Mme E : « j'ai une meilleure image de moi »

Une personne doit avoir confiance en elle pour pouvoir changer. Cette notion est propre à l'éducation thérapeutique puisqu'elle prend en compte le savoir être.

H) Le programme qualifié d'ouvert, neutre, sans jugement

Mme B : « C'est la sage-femme qui m'a amené ici et ça m'a aidé, le fait d'être dans un endroit neutre, on s'occupait pas de ma profession ni que je travaillais en diabète, on a repris tout à zéro...ça m'a fait du bien. »

Mme D : « Moi ce que j'ai apprécié c'est le fait que l'on ne m'a pas jugé », « Moi ce que j'ai trouvé formidable c'est le relais qui a été fait par le Docteur. ils étaient plutôt rassurants et très optimistes c'était très différent, ils n'étaient pas dans le jugement mais plus dans l'accompagnement...»

Mme E : « on ne m'a pas mis la pression en me disant voilà vous êtes en surpoids c'est fichu faut que vous arrêtez ça ... ou même avec la sage-femme ou la diététicienne ... on ne m'a pas dit il faut arrêter ça, ça et ça ... au contraire c'était un discours très ouvert en me disant on sait que vous êtes enceinte on sait que vous avez des envies on sait que vous allez pas forcément réussir à tenir une alimentation très restrictive tout le temps on sait puisque vous êtes enceinte »

I) Remarques des patientes en vue d'une amélioration du programme.

a. Trop court, manque de suivi après le programme

Mme B : « Pour moi, j'aurais voulu que ça dure plus longtemps j'étais contente de venir... contente de pouvoir m'appuyer sur quelqu'un, de pouvoir discuter des problèmes... des problèmes... Pour moi c'était trop court si je pouvais avoir plus longtemps j'aurais adhéré . J'ai eu deux séances après elle m'a dit que ça devrait aller et j'ai le numéro je pouvais appeler à tout moment puis il y a eu le relais avec la sage-femme »

Pensez vous qu'il y aurait un bénéfice à prolonger ça ?

Mme B : « Pour moi oui... moi je suis je suis complètement ouverte à ça ...s'il faut refaire le point ... revoir l'alimentation par rapport à mon rythme à ce que je vis en ce moment par rapport au

boulot ... comment aménager les repas. »

Mme D : « il n'y avait plus personne à côté pour me dire « fait attention ce que tu fais c'est pas bien » j'aurais aimé avoir encore un suivi sur toute la partie nutritionnelle ... ça aurait eu un impact »

On note une ambivalence chez Madame D. En effet, elle dit qu'elle aurait aimé un suivi, dit qu'elle est toujours suivie (par un gynécologue) et si on lui demande si elle voudrait des consultations plus régulières elle dit :

Mme D : « personnellement plus c'est à petite dose mieux c'est pour moi sachant mon caractère... après il y a une chose à prendre en compte c'est mon travail, c'est ma PRIORITE »

Au contraire d'autres femmes pensent qu'elles n'ont pas besoin de participer à nouveau à un programme d'éducation thérapeutique concernant les mesures hygiéno-diététiques à respecter lorsqu'on est diabétique ou obèse.

Mme A : « J'ai déjà fait donc je sais pas...peut être que je pourrais revoir la diététicienne...je sais pas. Pour moi je sais faire les dextros et gérer l'alimentation donc autant laisser la place à quelqu'un qui ne sait pas faire... »

Mme C : « Je ne pense pas que ce soit nécessaire pour moi... je sais ce qu'il faut faire... je ferais attention comme pour la première grossesse. »

« Non ... je n'ai pas besoin, j'ai retenu ce qu'il fallait faire d'ailleurs ça a marché après la grossesse c'est pour ça que j'ai perdu 7kg. »

b. Absence de consultation psychologique

Théoriquement, le programme comprend une consultation avec une psychologue. Il s'avère que sur les huit femmes interrogées, aucune n'en a bénéficié.

Mme D : « ce que j'ai trouvé dommage, c'était le suivi psychologique parce que c'est pas facile...c'est pas facile... ce n'est pas tant le changement alimentaire qui m'a gêné c'est plus au niveau suivi psychologique sur plein de choses surtout lorsque on vous a annoncé ce que vous pouvez avoir avant, après... »

Avez vous vu la psychologue ?

« Pas du tout, j'ai vu le gynéco après un premier entretien avec une sage-femme et deux séances avec la diététicienne... après j'ai eu un suivi avec le diabétologue. C'est le diabète qui me stressait... parce que j'en ai pas eu pour la première grossesse... c'était aussi toute la gestion de l'insuline et suivi dextro tous les jours et quand j'étais en hypoglycémie... c'est le stress professionnel aussi... je pense que le fait de pouvoir faire sortir tout ce qui me préoccupait ça aurait été aidant. »

Une consultation psychologique paraît indispensable compte tenu de l'angoisse qu'occasionne le DG. Il faudra déterminer les causes de l'absence de ces consultations. Existe-t-il des critères pour bénéficier de cette aide ? La patiente doit elle être demandeuse ? Existe-t-il une proposition de consultation psychologique ? Ou au contraire, cette consultation est elle censée être systématique ?

C. Discussion autour de l'allaitement

Mme E : *« il manque peut être quelque chose au programme, je pense par exemple à l'allaitement. Le Dr. m'avait expliqué que quand on a un diabète gestationnel, on a plus de chance de faire une césarienne ... souvent c'est parce qu'il est très gros... mais dans mon cas c'est qu'elle ne voulait pas descendre ... il n'y avait pas de souffrance fœtale mais elle ne voulait pas descendre c'est pour ça que j'ai eu une césarienne ... à la clinique une fois que j'avais accouché et que je commençais mon allaitement ... j'ai pris deux ou trois jours pour avoir ma montée de lait c'est là qu'on m'a appris que quand on avait un DG et en plus une césarienne, la montée de lait était retardée ... et ça j'en avais pas conscience donc je n'étais pas préparée à ce que ce soit plus difficile au niveau de l'allaitement... c'était plus sportif que ce à quoi je m'attendais et j'aurais aimé être sensibilisée là dessus... savoir que diabète gestationnel donc possibilité de césarienne et donc il va falloir s'accrocher pour l'allaitement ... après je sais pas si c'est le rôle... du gynéco... »*

d. Programme jugé inefficace

A la question « Qu'est ce que vous a apporté ce programme ? » une patiente répond :

Mme C : « *Dans mon cas pas grand chose car finalement ça ne m'a pas aidé ... j'ai dû prendre l'insuline. (Pause). Pour moi ça n'a pas beaucoup marché... »*

Avez vous appris quelque chose ?

« *Bein ...oui...il faut manger correctement...et tout...ça peut être bénéfique dans ce sens mais par rapport au diabète gestationnel ça n'a pas marché en tous cas...le programme ça m'a pas aidé malgré que je suivais les conseils...pour le diabète ça n'a pas marché mais après ça m'a aidé à perdre du poids...donc il faudrait peut être continuer pour d'autres personnes...ça peut aider... »*

Il est intéressant de constater que cette femme considère ce programme comme inefficace car elle a dû avoir recours à l'insuline. Le programme serait-il présenté comme un traitement afin d'éviter l'insuline ? Si oui, on pourrait penser que ça entraîne un sentiment d'échec en cas de recours à l'insuline.

III. LES COMPETENCES DECLAREES PAR LES PATIENTES

A) Les compétences d'auto-soins

a. Compétences résultant de l'objectif de savoir

Mme A : « *le programme m'a apporté la connaissance sur le DG. »*

Mme C : « *j'ai appris qu'il faut manger correctement »*

Mme E : « *«j'ai appris ce qu'il fallait que je mange pour pas faire d'hypoglycémie », « j'ai appris plein de choses par exemple l'index ou indice glycémique était plus important finalement que de savoir si on mange sucré ou gras... ou que faire un régime c'est pas arrêter tout ce qui est sucré... j'ai appris des choses quand même comme je suis en surpoids j'ai déjà fait pas mal de régimes mais là c'est vrai que c'était plus une autre façon de manger »*

Mme G : « *J'ai appris à gérer les aliments, si on a le diabète, il faut manger surtout des fruits et des légumes et boire du lait à chaque repas »*

Mme H : « *je trouve que le programme est très intéressant parce qu'on apprend pas mal de choses sur ce que c'est le diabète ... comment gérer le taux de sucre par l'alimentation », « De manger beaucoup plus équilibré, j'ai appris à manger équilibré pendant la grossesse mais ça n'a pas tenu,*

maintenant je sais comment manger mais j'ai du mal à faire comme pendant la grossesse. »

b. Les compétences résultant de l'objectif de savoir-faire

Le savoir-faire implique à la fois la réalisation pratique des actes techniques (réalisation d'un dextro ou d'une injection d'insuline) et l'adaptation à une situation donnée (adapter son attitude devant une hyperglycémie).

Mme A : *« J'ai eu la sage femme d'Artémis qui nous a appris à se piquer... les taux à ne pas dépasser... à combien il fallait être à jeun... à quelle heure se piquer avant manger ... après manger... quoi manger ... ce qu'il faut manger, ce qu'il ne faut pas manger...les graisses retiennent le sucre dans le sang etc... il y a beaucoup de choses à retenir en très peu de temps... »*

Mme E : *« la sage femme pour expliquer comment ça fonctionnait les dextros tout ça... et le fait de se piquer régulièrement on a tendance à se surveiller parce qu'on sait qu'il y a une échéance qui va tomber du coup j'ai vraiment fait attention ... »*

Mme F : *« j'ai quand même appris à gérer un peu mieux le sucre notamment dans le régime bien précis ... »*

Mme G : *« j'ai appris à contrôler le sucre », « maintenant c'est deux cuillères de riz et mettre les légumes... »*

Mme H : *« J'ai appris aussi à prendre ma glycémie parce que je ne savais pas avant, donc j'ai le matériel à la maison, j'ai appris à gérer pendant les derniers mois de la grossesse mon taux de sucre. Du coup, je savais quoi manger à quel moment...(pause). J'essayais de diminuer les sucres rapides ... je prenais plutôt des sucres lents qui sont meilleurs pour le taux de sucre ... de manière général j'arrivais plus ou moins à avoir un taux de sucre correct on va dire... »*

« Ça m'a permis d'avoir des repas beaucoup plus fixe qu'avant comme il fallait que je prenne le dextro avant de dormir donc ça m'a permis d'avoir des horaires plus régulières »

« j'ai appris à boire sans sucre donc je continue et tout ce qui est biscuits ... grignotage il y a beaucoup moins. »

Le savoir faire est difficile à évaluer, il faudrait aller observer au quotidien la façon de vivre de la patiente. Ici on étudie sa représentation du programme c'est à dire ce qu'elle a le sentiment d'avoir appris.

On note tout particulièrement que la réalisation des dextros entraîne une réelle implication de la

patiente dans son traitement ; d'après elles, c'est indispensable pour savoir où elles en sont. C'est une façon de s'approprier la maladie et de pouvoir intervenir soi même sur celle-ci.

Mme F : « *Le fait de contrôler le sucre c'était intéressant, de savoir comment le corps, euh... la réaction du corps une fois qu'on avait mangé voilà ça m'a apporté d'étudier le comportement du corps en fonction de ce que je mangeais... c'est vrai que quand je mangeais Mac Do c'était impressionnant après le taux de la piqûre. »*

« j'ai trouvé ça intéressant de voir le résultat après le repas... en se piquant ... de voir les résultats c'était intéressant de voir les variations sur le moment en fonction de ce que je mangeais »

Mme C : « *J'essayais d'avoir de bons chiffres, je regardais ce qui faisait monter ça m'est même arrivé de manger des œufs bouillis avec de la salade de patisson le matin et j'avais un bon taux ; ça marche.»*

Mme E : « *quand je mange tel type d'aliments, je vois tout de suite que c'est plus élevé... je sais plus mais je crois que le pain blanc chez moi c'était radical... chez moi ça montait beaucoup plus que ... par exemple des frites alors que normalement, c'est la même chose mais les frites faisaient moins monter ma dextro que le pain blanc... »*

Mme H : « *le faire soi même c'est beaucoup plus intéressant parce qu'on peut gérer beaucoup plus facilement soi même l'alimentation par rapport au taux qu'on a au dextro. »*

B) Les compétences d'adaptation

C'est le savoir être. Dans la description du programme, l'objectif pédagogique de savoir-être était de développer la capacité de parler de sa maladie autour de soi.

Mme C : « *j'en ai parlé autour de moi. »*

Mme E : « *J'en ai parlé avec ma sœur puisqu'elle est en surpoids également et en plus elle ... elle fait de l'hypertension.. »*

Mme H : « *J'en ai parler avec ma mère et une amie de ma mère qui est diabétique et qui m'a dit qu'il fallait que je fasse attention parce que je risquais d'avoir un diabète par la suite . »*

Des femmes parlent d'autres compétences d'adaptation qui ne sont pas mentionnées dans les objectifs pédagogiques du programme. Par exemple, certaines femmes ont de nouveau confiance en

elles, elles ont une meilleure estime de soi. Elles ont travaillé sur leur image corporelle.

Mme D : « *En fait j'étais dans un état d'esprit un peu...ce qu'il faut se dire j'avais pas de problème avec la nourriture ... c'est que ... c'était déjà que mon image de moi c'était pas une image valorisée mais dévalorisée...ça m'a fait reprendre confiance en moi* »

Mme E : « *j'ai une meilleure image de moi* »

IV. LES REPRESENTATIONS DU DIABETE GESTATIONNEL

Une représentation est une idée que l'on se fait de quelque chose, d'une maladie, d'un traitement. Elle correspond à un état de connaissance antérieure à un apprentissage systématique. Elle comporte une dimension de jugement, elle est une forme de connaissance pratique. La représentation émerge d'une idée que le patient peut avoir sur sa maladie par rapport à ses connaissances et à son propre ressenti. Le patient se réfère à ses idées, mêmes erronées.

Notre mental fonctionne sur des représentations. Les connaissances, expériences vécues et émotions permettent de penser, de communiquer et d'agir. Chaque patient possède donc sa représentation de la maladie, de sa cause, de son traitement et aussi la représentation de sa propre vulnérabilité.

Dans cette partie, nous verrons comment les femmes se représentent le diabète gestationnel en tant que maladie. La première question posée était « Qu'est ce que le diabète gestationnel ? ».

A) Définition

a. Le DG : une maladie de la grossesse

Cinq femmes ont exprimé le mot « grossesse ». Les autres ne l'ont pas spontanément explicité.

Mme A. : « c'est une maladie de la grossesse, oui une maladie qui nous atteint pendant la grossesse... je sais pas »

Mme B. : « c'est un taux de sucre anormalement élevé pendant la grossesse lié à la demande du fœtus et de la maman »

Mme C. : « c'est du diabète pendant la grossesse »

Mme E. : « en fait pendant la grossesse, il y a une histoire de graisses qui bouchent les capteurs... », « et puis pendant la grossesse, il y a une hormone je crois qui vient empêcher l'insuline d'agir »

Mme H. : « on n'arrive pas à absorber le sucre pendant la grossesse. »

b. Le DG : une maladie liée au métabolisme du sucre

Trois femmes parlent spontanément de « sucre » dans leur définition du diabète.

Mme B. : « taux de sucre anormalement élevé »

Mme E. : « on assimile moins bien le sucre... ou plutôt le sucre dans le sang est plus élevé »

Mme H. : « on arrive plus à absorber le sucre. »

D'autres ne l'expriment pas spontanément néanmoins, si on leur demande si c'est un surplus de quelque chose, elles complètent leur réponse en parlant du sucre :

Q° : « Qu'est ce que le diabète gestationnel ? »

Mme D. : « euh... je sais mais je ne sais pas vous expliquer... on m'a expliqué mais là... c'est un peu compliqué »

Q° : « Y a t il quelque chose en trop ? »

Mme D. : « Oui, trop de sucre (pause) le pancréas ne produit pas assez d'insuline »

Q° : « Qu'est ce que le diabète gestationnel ? »

Mme A. : « Maladie qui nous atteint pendant la grossesse euh je sais pas... »

Q° : « Il n'y a rien en trop ? »

Mme A. : « Oui trop de sucre »

Q° : « Qu'est ce que le DG ? »

Mme E. : « Le diabète ça sort du sang... parce que les aliments qu'on mange ça entre dans le sang, c'est là qu'il faut contrôler dans le sang s'il y a le diabète ou pas (pause) »

Q° : « Comment on voit s'il y a le diabète ? »

Mme E. : « S'il y a trop de sucre c'est qu'il y a le diabète »

Le diabète peut être considéré « sucré » mais pas forcément...

Mme D. : « Personnellement pour moi, est-ce que c'est un diabète sucré, un diabète salé ou un diabète gras ? Aujourd'hui je pencherais plutôt pour un diabète gras. »

C. Le DG : une maladie due à un défaut d'insuline

Quatre femmes parlent spontanément d'insuline dans leur définition du DG.

Mme B. : « Mon insuline n'était pas suffisante pour bébé et moi »

Mme C. : « Mon pancréas ne produit pas assez d'insuline »

Mme E. : « on assimile moins bien l'insuline [...] et il y a une hormone qui je crois vient empêcher cette insuline d'agir complètement [...] bébé devait produire plus d'insuline »

Mme H. : « ... un problème de digestion... par le foie de l'insuline... de l'absorption du sucre... »

B) Signes cliniques

a. Le DG : une maladie asymptomatique

Le diabète en général est une pathologie difficile à accepter car il est le plus souvent asymptomatique.

Mme A. : « je n'avais pas de symptôme donc je ne m'inquiétais pas... »

b. Le DG : une maladie qui entraîne des malaises, des hypoglycémies

Le diabète gestationnel peut être considéré comme asymptomatique mais certaines femmes ont eu l'expérience de malaises hypoglycémiques ou ont connaissance de ce risque. Quatre femmes expriment la possibilité de faire des malaises.

Mme E. : « en fait mes dextros je n'ai jamais vraiment dépassé mais par contre, il m'arrivait souvent de faire des hypoglycémies », « quand on a un diabète on risque de faire des malaises »

Mme B. : « j'aurais pu faire des malaises hypoglycémiques »

Mme D. : « avant je ne voyais pas les inconvénients, c'est à dire le fait d'être en hypoglycémie... les malaises... »

Mme E : « on peut faire des malaises et ... qui dit malaise dit urgence... (rires) ça peut être grave. »

C) Risques materno-fœtaux

Comme on l'a vu précédemment, le DG peut paraître asymptomatique mais on remarque que même si les femmes ne ressentent rien, elles pensent surtout au retentissement sur le bébé.

Mme A : « on porte un bébé donc on est pas toute seule en jeu. »

Mme F : « c'est surtout pour le respect vis-à-vis du bébé »

Mme H : « c'est le fait qu'il y avait bébé et qu'il fallait que tout soit bien pour bébé »

Afin d'étudier les représentations des conséquences du DG, la question posée était « Quels sont les risques pour vous et votre bébé ? »

On va d'abord aborder les risques pour le bébé puisque c'est ce que les femmes évoquent en premier.

a. Le DG : une maladie qui peut entraîner la mort du bébé.

Mme C : « ...mort in utero »

Mme H : « on peut perdre le bébé... »

b. Le DG : une maladie qui peut entraîner une macrosomie chez le bébé.

Six femmes ont compris ce risque et l'expriment spontanément.

Mme A : « je peux faire un gros bébé »

Mme B : « pour l'enfant, il risque la macrosomie »

Mme C : « mort in utero... gros bébés »

Mme E : « le bébé pouvait prendre trop de poids »

Mme G : « le bébé risque de grossir aussi, il peut avoir du mal à sortir... il faut opérer »

Mme H : « ça peut engendrer des gros bébés [...] pour dans le ventre il prend plus de sucre donc

il grossi plus... on peut avoir des gros bébés »

C. Le DG : une maladie qui peut engendrer un diabète chez l'enfant

Quatre femmes ont exprimé leur crainte d'avoir un enfant diabétique.

Mme B : « ... il (le bébé) *aurait pu être diabétique* »

Mme D : « *ma crainte c'était que quand j'accouchais, il (le bébé) avait le diabète de façon permanente avec le traitement...* »

Mme F : « *j'ai toujours cru que ça allait donner du diabète à mon bébé* »

Mme H : « *quand il naît, il risque d'avoir un diabète à la naissance, insulinodépendant il me semble* »

d. Le DG : une maladie qui entraîne un sur-risque de diabète de type 2 chez la mère

Le principal risque à long terme pour les femmes ayant un antécédent de DG est la survenue d'un DT2. Le programme a pour objectif de sensibiliser les femmes à ce risque afin de mettre en œuvre les mesures hygiéno-diététiques. La lettre au médecin traitant insiste sur ce sur-risque et a pour objectif la « continuité des soins ». Il nous semblait donc important d'évaluer la connaissance de ce sur-risque.

Cinq femmes citent ce risque spontanément lorsqu'on les questionne sur les risques pour la mère.

Mme B : « *être diabétique par la suite, bah... c'est le premier risque... »*

Mme C : « *on m'a dit que moi enfin les personnes qui ont fait un DG, elles ont plus de risque de développer un diabète... plus tard...* »

Mme D : « *on m'a expliqué qu'il y avait la possibilité d'avoir un diabète par la suite c'est pour ça qu'il faut continuer le régime... »*

Mme E : « *je ne me souviens pas forcément des statistiques mais je crois que 40% des femmes qui font un DG continuent à faire du diabète après la grossesse, voilà c'est le principal risque.* »

Mme H : « nous après on peut déclarer un diabète... on a plus de risque... »

Certaines femmes ne citaient pas ce risque spontanément, il semblait important de poser la question clairement afin d'avoir une réponse affirmative ou négative, nous avons donc rajouté cette question au canevas d'entretien (si la femme ne citait pas ce risque spontanément : « savez-vous que le DG augmente le risque d'avoir un diabète par la suite ? ». Les réponses sont les suivantes :

Mme A : « non je ne crois pas, je ne suis pas sûre à 100% mais là vous me l'apprenez... mais, ça peut me créer un diabète ? »

Mme F : « j'avoue je ne sais pas trop je n'ai pas retenu les risques »

On remarque que dans ces deux derniers cas, les femmes sont très détachées de leur pathologie. Ces deux patientes se sentent peu voire pas concernées.

La première semble peu concernée sans doute parce qu'elle n'a pas eu besoin d'insuline.

La deuxième le dit clairement, sa santé n'est pas une priorité « *il y a quelque chose qu'il faut prendre en compte par rapport à mon travail parce qu'il faut dire les choses comme elles sont, c'est ma PRIORITE.* »

D) Traitement

Toutes les femmes parlent des mesures hygiéno-diététiques, nous le verrons plus loin. Ici, nous étudions la représentation du traitement médicamenteux du diabète. En effet, certaines femmes ne parlent pas d'insuline dans leur représentation du DG mais en parle en terme de traitement. De plus, on remarque aisément que pour certaines femmes, le programme avait pour but d'éviter le recours à l'insuline.

Mme A : « On vient d'apprendre qu'un cousin de mes fils du côté de leur papa a le diabète... il a fait un coma diabétique et il a l'insuline et tout ça... »

Mme B : « je n'arrivais plus à le contrôler par moi même, on était obligé de passer à l'insuline... »

Mme C : « quand j'ai eu les piqûres d'insuline ça a fait tilt dans ma tête... »

Mme E : « on doit faire des dextros pour savoir si on a besoin d'insuline ou autre parce qu'il existe des moyens pour aider »

Mme G. : « Je faisais attention de ne pas aller jusqu' à l'insuline. »

Mme H : « je sais que certaines femmes même avec l'alimentation ce n'est pas suffisant il faut qu'elle prenne de l'insuline moi j'étais bien contente d'avoir pu gérer avec le changement d'alimentation. »

V. LE VECU DU DIABETE GESTATIONNEL ET DE SON SUIVI

Le vécu de la maladie est différent selon les patientes. De plus, au cours de l'analyse des données, nous découvrons rapidement la notion de temporalité. Les émotions ne sont pas les mêmes à l'annonce de la maladie, pendant son suivi, lors de la mise en place du traitement et après l'accouchement.

- A l'annonce de la maladie

A) La surprise

Mme A : « déjà je ne m'attendais pas du tout à faire un diabète...car pour mes trois premières grossesses j'ai plus fait de la tension, et là pour les jumelles je n'ai pas fait de tension mais un diabète... ça m'a tellement étonné. La sage femme m'a dit que parfois ça pouvait venir des papas...bon...je sais pas...je prends...j'écoute...je m'attendais à tout mais pas à ça. »

Mme G : ' « J'étais surprise car je ne pensais pas avoir cela j'ai eu mes premiers enfants sans ça »

On remarque que les femmes surprises par l'annonce sont des multipares sans antécédent de DG. En effet, le fait d'avoir eu des grossesses antérieures sans DG les perturbe. D'où l'importance d'insister sur le risque de DG lors de la prescription du dépistage. Il est même licite d'insister sur le fait qu'elles peuvent avoir un DG alors que les grossesses antérieures étaient normales.

B) La déception

Mme E : «J'étais déçue mais j'étais pas très surprise... par rapport aux facteurs de risque, quand j'ai dû faire le dépistage on m'a expliqué ce que c'était ... on m'a dit qu'on donne ce test à faire à toutes les femmes enceintes pour rechercher un diabète et je savais que j'avais des facteurs de risque pour... donc je savais que j'avais des chances de l'avoir... »

« Quand je suis tombée enceinte j'ai regardé un peu sur internet ... j'ai vu que c'était un risque et en plus je cumulais tous les facteurs de risque ... je suis déjà en surpoids... j'ai le syndrome des

ovaires polykystiques et je sais plus qui m'a dit ça ... si c'est le Dr G. ou une sage femme mais ... chez les indo-musulmans enfin les gens qui ont des origines indo-musulmanes à la Réunion ... on fait plus de DG. »

Mme H : « Au départ c'est embêtant c'est pas quelque chose qu'on apprécie puis après en suivant le régime on s'habitue à vivre avec et on sait que c'est... le fait de faire attention c'est pour notre bien et le bien du bébé donc... mais c'est pas quelque chose d'aimable à entendre [...] j'ai des antécédents familiaux avec le diabète donc je me disais que c'était possible... j'aurais aimé ne pas l'avoir mais j'ai fait avec. »

Ces femmes sont déçues mais surtout ne sont pas surprises d'avoir eu un DG. Elles avaient connaissance de leurs facteurs de risque, ce qui les préparait à l'éventualité d'avoir cette maladie. D'où l'importance de bien expliquer les modalités et les objectifs du dépistage du DG. Les deux patientes ont été dépistées par HGPO à 28 SA.

- Au cours de la maladie

C) La difficulté, la contrainte

Mme B : « c'était pas évident tous les jours »

Mme C : « c'était très compliqué ...très décourageant ça m'a affecté moralement, on fait des efforts on se prive de ça ou ça mais finalement le problème était là. »

Mme D : « c'est pas facile...c'est pas facile... ce n'est pas tant le changement alimentaire qui m'a gêné c'est plus au niveau suivi psychologique », « ce qui était contraignant c'était les prises de sang et les piqûres d'insuline parce que c'est pas évident quand on travaille de faire les piqûres et le suivi aussi de la glycémie à différents moments de la journée... »

« je n'envisage pas une autre grossesse...si c'est pour avoir un autre DG ... c'est pas la peine... »

Mme G : « c'est dur, à chaque fois qu'on se pique il faut contrôler c'est un peu gênant mais c'est bon je faisais attention de ne pas aller jusqu'à l'insuline. »

Mme H : « le dextro ça fait un peu mal donc après on a les doigts un peu martyrisés on va dire... »

La difficulté peut relever d'actes pratiques comme le respect des mesures hygiéno-diététiques ou même de la surveillance glycémique. Néanmoins, on remarque que les femmes appuient encore une

fois sur l'impact psychologique du DG.

Mme D insiste sur cette notion de contrainte positive :

Mme D : « *C'était plus une contrainte pour moi mais, une contrainte positive pas négative ... et ça vous fait prendre conscience de la réalité parce que quand je voyais ma mère prendre tous ses médicaments, je ne voyais pas tous les inconvénients... »*

Une contrainte positive ?

« *Oui...c'est une contrainte positive car ça m'a permis de prendre conscience très rapidement de la chose... du moment que ça ne me touchait pas directement... je dis pas que j'étais égoïste mais voilà ... pour moi ça me touchait pas donc je ne me sentais pas concernée »*

D) Le poids de la maladie

Mme A : « *c'est très lourd le diabète...même pendant la grossesse, il faut bien se rendre compte que c'est très lourd...les gens qui naissent avec et vivent avec toute leur vie je les plains », « c'est lourd le diabète, on vit avec une épée Damoclès sur la tête, en plus on porte un bébé donc on est pas toute seule en jeu. »*

Mme A exprime très bien la sensation de « poids » qu'entraîne le DG. D'ailleurs, à la question « qu'est ce que le DG ? » cette patiente a répondu spontanément :

Mme A : « *c'est fatiguant...* ».

On peut remarquer qu'elle exprime différents degrés dans ces sentiments, d'abord c'est lourd (ressenti), ensuite c'est fatiguant (conséquences psycho-corporelles) puis elle exprime ses angoisses, ses inquiétudes qu'elle illustre d'une épée de Damoclès sur sa tête. Ceci montre bien l'instabilité psychologique qu'entraîne le DG ainsi qu'un réel sentiment d'insécurité.

Mme C : « *ça m'a fatigué sur le moment, je disais que je voulais accoucher maintenant»*

C'est souvent lourd à porter à cause du stress qu'il occasionne. On remarque donc que les sensations, les ressentis sont souvent liés les uns aux autres. C'est lourd parce que ça fait peur.

E) L'inquiétude, la peur, l'angoisse

a. Le DG entraîne des angoisses chez la maman

Mme A : « ça fait peur pour le bébé, on connaît qu'il y a des conséquences, qu'il soit gros ou qu'il ait le diabète après. Faut que je reste dans ce taux...faut que je reste dans cette case... et c'est stressant... »

Mme B : « j'étais tout le temps en stress, angoissée », « qu'il déclare un diabète à la naissance, c'était mon angoisse », « du coup, devoir gérer l'insuline et l'équilibre alimentaire en même temps c'était un stress tout le long et c'était encore plus dur [...] j'avais tellement peur du diabète en lui même, parce que j'ai travaillé en diabète, du coup, ça me mettait un stress tout seul, je me prenais la tête et tout... »

Mme C : « moi pour être angoissée je le suis à 200% », « c'est vrai que ça fait un peu peur quand même »

Mme D : « moi j'étais repliée sur moi même... j'avais des questionnements dans la tête...j'étais pas tranquille en fait... »

Le stress est une notion subjective puisqu'une même stimulation extérieure peut affecter différemment chaque individu. Par ailleurs, une personne peut réagir différemment à une même situation stressante en fonction du moment où celle-ci survient dans sa vie. Retenons que le stress est un processus dans lequel interviennent un agent stressant et une personne. Il dépend autant de la situation que de la manière dont celle-ci est appréhendée.

Ici nous pouvons remarquer que la prise de conscience de la gravité potentielle de la maladie crée une angoisse.

b. Le stress peut entraîner des variations glycémiques

Mme B : « j'avais déjà eu un suivi alimentaire pendant ma première grossesse donc je savais sur quoi jouer mais là c'était vraiment les émotions ... le deuxième diabète gestationnel était trop

euh ... fluctuant. »

Mme D : « *des fois je ne mangeais rien et ça montait le diabétologue me disait que c'était pas grave on passait en revue ce que je mangeais et à un moment on a abordé cette question de pression et de stress... »*

Mme E : « *je pense que je réagissais beaucoup au stress et que ça jouait beaucoup sur mon taux de sucre. »*

Trois femmes ont constaté que le stress entraînait une variation glycémique. Elles n'en connaissent pas les raisons mais ont acquis ces connaissances expérimentalement. En effet, certaines hormones comme l'adrénaline libérée lors d'un stress peut entraîner une hausse de la glycémie.

C. Le stress retenti sur le bébé

Mme E : « *mon bébé était tout crispé, tout recroquevillé parce que je devais être stressée »*

Mme H : « *si moi je n'étais pas bien le bébé n'était pas bien non plus, et je ne voulais pas que mon bébé ne soit pas bien... »*

Certaines femmes pensent que leur bébé ressent leur stress, ce qui les angoisse encore davantage. En effet, elles peuvent même culpabiliser d'être angoissées. Elles entrent alors dans un cercle vicieux.

d. Le DG n'est pas source de stress

Au contraire de ce que l'on a vu précédemment, certaines femmes ne se sont pas senties stressées par rapport au DG.

Mme E : « *les quatre premiers mois, j'étais très très angoissée parce que j'avais fait une fausse-couche un mois plus tôt donc pendant les quatre premiers mois j'étais très angoissée, très stressée par rapport à la viabilité et à toutes sortes de chose et puis ... je savais qu'à tel stade il y a ça ou ça qui pouvait ne pas aller et après, quand on a su qu'il y avait des possibilités que j'ai du DG, j'étais pas forcément stressée parce que j'avais les cartes en main pour changer les choses ... comment expliquer... avant je n'étais pas maître de ce qui pouvait se passer après le DG malgré tout je savais quand modifiant mon alimentation... je savais que je pouvais jouer la dessus... »*

Mme G : « *ça ne m'a pas beaucoup angoissée parce qu'on m'a expliqué ce que je dois faire donc je prenais mes précautions* »

Mme F (la question était qu'avez-vous ressenti?) : « *Pas grand chose...je vous avoue... ça ne m'a pas angoissé... Je le faisais pour le bien du bébé et pour mon bien à moi mais je vous dis, comme les taux n'étaient pas alarmants, j'ai fait attention mais je ne me suis pas plus inquiétée que ça.* »

- Après la maladie

F) Le soulagement

Mme A : « *Après je n'y ai plus pensé, je me suis dis, je suis débarrassée ... j'espère ne pas l'avoir à nouveau.* » (nouvelle grossesse en cours)

Mme G : « *J'ai la piqûre à la maison donc des fois je contrôle une fois par mois et c'est normal, il n'y a pas de diabète* »

Ce sentiment est intéressant à étudier car il peut conditionner la poursuite ou non des mesures hygiéno-diététiques. En effet, si la patiente se sent débarrassée, elle sous entend qu'elle n'est plus malade et qu'elle n'a plus besoin de prise en charge. Néanmoins, il ne faut pas « voir » une patiente aux antécédents de DG mais considérer une patiente obèse à risque accru de diabète de type 2.

G) La culpabilité

Mme F : « *quand j'ai accouché, j'ai vu qu'il le (bébé) piquait tous les jours à la maternité ... oui un petit problème de culpabilité. Je crois que si je n'avais pas fait attention, je m'en serais voulue... lui subissait ça tous les jours...* »

Mme C : « *quand j'ai des soucis, je mange... je culpabilise... c'est pas bien de manger comme ça.* »

Le sentiment de culpabilité peut concerner le bébé c'est à dire que la mère culpabilise vis-à-vis de son enfant de lui imposer des risques et une prise en charge particulière. Parfois, on note un sentiment de culpabilité vis-à-vis d'elle même, c'est à dire qu'elle sait que ce n'est pas bon pour elle (hors grossesse), elle le fait quand même donc elle culpabilise.

H) Le sentiment d'abandon

Mme A : « à la maternité où ils savaient que je faisais du diabète, on n'est même pas venu me dire, on va vous piquer ... on va regarder où ça en est... Je me suis sentie laissée tomber... Comme quoi le bébé arrive, plus personne ne vous regarde, tout le monde regarde le bébé...voilà (rires)...bon je n'ai pas fait de dépression mais je me suis senti ...oui ...laissée tomber... »

Cette patiente s'est sentie abandonnée après l'accouchement. Le sentiment d'abandon est très fort.

VI. LA MOTIVATION A LA PERENNISATION DES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES

La motivation est un ensemble de facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent.

Nous aborderons d'abord les freins à la pérennisation des MHD, puis les leviers de motivation. Enfin, une analyse verticale « par patiente » nous permettra de déterminer le stade de Prochaska de chacune des personnes interrogées.

A) Les freins à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques

a. Le risque de D2, un risque invisible

Mme D : « *pourquoi faire des efforts aujourd'hui alors qu'on a pas l'impression qu'il faut en faire* »

A. Grimaldi illustre ceci dans « La Maladie Chronique », en précisant que « Si changer un comportement pour corriger un symptôme désagréable est somme toute naturel, changer des comportements pour assurer une prévention quand il y a pas ou peu de symptômes est beaucoup moins évident » (31).

b. Le mal être psychologique

Mme C : « *ça a marché après la grossesse c'est pour ça que j'ai perdu 7kg... moi il faut que ça aille bien dans ma tête...et là ça va pas...* »

c. Mal manger, une solution de facilité

Mme D : « *déjà on était plus sur un système alimentaire très rapide ... pour moi cuisiner c'est une corvée.* », « *Pour une raison de facilité et puis...j'étais dans un système de célibat... le snack* »

c'était plus facile, c'est juste en bas de chez moi donc c'était facile de donner un peu d'argent et d'avoir le plat déjà cuit... comme cuisiner c'est une corvée »

Mme E : « par paresse aussi je pense... j'ai faim alors je prends ce qu'il y a dans le frigo et voilà... », « maintenant c'est la flemme d'aller à la boulangerie donc on prend du pain de mie ou... voilà c'est plus ça qui a fait défaut et qui fait que j'ai arrêté de perdre du poids depuis 4 - 5 mois... »

Mme H : « Souvent, je fais à la maison mais, il y a beaucoup de plats préparés ... il faut que je fasse plus la cuisine c'est ça qui manque... je n'aime pas faire la cuisine donc du coup ça pêche là dessus... C'est pas le temps qui manque c'est vraiment l'envie de faire la cuisine pour moi même c'est pour ça que c'est pas comme quand je suivais pendant la grossesse. »

d. Antécédent de césarienne

Avoir eu une césarienne est un frein à la reprise de l'activité physique. Elles disent avoir eu comme consigne de ne pas faire de sport pendant plusieurs mois.

Mme B : « je reprends tout doucement le sport parce que j'ai eu une césarienne »

e. Grossesse

Mme B : « Depuis les jumelles je n'ai pas repris le sport, là je suis de nouveau enceinte... »

f. L'environnement familial

L'environnement familial peut être considéré comme un frein à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques. En effet, la famille n'a pas forcément les mêmes habitudes alimentaires. Le caractère exceptionnel de la rencontre engendre un comportement différent du quotidien.

Mme B : « quand il y a l'environnement familial, il y a le coca, le pot de nutella du coup ça fouare un peu tout. Mais bon ça reste une angoisse pour moi et je veille à ça. »

Mme C : « et puis il y a le mari à côté, pour pas faire plusieurs repas différents, on fait un plat et c'est tout...si je fais des légumes vapeurs il mange pas alors pour pas être embêtée j'accepte de manger ce que lui veut manger parce que je sais qu'il mangera pas donc pour éviter tout ça je

mange ce que je fais pour lui du riz un carry...c'est un mauvais engrenage...je suis dedans tous les jours je sais... »

Mme H : ces deux dernières semaines on a eu beaucoup de repas en famille donc j'ai repris et il faut que je me remette à manger plus équilibré.

J'ai remarqué ça avec son papy bah c'est un papy donc forcément il donne beaucoup plus facilement que papa et maman donc euh c'est difficile moi je préfère qu'il mange aux heures de repas et pas en dehors... j'ai rien dit mais ça ne m'a pas plu donc je dis aux papys et aux mamys que je préfère qu'il ne mange pas en dehors des repas sinon il ne mange plus au repas.

L'environnement familial peut également représenter un frein par rapport à la contrainte de temps. En effet, l'environnement familial peut être chronophage en particulier dans les familles nombreuses mais il peut être un levier si tout le monde si emploie ; d'où l'importance en ETP d'inclure l'entourage dans la démarche.

Mme A : « je n'ai pas repris le sport du tout depuis les jumelles, je n'ai pas de temps...je n'ai pas le temps... je gère une famille avec cinq enfants dont deux collégiennes et une primaire, qui vont au sport, au catéchisme..le mercredi, le samedi, je cours partout en voiture évidemment et ... avec les jumelles... »

Mme B : « c'est pas régulier par manque de temps surtout avec le deuxième en plus maintenant »

Mme G : « c'est le temps parce que mon mari il travaille et j'ai un petit bébé, mon mari travaille parfois le soir parfois le matin »

Mme H : « avant la grossesse je faisais un sport de combat mais je n'ai pas repris parce que ce n'est pas facile à gérer un bébé et un sport de combat... »

A contrario, l'isolement socio-affectif peut également être un frein :

Mme C : « là je suis loin de tout j'ai pas d'amis, pas de famille »

Cette femme n'a pas de soutien donc elle ne se sent pas capable de changer de comportement pour le moment.

g. L'environnement professionnel

Mme B : « *parce qu'au travail, on grignote beaucoup...c'est ça le problème... »*

Mme D : « *c'est pas évident quand on travaille », « Je vous avouerais ...j'avais énormément perdu après l'accouchement ... j'avais perdu 15kg ... puis je suis repartie dans mes habitudes...mon train train habituel ... bon j'ai respecté jusqu'à 3 mois ce que le Dr. nous avait recommandé puis ... j'ai repris après trois mois, en reprenant le travail...j'ai repris ma vie de tous les jours sans faire attention... du coup, ça a favorisé la prise de poids et ça se ressent »*

Mme E : « *à partir du moment où j'ai dû m'occuper moi-même du bébé ... reprendre le travail et après ce n'était plus facile pour moi de suivre... », « je n'ai plus de temps pour moi... entre l'enfant ... le boulot j'ai pas le temps...c'est compliqué pour m'organiser à la maison pour manger pour avoir un peu de temps pour soi... »*

h. Le sentiment de nocivité des aliments

Mme A : « *je vais parler de La Réunion parce que je trouve qu'ici tout est sur-sucré... SUR-SUCRE. Les yaourts naturels sucrés tout ce qui est écrit « transformé à la Réunion » est sur-sucré... »*

Mme D : « *Ma famille est plus traditionnelle, c'est moi qui suis dans la vie moderne donc resto, snack... c'est une solution de simplicité il y a le plaisir mais plus pour une question de facilité. »*

i. Rôle relationnel

Mme D : « *Le sodas pour moi a un caractère très relationnel* »

Mme E : « *après là elle va à la crèche depuis deux semaines donc au début j'étais un peu stricte je leur ai dis pas de biscuits, pas de gâteaux ... puis c'est vrai qu'on m'a dit qu'elle faisait un peu pitié, c'est vrai que tous les enfants mangent des gâteaux... il ne faut pas la frustrer non plus ... »*

j. Absence de suivi post partum

Mme D : « *ça a favorisé la prise de poids et ça se ressent ...il n'y avait plus personne à côté pour me dire « fait attention ce que tu fais c'est pas bien » »*

Mme F : « oui j'ai besoin d'un suivi mais je n'ai pas trouvé ici quelqu'un avec qui j'accroche donc je préfère le faire toute seule mais du coup j'avance moins vite parce que il n'y a pas ce suivi... qui me manque... »

Mme H : « J'ai eu deux rendez-vous avec la diététicienne après l'accouchement mais après ce n'est plus pris en charge donc c'est plus compliqué... j'essaie d'appliquer les recommandations de la diététicienne toute seule. » Pensez vous que le médecin traitant peut vous aider à poursuivre le régime ? Je pense oui ... car quand on est toute seule c'est très difficile il faut quelqu'un qui me dise de continuer parce que parfois on a plus envie et c'est compliqué dans mon cas c'est comme ça j'ai besoin de quelqu'un qui me dise de continuer que c'est bon pour moi.

k. Relation médecin-patiente nocive voire conflictuelle

Mme B : « il y avait conflits souvent entre nous et du coup j'étais hyper-flippée et sur la fin je suis venue à Artémis parce que ce n'était plus possible entre nous »

Mme C : « au départ ma grossesse était suivi par une gynécologue mais elle est pas commode du tout ... c'est une sauvage incroyable à chaque consultation j'étais démoralisée elle est trop froide une amie m'a conseillé un bon gynéco après je suis arrivée ici... »

B) Les leviers de motivation à la pérennisation des mesures hygiéno-diététiques

a. Un bien être psychologique

Qu'est ce qui pourrait vous faire maintenir dans le temps ?

Mme C : « Je sais pas...Peut être que si je suis bien psychologiquement peut être ça pourrait m'aider peut être que quand j'aurais mon petit chez moi ça pourrait m'aider », « mais ça va redevenir comme avant j'en suis persuadée... je suis tellement envahie par les soucis... mais après quand je serais bien dans ma tête... ce sera différent... »

b. Un soutien familial

Mme D : « *il y a eu un soutien familial aussi...* », « *mon mari ça fait bien longtemps qu'il s'intéresse à notre façon de manger mais j'entendais pas pour autant ce qu'il me disait ... c'est depuis la grossesse qu'on a changé... lui mangeait plus de légumes que de riz* », « *mon mari m'a proposé de faire de la marche... j'ai réfléchi ...on est parti marcher ensemble...* »

Mme C : « *les trois premiers mois, j'étais très entourée ... ma maman était là 24h/24 pour cuisiner pour m'aider ... du coup, j'avais beaucoup moins de choses à faire... c'était plus facile de continuer à suivre le rythme etc... et c'est pour ça que j'ai perdu plutôt rapidement tous les kilos que j'avais pris pendant la grossesse...* », « *le pain du matin c'est ma mère qui allait le chercher donc elle me prenait du pain complet...* »

Mme H : « *Mon compagnon pourrait m'aider à poursuivre le régime mais il ne le fait pas suffisamment (rires)...* »

c. Une alliance thérapeutique

Mme F : « *en métropole j'étais suivie par un nutritionniste qui était un sportif également et là j'avais accroché et on a vu du résultat* », « *j'avais un bon contact avec lui (nutritionniste)... j'avais les deux : j'avais le rappel quand j'allais voir le médecin généraliste et un petit suivi par rapport à mon dossier médical et j'avais ce nutritionniste qui était très motivant et qui donnait du résultat... c'est vraiment motivant quand on voit qu'on est suivie...* »

Mme H : « *Mon médecin traitant ... oui... il pourrait ... ce serait bien qu'il puisse avoir ce rôle là.* »

RESUME DES FREINS ET DES LEVIERS DE MOTIVATION

	FREINS	LEVIERS
Liés à la patiente	Conséquences invisibles Mal être psychologique Facilité Contexte : Atcd de césarienne/grossesse (ce dernier est spécifique à l'activité physique)	Bien être psychologique
Liés à l'environnement	Famille Travail Aliments sur-sucrés	Soutien familial
Liés au parcours de soins	Absence de suivi	Alliance thérapeutique

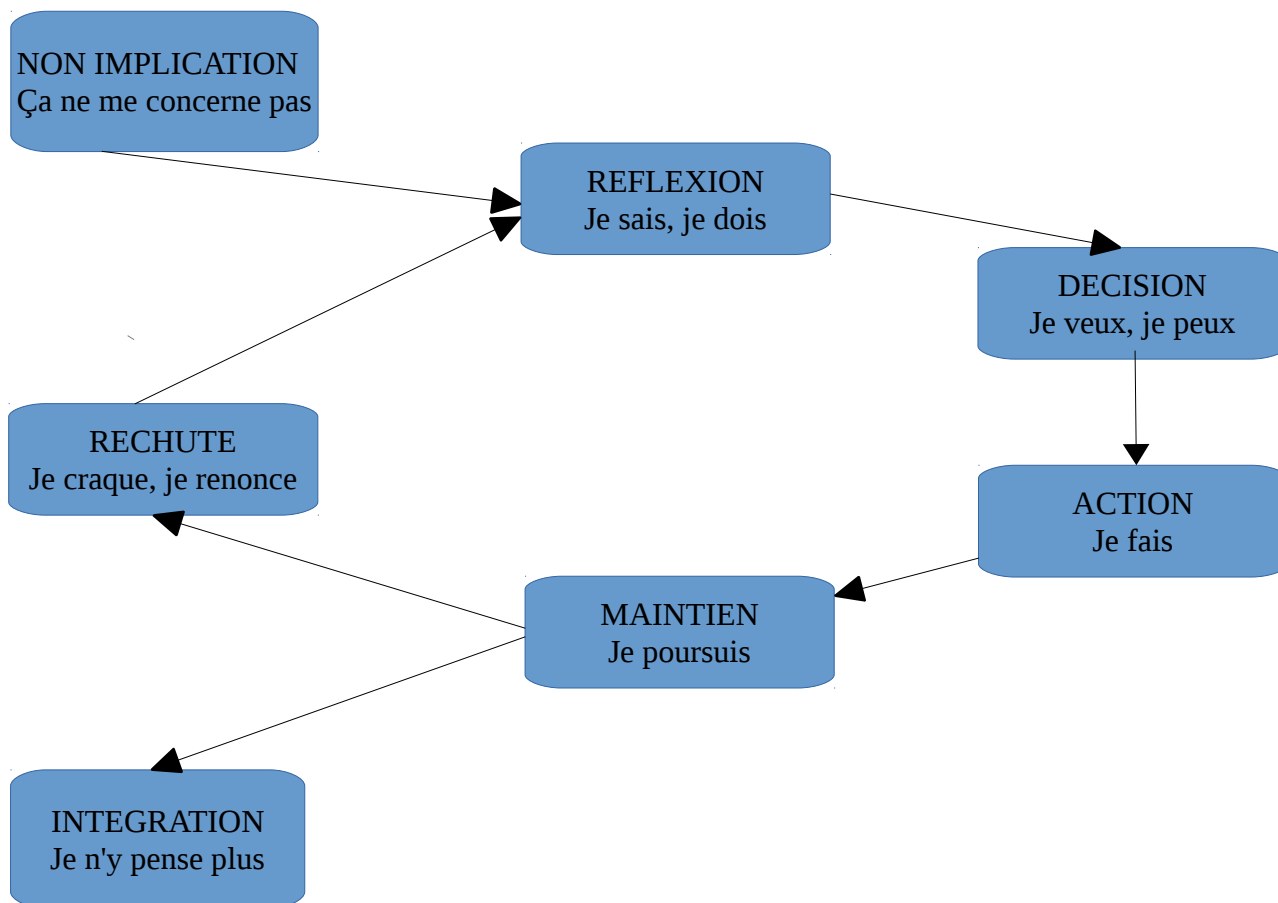
On constate que les patientes parlent plus spontanément des freins, elles en citent plus peut être pour donner des raisons à l'absence de pérennité des MHD. Néanmoins, on voit bien que pour contre balancer les freins, les patientes élaborent elles-mêmes leurs propres leviers de motivation.

C) Proposition d'évaluation du stade de changement de comportement pour chaque patiente interrogée

Pour aider les patients, il faut d'abord savoir dans quel état d'esprit il se trouve. Pour cela, nous nous sommes appuyé sur le modèle de Prochaska et Di Clémente. Ils définissent le stade de changement comme un laps de temps et l'ensemble des activités requises pour accéder au stade suivant. Les stades de changement représentent pour ces auteurs une dimension temporelle permettant de comprendre précisément quand un changement d'attitude, d'intention ou de comportement se produit. Les stades de changement renvoient donc aux aspects temporels et motivationnels du changement.

Le changement de comportement n'est pas un événement brutal, il suscite une ambivalence qui est normale et se produit par stades :

- Au stade de NON IMPLICATION, le patient n'envisage pas le changement
- Au stade de REFLEXION, le patient envisage le changement, oui mais...
- Au stade de DECISION, le patient veut commencer le changement
- Au stade d'ACTION, le changement est manifeste et a commencé depuis 1 à 6 mois
- Ensuite soit le patient MAINTIENT le changement, soit il RECHUTE



Après une relecture des verbatims, nous avons pu déterminer pour chaque patiente, le stade dans lequel elle se trouve au moment de l'entretien. Nous avons pu également mettre en évidence le locus of control des patientes c'est à dire à quoi elles attribuent la cause de leur maladie. Enfin, nous proposons une piste afin de les faire évoluer dans leurs processus de changement.

a. Madame A

Madame A est au stade de NON-IMPLICATION vis-à-vis du diabète. En effet, elle ne se sent plus concernée par celui-ci, elle est de nouveau enceinte et espère ne pas récidiver (« *je n'y ai plus pensé ... je me suis dis ...je suis débarrassée... j'espère ne pas l'avoir à nouveau.* »). Elle n'a pas connaissance du risque futur de DT2 ce qui explique probablement qu'elle ne s'implique pas (« *vous m'apprenez que je pourrais avoir un diabète plus tard* »).

En ce qui concerne l'obésité, cette femme est au stade de REFLEXION. Elle dit savoir ce qu'elle a à faire mais ne le prévoit pas à court terme (« *je sais ce que j'ai à faire pour perdre du*

poids, j'ai hâte de ne plus être enceinte pour reprendre le sport.. moi c'est le sport. »). On peut identifier un processus de changement, celui de la CONSCIANTALISATION (« J'en ai pris conscience il n'y a pas longtemps »).

Lorsque l'on s'intéresse à ses représentations des causes du DG, on peut identifier un Locus of Control EXTERNE. En effet, elle attribue la responsabilité aux pouvoirs publics (« *bon je vais parler de la Réunion parce que je trouve qu'ici tout est sur-sucré... SUR-SUCRE. Les yaourts naturels sucrés tout ce qui est écrit « transformé à La Réunion » est sur-sucré... je trouve ça affolant...je trouve ça ahurissant...ça me rend dingue...*») et à ses antécédents familiaux (« *on ne pas dire que j'ai déjà été mince depuis toute petite...c'est une question de descendance ... de famille* »).

Madame A explicite elle-même un levier de motivation dont on pourrait se servir afin d'améliorer l'observance des MHD. En effet, elle dit spontanément que c'est plus facile lorsqu'on a un médecin de confiance. Si elle avait la possibilité de consulter le médecin qu'elle considère comme son médecin traitant (qui est en métropole), elle serait allée le voir pour qu'il l'éclaire sur sa situation (« *quand on est suivi depuis petit, on rentre, il nous tutoie, c'est pas évident de retrouver une relation.* » Si vous aviez votre médecin de métropole, seriez-vous allée consulter suite à la grossesse ? « *Ah oui, oui ... oui je serais allée le voir pour parler du diabète et pour lui dire que je n'avais pas été suivi à la maternité et que ça m'agaçait un petit peu. Pour savoir où j'en étais* »).

Pour conclure, une des pistes à explorer chez Madame A est de l'encourager à trouver un médecin de confiance afin qu'il puisse la suivre à long terme et l'accompagner dans son processus de changement de comportement. Ceci serait à la fois bénéfique pour elle mais aussi pour ses enfants. Il faudra agir sur son LOC afin qu'elle s'approprie davantage sa maladie.

b. Madame B

Madame B est au stade d'ACTION. En effet, elle souffre d'obésité depuis l'enfance donc elle reste dans une dynamique de contrôle pondéral (« *je suis encore un peu plus souple puisqu'il n'y a plus de diabète mais les plus gros principes restent... je me suis réinscrite en salle de fitness pour l'instant je travaille tout ce qui est endurance et cardio ...j'essaie de faire trois fois pas semaine.* »). On peut confirmer cela également avec l'éducation alimentaire qu'elle donne à ses enfants « *Je suis hyper stricte... même trop... j'ai l'angoisse qu'il aient une bonne éducation alimentaire et je lâche pas là dessus* »

Madame B attribue la cause de la maladie à son obésité qui est dû à de mauvaises habitudes alimentaires et un manque d'activité physique c'est d'ailleurs pour cela qu'elle agit. Elle a conscience

de son potentiel d'évolution. Elle est aide soignante, elle a travaillé en diabétologie, elle a donc des connaissances sur le DG et connaît l'éducation thérapeutique. Elle a donc conscience que le changement viendra d'elle-même.

Madame B a une relation de qualité avec son médecin traitant (*« mon médecin traitant connaît aussi bien l'état de ma mère et sa pathologie, autant elle connaît mon état psychologique, elle sait en terme de poids si ça va, si ça ne va pas, aussi sur l'alimentation... si j'ai des angoisses j'appelle. Elle est très ouverte et à l'écoute. »*). Mais, ce suivi seul ne suffit pas (*« on parle de tellement de choses en consultation mais on ne parle pas trop d'alimentation et de sport...la consultation dure 20 minutes mais pendant ce temps on sait qu'il y a 10 personnes qui attendent dans la salle d'attente...chez le médecin traitant tu viens d'abord pour ton problème »*). Elle dit spontanément que la prise en charge habituelle par des spécialistes ne lui convient pas (*« le régime de l'endocrino c'était un repas type mais ce n'était pas adapté à ma vie familiale et à la période que je vivais à ce moment là. Ici, on a vraiment travaillé sur un projet personnalisé qui me convenait et qui me soulageait. »*). Elle oppose clairement la prise en charge classique et la prise en charge en ETP. Elle propose donc elle-même de poursuivre un suivi dans cette dynamique (*« c'était trop court si je pouvais avoir plus longtemps j'aurais adhéré »*). La caractéristique principale de cette patiente est qu'elle travaille dans le milieu médical, elle a plus de connaissances que les autres mais le plus important c'est qu'elle a aimé être considérée comme une patiente comme les autres (*« le fait d'être dans un endroit neutre, on s'occupait pas de ma profession ni que je travaillais en diabète, on a repris tout à zéro...ça m'a fait du bien. »*)

Pour conclure, cette patiente est consciente et active en ce moment, elle a un suivi de qualité chez son médecin traitant mais celui-ci pourrait être complété par une prise en charge au long terme en éducation thérapeutique, le but étant de poursuivre dans cette voie et d'adapter la prise en charge régulièrement en fonction des changements environnementaux (*« s'il faut revoir l'alimentation par rapport à mon rythme à ce que je vis en ce moment par rapport au boulot ... comment aménager les repas...moi je suis je suis complètement ouverte à ça »*).

C. Madame C

Madame C est au stade de REFLEXION, elle sait qu'elle doit changer mais ne l'envisage pas dans un futur proche car elle ne se sent pas capable pour le moment. En effet, sa situation personnelle n'est pas optimale pour un changement. Elle a conscience de l'importance d'un changement mais ne l'applique pas pour le moment car elle ne se sent pas bien psychologiquement.

En effet, elle est en cours de séparation de son mari (« *je suis dans une procédure de divorce...alors je mange...* ») et très isolée socialement (« *je suis loin de tout... j'ai pas d'amis... pas de famille* »). Elle a déjà été au stade d'action mais a rechuté trois mois après l'accouchement (« *Après l'accouchement, j'ai continué c'est pour ça que j'ai perdu 7 kg mais après ces derniers temps j'étais à Maurice dans ma famille et quand je suis rentrée, ça a recommencé ... mauvaise alimentation et tout ça...* »)

Madame C attribue la maladie à ses mauvaises habitudes de vie, elle se sent concernée et pourra donc agir pour elle-même et pour son enfant (« *c'est l'alimentation et le manque d'activité physique... je fais de mon mieux pour pas nourrir mon fils comme nous quand on était petits... on a jamais mangé léger on voulait des bonbons bah on avait des bonbons ça fait plaisir ça fait du bien mais voilà le résultat après...* »).

Pour Madame C, une formation complémentaire n'est pas nécessaire (« *je ne pense pas que ce soit nécessaire pour moi... je sais ce qu'il faut faire... je ferai attention* »). En effet, elle considère qu'elle sait ce qu'elle doit faire, elle pense qu'elle le fera lorsqu'elle ira bien psychologiquement (« *il faut que ça aille bien dans ma tête...et là, ça va pas...* »). Dans un premier temps, il serait judicieux de l'inscrire dans une prise en charge psychologique et sociale. Peut-être qu'une fois qu'elle se sentira mieux, elle pourrait accepter un suivi en ETP afin de maintenir le changement mais ce n'est pas la priorité aujourd'hui. Elle a un nouveau médecin traitant avec lequel elle établit une relation, il faut donc encourager ce suivi et faire que celui-ci devienne multidisciplinaire. C'est à dire mettre en contact le médecin traitant, le gynécologue, une psychologue et probablement une assistante sociale.

d. Madame D

Le programme lui a permis de prendre conscience de son problème ce qui déjà peut la faire évoluer vers un changement de comportement. Elle était donc au stade d'action jusqu'à trois mois après la grossesse puis a rechuté (« *Je vous avouerais ...j'avais énormément perdu après l'accouchement ... j'avais perdu 15kg ... puis je suis repartie dans mes habitudes...mon train train habituel ... bon j'ai respecté jusqu'à trois mois ce que le Docteur nous avait recommandé puis ... j'ai repris après 3 mois en reprenant le travail* »). Ceci est intéressant, car d'une part, on voit que la patiente a respecté ce que son gynécologue lui a conseillé mais a arrêté à trois mois peut être parce qu'elle y a pensé jusqu'à la prise de sang de contrôle mais qu'après elle s'est sentie libérée. Il aurait peut être fallu rappeler le risque de DT2 futur afin qu'elle prenne conscience qu'il est préférable de

poursuivre le régime même après le contrôle sanguin. D'autre part, elle a repris lorsqu'elle a recommencé son travail donc ce qu'on lui préconisait pendant la grossesse n'est plus adapté à sa vie. Le propre de la prise en charge en ETP c'est de mettre en place un projet personnalisé adapté à la vie de la patiente. Ici, si nous voulons pérenniser le respect des MHD, la situation demande à être réadaptée en fonction de son nouvel environnement.

A ce jour, on pourrait considérer qu'elle est au stade de REFLEXION car elle est très ambivalente. D'un coté, elle dit qu'elle a repris le régime depuis quelques jours (*« dernièrement j'ai eu un petit soucis donc j'ai repris le régime que m'avait donné Artémis »*) puis elle dit qu'elle sait qu'elle ne mange pas correctement et que ce n'est pas sa priorité. En effet, elle est très investie dans son travail (*« faut dire les choses comme elles sont... (le travail) c'est ma priorité... je vais vous dire si je pouvais sauter le repas du midi et m'empiffrer le soir je le ferais... »*).

Madame D attribue la maladie à elle même, elle a donc un LOC interne (*« ce qu'il faut se dire j'avais pas de problème avec la nourriture ... c'est que ... c'était déjà, mon image de moi c'était pas une image valorisée mais dévalorisée...et puis j'étais rentrée dans un système de sédentarisation pourquoi faire des efforts alors qu'on a pas l'impression qu'il faut en faire voilà comment j'explique ma prise de poids... et puis il y a des événements familiaux propre à moi même qui font que ça n'a pas été pas si gai que ça... »*).

Madame D élabore toute seule les solutions à son problème de poids. Elle cite spontanément les ressources dont elle dispose pour changer. Le plus bel exemple est lorsqu'elle parle de son mari : (*« mon mari m'a proposé de faire de la marche... j'ai réfléchi ...on est parti marcher ensemble... » « mon mari ça fait bien longtemps qu'il s'intéresse à notre façon de manger mais j'entendais pas pour autant ce qu'il me disait »*). Elle sait qu'elle nécessite un suivi (*« pour moi le suivi n'est pas terminé ici puisque la relation que j'ai avec la gynéco fait que je serais toujours dans un système de faire attention à ce que je vais faire et de ne pas commettre les erreurs que j'ai commises il y a longtemps...le fait de me dire que j'ai rendez-vous à cette date si j'ai pris du poids je sais que le Docteur va me dire bon bah... mais elle ne sera pas dans le jugement mais elle va me demander ce qui s'est passé... ils vont gratter en profondeur pour savoir ce qui va pas»*) mais comme sa santé n'est pas une priorité elle ne veut pas non plus de suivi trop lourd (*« personnellement plus c'est à petite dose mieux c'est pour moi sachant mon caractère... »*).

Enfin, Madame D insiste à plusieurs reprises sur la dimension psychologique qui n'a pas été prise en charge (*« ce n'est pas tant le changement alimentaire qui m'a gêne c'est plus au niveau suivi psychologique sur plein de choses surtout lorsque on vous a annoncé ce que vous pouvez avoir avant après...« »*). Elle a même donné une sorte d'alerte qui mériterait probablement une prise en charge spécifique (*« il y a des événements familiaux propre à moi-même qui font que ça n'a pas*

été pas si gai que ça... »). Dans ce cas, la patiente a une bonne relation de confiance avec son gynécologue mais pas de suivi par un médecin généraliste, la problématique pour cette patiente serait de l'amener à consulter une psychologue ainsi que de poursuivre le suivi avec le gynécologue en qui elle a confiance. Ou peut être de changer de médecin traitant.

e. Madame E

Madame E est au stade de RECHUTE (*« au début... ça a entraîné des changements ... parce que du coup on a pris l'habitude... puisque les trois derniers mois de ma grossesse j'avais pris les habitudes de manger... puis après l'accouchement ... j'ai fait une césarienne en fait... donc les 3 premiers mois j'étais très entourée ... ma maman était là 24h/24 pour cuisiner pour m'aider ... du coup j'avais beaucoup moins de choses à faire... c'était plus facile de continuer à suivre le rythme etc... et c'est pour ça que j'ai perdu plutôt rapidement tous les kilos que j'avais pris pendant la grossesse... et après à partir du moment où j'ai dû m'occuper moi-même du bébé ... reprendre le travail et après ce n'était plus facile pour moi de suivre...et par paresse aussi je pense... j'ai faim alors je prends ce qu'il y a dans le frigo et voilà... »*)

Madame E connaît très bien les facteurs de risque du DG, elle s'est donc attribuée la maladie, elle a donc un LOC interne (*« quand je suis tombée enceinte j'ai regardé un peu sur internet ... j'ai vu que c'était un risque et en plus je cumulais tous les facteurs de risque ... je suis déjà en surpoids... j'ai le syndrome des ovaires polykystiques et je sais plus qui m'a dit ça ... si c'est le Docteur ou une sage femme mais ... chez les indomusulmans enfin les gens qui ont des origines indomusulmanes à la Réunion ... on fait plus de DG. »*).

Pour Madame E, l'enjeu est le suivi. Mais la prise en charge conventionnelle ne lui correspond pas car, elle est fatiguée d'entendre qu'elle est obèse (*« on a pas forcément envie d'en REdiscuter... on en a déjà parler avec beaucoup de gens alors bon... ça va... »*). En effet, elle est dans un dynamique de contrôle pondéral depuis l'enfance, elle se sent régulièrement jugée dans des prises en charge conventionnelles. Au contraire, la prise en charge en ETP lui permet de s'accepter comme elle est et d'instituer une relation de confiance nécessaire au suivi. Pour illustrer ceci, on a pu remarquer que lorsqu'elle a eu à faire à la remplaçante de son gynéco, elle n'a pas adhéré (*« pour tout vous dire j'avais pris rendez vous avec le Docteur mais je n'ai pas eu de chance... je ne savais pas quand j'ai pris le rendez vous c'était la semaine ou il était en vacances donc j'ai vu une remplaçante, elle m'a dit que je devais perdre un peu de poids... mais ça je le sais... je dois le surveiller... mais on a pas parler de la prise de sang... en fait j'ai pas demandé... j'avais pas trop*

envie parce que ce n'est pas elle qui a suivi ma grossesse... et puis avec le Dr c'est moins dramatique en fait... »). Cette patiente nécessite donc un suivi en ETP pour reprendre puis maintenir son changement de comportement.

f. Madame F

Mme F se sent très peu concernée par le diabète car pour elle, ce n'était qu'une précaution. Au contraire, en ce qui concerne l'obésité Mme F est au stade d'ACTION (*« j'ai toujours eu une alimentation équilibrée et surveillée dû à ma prise de poids très rapide donc du coup je fais tout le temps attention... »*). En effet, elle est obèse depuis son enfance (*« Toujours ... toujours... j'ai toujours eu une corpulence assez importante j'étais pas mince ... depuis que j'ai grandi j'ai toujours eu des soucis de surpoids ... »*), elle connaît les mesures hygiéno-diététiques préconisées et les respecte autant que possible. Elle a un LOC interne.

Elle dit spontanément que pour maintenir les efforts il lui faudrait un suivi multidisciplinaire comme elle a pu bénéficier en métropole. (*« Oui j'en ai besoin, j'en aurait besoin, mais ... ce qu'il y a c'est que j'ai rencontré la diététicienne après mon accouchement mais j'ai pas accroché...donc j'ai pas donné suite... en métropole j'étais suivi par un nutritionniste qui était un sportif également et là j'avais accroché et on a vu du résultat donc oui j'ai besoin d'un suivi mais je n'ai pas trouvé ici quelqu'un avec qui j'accroche donc je préfère le faire toute seule mais du coup j'avance moins vite parce que il n'y a pas ce suivi... qui me manque...j'avais un bon contact avec lui... j'avais les deux ... j'avais le rappel quand j'allais voir le médecin généraliste et un petit suivi par rapport à mon dossier médical et j'avais ce nutritionniste qui était très motivant et qui donnait du résultat... c'est vraiment motivant quand on voit qu'on est suivi ... (pause) »*)

De plus, elle n'a pas vraiment développé d'alliance thérapeutique avec un médecin traitant à La Réunion. En effet, étant dans une problématique de surpoids depuis l'enfance, elle est déçue que le médecin traitant ne lui demande pas de se peser, il perd donc beaucoup de son crédit auprès d'elle (*« Quand on va voir le généraliste avant de s'attaquer au problème et il me semble que c'est important de peser, de prendre la tension... s'il m'avait pesé il aurait peut être fait le lien... il me semble que c'est son rôle... ce serait bien que j'aie le voir pour ça mais le problème c'est qu'il prend sans rendez vous donc quand on voit la salle d'attente on sait quand on rentre mais on ne sait pas quand on sort donc j'ai besoin mais je ne prend pas le temps... »*).

Puis, il y a le problème d'accessibilité du médecin généraliste. En effet, elle serait partante pour consacrer une consultation à faire le point sur son poids et son comportement alimentaire, elle

pense même que c'est un besoin. Cependant, le fait de ne pas pouvoir prendre de rendez vous et donc d'être dans l'obligation d'attendre la fait renoncer. Cela entraîne une réflexion sur le fait que si les consultations sont non programmées, les patients viennent probablement plus pour des problèmes ponctuels mais moins pour un suivi qui peut être systématiquement remis au lendemain. Ne faudrait-il pas consacrer quelques créneaux à des rendez-vous afin que les personnes nécessitant un suivi au long cours puissent accéder plus facilement à la consultation ?.

g. Madame G

La détermination du stade de Prochaska est difficile pour cette patiente. En effet, elle dit avoir réduit ses rations alimentaires mais on remarque rapidement qu'elle mange de façon déséquilibrée et qu'elle ne pratique pas de sport. Nous la plaçons donc dans le stade de REFLEXION devant son ambivalence. Au niveau de l'alimentation, elle parle beaucoup de doses, nous pouvons nous poser des questions sur l'acquisition du savoir concernant l'alimentation. (*« là j'ai pris l'habitude, je sais que puisque j'ai eu le diabète je prenais mes précautions je mange pas beaucoup comme avant. J'ai continué à manger comme pendant la grossesse. Manioc, bananes, pommes de terre aussi ... on fait des frites ou parfois on fait bouillies, viande poisson ou poulet, piments, bouillie de riz avec beaucoup d'eau, parfois on pile et on prépare la bouillie comme ça... »*). En ce qui concerne le sport, elle sait qu'il faudrait en faire, elle y pense mais dit ne pas avoir le temps.

Elle présente un Locus of Control mixte. On pourrait d'abord penser à un LOC externe car la patiente pense que c'est héréditaire (*« je n'ai pas perdu car chez nous on est comme ça... ma mère est grosse donc je pense ... je suis comme elle... »*). Néanmoins, elle accepte également avoir un rôle dans la survenue de son obésité puisqu'elle estime que la sédentarité est également une cause de son obésité (*« avant quand j'étais à l'école je faisais du sport...j'étais mince avant... c'est depuis la première grossesse qui m'a fait grossir...chez nous on reste quarante jours, il y a les tantes qui préparent, elles nous donnent beaucoup, il faut manger beaucoup...c'est à partir de là que j'ai commencé à grossir... »*). Cette patiente observe un suivi régulier chez son médecin traitant, le bilan à trois mois a été réalisé, elle est également suivie pour HTA, risque de syndrome métabolique et complications.

Les soignants doivent favoriser la poursuite du suivi, proposer d'autres programmes à distance afin d'évaluer les connaissances quant à l'alimentation et reprendre les points non acquis. Nous pourrions lui proposer après l'avis de son médecin traitant de s'appuyer sur un réseau de santé

afin de renforcer la prise en charge et poursuivre la sensibilisation vis-à-vis des mesures hygiéno-diététiques. L'enjeu ici c'est l'éducation alimentaire de la famille toute entière (*« Lui (le petit) il mange pas, il prend juste un peu de lait, il mange moins que les autres, si je prépare des compotes il ne mange pas... je fais les mêmes purées que pour les autres mais il ne veut pas manger... de toutes façons les enfants les grands ils ne mangent pas comme nous ... ce que je prépare, ils ne veulent pas donc je prépare pour eux, ce qu'ils veulent et nous on mange autre chose mais c'est surtout dans l'après midi il choisissent ... ils veulent des frites des saucisses... alors je prépare pour eux... »*).

h. Madame H

Madame H est au stade de RECHUTE, elle a été au stade d'action (de façon très stricte) puis a rechuté suite à un manque de soutien. (*« j'ai appris à manger équilibré pendant la grossesse mais ça n'a pas tenu, maintenant je sais comment manger mais j'ai du mal à faire comme pendant la grossesse. Pendant la grossesse à partir du moment où on m'a dit que j'avais du diabète gestationnel j'ai arrêté tout grignotage puis j'ai repris après maintenant je fais moins attention. »*)

Elle a un LOC externe (*« hérédité j'ai des antécédents familiaux avec le diabète donc je me disais que c'était possible... et j'aurais aimé ne pas l'avoir mais j'ai fait avec. »*)

Elle est ambivalente par rapport au médecin traitant en effet, elle dit qu'elle y va quand ça ne va pas, qu'elle ne parle pas du poids avec lui. Puis plus tard, elle dit qu'il lui a dit de maigrir pour diminuer ses gonalgies mais que le régime strict qu'il lui a conseillé ne lui correspond pas. Elle propose que son médecin traitant prenne le rôle de surveillance d'accompagnement afin de pérenniser sa motivation. (*« quand on est tout seule c'est très difficile il faut quelqu'un qui me dise de continuer parce que parfois on a plus envie et c'est compliqué dans mon cas ; c'est comme ça j'ai besoin de quelqu'un qui me dise de continuer que c'est bon pour moi. Mon médecin traitant...ce serait bien qu'il puisse avoir ce rôle là. »*). On identifie un réel besoin de coaching.

**PROPOSITION DE L'EVALUATION DU STADE DE CHANGEMENT POUR CHAQUE
PATIENTE INTERROGEE**

STADES						
PATIENTES	NON- IMPLICATION	REFLEXION	DECISION	ACTION	RECHUTE	MAINTIEN
Mme A		+				
Mme B				+		
Mme C		+				
Mme D		+				
Mme E					+	
Mme F				+		
Mme G		+				
Mme H					+	

VII. LES REPRESENTATIONS DU MEDECIN GENERALISTE

Il est important de préciser que pour les patientes interrogées, les deux entités (médecin généraliste et médecin traitant) sont confondues. En effet, les questions faisaient référence au médecin traitant, et pour toutes les femmes celui-ci est un généraliste. Les questions au sujet du médecin traitant étaient : quel rôle joue votre médecin traitant dans votre façon de vous alimenter ? Dans votre pratique d'activité physique ?

A) Relation au médecin généraliste

a. Absence de suivi chez un médecin généraliste

Trois patientes n'ont aucun suivi chez un médecin généraliste. Si elles ont un médecin référent, elles ne le consultent pas soit parce qu'il n'est plus à proximité soit parce qu'elles estiment ne pas en avoir besoin.

Mme A : « *Le médecin généraliste, je n'y vais jamais...* »

Mme E : « *J'ai un médecin traitant mais il est à Saint Paul donc je ne vais pas le voir...* » en fait j'y vais très rarement... je vais chez le gynéco plus régulièrement que chez le médecin je pense... »

Mme H : *Pour l'instant, il ne me suis pas forcément là dessus en fait...même si je lui en parle de temps en temps mais après ce n'est pas un suivi régulier on va dire...*

b. Absence du médecin traitant dans le suivi de grossesse

Le médecin traitant est parfois exclu de la prise en charge de la grossesse ; soit parce qu'il ne se sent pas capable d'une telle PEC soit parce que les femmes ont décidé d'être suivies chez un gynécologue.

Mme B : « *Je ne l'ai pas vu (le médecin traitant) pendant ma grossesse quasiment pas , j'ai vu que le gynéco, la SF, l'endocrinologue.* »

Mme D : « *J'ai très peu vu mon médecin traitant, il ne suit pas les grossesses* »

Mme H : « *Il le fait (suivre les grossesses) mais c'était ma volonté d'avoir plutôt un spécialiste plutôt que mon médecin traitant.* »

Deux femmes déclarent fréquenter plus leur gynécologue que leur médecin traitant.

Mme A : « *Moi, j'ai trouvé Dr G., je ne veux personne d'autre pour s'occuper de moi en tant que gynécologue et suivi de grossesse. Mais on le voit moins souvent qu'un médecin généraliste.*»

Mme D : « *Je fréquente plus le gynéco que le médecin traitant...* »

C. Chez le médecin généraliste, on y va quand ça ne va pas

On remarque que chez certaines patientes, le médecin traitant intervient de façon ponctuelle lorsqu'un événement aigu apparaît. Celles-ci n'ont pas connaissance du rôle du médecin généraliste dans le suivi médical.

Mme A : « *on n'y va que quand ça ne va pas* »

Mme C : « *si on peut dire suivi ... enfin j' vais le voir quand je vais pas bien* »

Mme H : « *Je vais le voir quand ça ne va pas* »

d. Nécessité d'une relation médecin-patiente de qualité

Mme A : « *Je pense qu'il faut avoir une relation particulière avec le médecin* »

Mme E : « *en fait c'était le médecin de famille après je suis partie faire mes études en métropole...je suis revenue... je n'ai jamais changé ... je n'ai jamais créé de relation particulière avec un médecin...* »

On remarque la notion de relation particulière, celle-ci se définit également dans le temps.

Mme A : « *il faut qu'il nous suive depuis longtemps...c'est difficile ... quand on est suivi depuis petit, on rentre, il nous tutoie, c'est pas évident de retrouver une relation.* »

e. La contrainte de temps chez le médecin généraliste

Mme B : « On parle de tellement de choses en consultation mais on ne parle pas trop d'alimentation et de sport. La consultation dure vingt minutes mais pendant ce temps on sait qu'il y a dix personnes qui attendent dans la salle d'attente...chez le médecin traitant tu viens d'abord pour ton problème et après « et puis je voulais savoir ça ça ça » donc elle répond vite fait et on passe à autre chose voilà... »

Mme F : « Ce serait bien que j'aie le voir pour ça (parler du poids) mais le problème c'est qu'il prend sans rendez vous donc quand on voit la salle d'attente on sait quand on rentre mais on ne sait pas quand on sort donc j'ai besoin mais je ne prends pas le temps... »

B) Les rôles des médecins généralistes/médecins traitants

a. Informer, expliquer, conseiller

Mme A : « Si j'avais eu mon médecin de métropole, oui je serais allée le voir pour parler du diabète et pour lui dire que je n'avais pas été suivie à la maternité et que ça m'agaçait un petit peu. Pour savoir où j'en étais. »

Mme C : « il conseille bien sûr ... de manger sainement...de marcher... de faire un peu de sport...sans plus ... après nous on décide ...si on veut on écoute les conseils ou pas... »

Mme F : « il me sensibilise à chaque fois sur mon poids, il ne me donnait pas de menu il me donnait des conseils et de la surveillance... », « Il m'a incité à faire du sport, il m'a encouragé, [...]il me listait les bienfaits du sport sur le corps. » « il a cette mission là... en tant que médecin il a ce rôle là de conseiller et d'être présent »

Mme G : « Oui il me dit de faire du sport »

Mme H : « il m'a dit qu'il fallait que je perde du poids ... parce que je lui ai dit que j'avais mal au genou ... il m'a dit que la meilleure chose à faire c'était de perdre du poids. »

b. Délivrer de la documentation

Mme A : *Mon médecin traitant me donne de la documentation et me conseille des sites internet, elle m'a parlé très vite du syndrome métabolique puis m'a dit « va te documenter sur internet...comme elle fait à chaque fois de toutes façons...*

Mme H : *« Il m'a donné une feuille de régime à suivre mais... j'ai essayé mais ... c'est pas le type de régime qui me va... c'est un régime à 1500 calories c'est très très strict j'ai eu du mal à suivre donc après j'ai essayé par moi même de réduire les quantités »*

c. Connaître la patiente et son environnement

Mme B : *« Mon médecin traitant connaît aussi bien l'état de ma mère et sa pathologie, autant elle connaît mon état psychologique, elle sait en terme de poids si ça va ou si ça ne va pas, aussi sur l'alimentation.»*

Mme F : *« si j'avais pris un ou deux kilos, il me demandais ce qu'il c'était passé... on parlait beaucoup de ça puisqu'il savait que j'avais des soucis à ce niveau là », « C'est quand même un docteur qui est très proche de ses patients c'est vraiment le médecin de famille qu'on recherche en fait... il nous connaît presque par cœur ... à qui on confierait tout donc...[...] et après comme il connaissait mes soucis donc je pense qu' il accentuait un peu plus...je pense parce que quand j'allais le voir ce n'était pas pour ça et ça revenait à chaque fois donc il a ce rôle là... »*

d. Être à l'écoute

Mme B : *« Elle est très ouverte et à l'écoute. »*

e. Orienter, déléguer

Mme B : *« Elle savait que j'étais très bien suivie par l'endocrino...après si j'ai des angoisses j'l'appele. »*

f. Suivre, surveiller

Mme B : « on fait les bilans sanguins mais on n'en parle pas plus que ça c'est que quand ça va pas qu'on refait le point et on regarde ce qui ne va pas dans mon alimentation. On se voit à peu près tous les trois mois car j'ai un traitement asthmatique et la pilule donc quand il y a la pilule c'est bilan systématique...donc si ça va, on n'en parle pas, c'est que c'est bon et que j'arrive à gérer par contre... si la glycémie est trop élevée on en parle ... il va falloir revoir ça et ça ... »

Mme F : « mon médecin en métropole il avait le rôle de surveiller mon poids à chaque fois que j'allais le voir, je n'allais pas le voir souvent mais il contrôlait sans cesse mon poids »

« Quand on va voir le généraliste avant de s'attaquer au problème et il me semble que c'est important de peser de prendre la tension... s'il m'avait pesé il aurait peut être fait le lien... il me semble que c'est son rôle... ce serait bien que j'aie le voir pour ça mais, le problème c'est qu'il prend sans rendez vous donc quand on voit la salle d'attente on sait quand on rentre mais on ne sait pas quand on sort donc j'ai besoin mais je ne prend pas le temps... »

Mme H : « la pesée chez le médecin ça permet de faire un suivi et c'est l'occasion d'en discuter. »

g. Aucun rôle dans la mise en place des mesures hygiéno-diététiques

Mme A : « aucun je ne le vois pas »

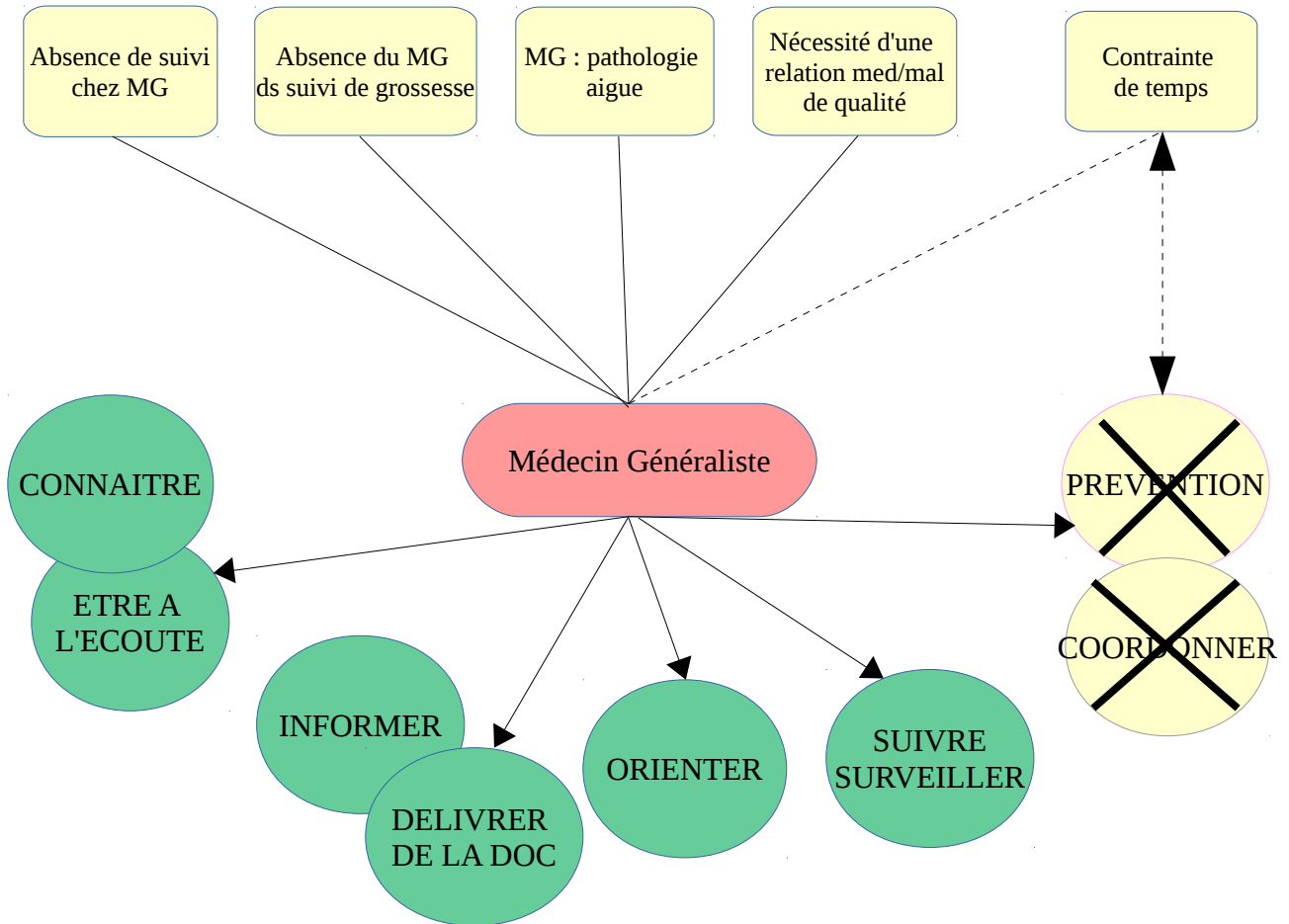
Mme D : « aucun rôle pour l'alimentation ou le sport, je vais le voir soit pour mes enfants ou si je suis grippée ou si j'ai quelque chose qui me fait mal. On parle de pas mal de choses mais pas d'activité physique en soi, après c'est une démarche de ma part ; l'origine ne vient pas du milieu médical. »

Mme E : « il ne joue aucun rôle...je n'y vais jamais »

Mme H : (le médecin a-t-il joué un rôle dans votre pratique d'activité physique?) « Non du tout c'est ma propre volonté à moi de faire de la marche, je travaille en ville donc c'est plus intéressant d'y aller à pied. Le médecin me disait de faire du vélo mais bon il faut avoir un abonnement ou un vélo, chose que je n'ai pas donc je préfère faire de la marche », « le médecin ne me parle pas du tout de mon poids. »

RESUME DES REPRESENTATIONS DU MEDECIN GENERALISTE

RELATION AU MEDECIN GENERALISTE



RÔLES DU MEDECIN GENERALISTE

DISCUSSION

I. DISCUSSION AUTOUR DE LA METHODE

A) Biais et limites

a. Biais d'analyse

Le codage des verbatims a été effectué par l'auteur seul laissant une marge de subjectivité à cette étude. Le codage axial a été relu par un autre chercheur afin de limiter ce biais.

L'analyse thématique a été réalisé manuellement, cette méthode est peut être limitative par rapport à une analyse par logiciel informatique.

b. Biais d'interprétation

L'analyse des entretiens en particuliers la détermination des stades de Prochaska impliquent une certaines part de subjectivité de la part du chercheur. Néanmoins, une triangulation des données à été réalisée afin de limiter ce biais.

c. Biais de mémorisation

La mémoire sélectionne des faits et des impressions et en écarte d'autres. Chacun retient ce qui est significatif pour lui. De ce fait, le discours des patientes sur leur vécu du DG et du programme a été dilué au cours du temps.

d. Biais lié au volontariat

Les patientes qui ont accepté un entretien concernant le programme ont peut-être une meilleure impression que celles qui ont refusé. En effet, il est licite de penser que si la patiente n'a pas trouvé de bénéfice ou a mal vécu la prise en charge, elle sera probablement plus réticente à accepter un entretien concernant ce programme.

e. Biais lié au lieu du recueil de données

Les patientes ont été interrogées à la maison de santé « Artémis » ce qui constitue un biais puisqu'on peut supposer qu'elles n'auraient pas osé faire de critiques négatives. Néanmoins, il était bien précisé que l'enquêteur était extérieur à la structure et que le but était de recueillir leurs ressentis afin d'améliorer le programme. Il s'avère que d'une part, les femmes étaient plutôt contentes de revenir sur les lieux du programme et d'autre part, qu'elles avaient déjà réfléchi aux critiques constructives qu'elles voulaient transmettre.

f. Biais lié au lieu géographique

Cette étude est monocentrique c'est à dire que les patientes interrogées ont toutes participées au même programme d'ETP. On ne peut donc pas généraliser les résultats à l'ensemble des programmes d'ETP de l'île. De plus, le programme est réalisé en milieu urbain, on peut donc supposer que les patientes vivent elle-même en milieu urbain ou semi-urbain. On ne peut pas étendre cette analyse au milieu rural.

B) Force et originalité

a. La méthode qualitative, un outil de recherche en médecine générale.

Faire une thèse qualitative était un choix de prédilection. La médecine générale étant désormais une spécialité à part entière, les professionnels de cette discipline se doivent de développer son universitarisation. L'avenir de cette discipline repose en priorité sur la production de travaux de recherche. La méthode qualitative est très adaptée à la recherche en soins primaires puisqu'elle se prête bien à l'étude de phénomènes complexes et mouvants. En effet au lieu de voir la réalité comme uniforme, la recherche qualitative la considère comme changeante ; au lieu de chercher à en diminuer la variété, elle cherche plutôt à en démontrer la diversité ; au lieu de chercher le plus petit dénominateur commun, elle est à la recherche de sa multiplicité (32).

De plus, la médecine générale revendique être une discipline centrée sur le patient mais sa recherche est principalement centrée sur le médecin (33). L'objectif premier de ce projet était

d'apprécier les ressentis, les vécus des patients sur l'ETP. En effet, l'éducation thérapeutique se développe énormément, les médecins en parlent beaucoup, les études montrent que c'est efficace mais que perçoivent les patients ?

La méthode qualitative est une méthode rigoureuse qui répond à des critères de qualité. Dans cette étude nous avons tenté de correspondre aux critères de qualité tels que la saturation et la triangulation des données. Cette étude qualitative apporte un éclairage sur les études quantitatives concernant l'ETP et complète les résultats des autres travaux qualitatifs (comme celui du vécu du DG).

« C'est par la subjectivité poussée à son paroxysme qu'on touche à l'objectivité » Michel Leiris, L'Afrique fantôme (1934)

b. Étude du vécu

Peu d'études s'intéressent au vécu du diabète gestationnel pourtant, il conditionne le comportement des femmes en post-partum. De plus, les programmes d'éducation thérapeutique sont évalués d'une part, en terme d'efficacité sur les paramètres biomédicaux et d'autre part par les professionnels eux-mêmes. Nous avons trouvé peu d'études s'intéressant au vécu des patients vis-à-vis d'un programme d'ETP; aucune n'a été réalisée à La Réunion.

c. Objectif d'amélioration des pratiques

Ce que l'on a pu découvrir au cours des entretiens est que comme dans le concept de l'ETP, les patientes peuvent elles-mêmes élaborer des perspectives d'évolution.

Ce programme autorisé le 23 novembre 2012 a été mis en œuvre en 2013. Il entre en 2016 dans la procédure de renouvellement sous tendue par une évaluation visant à l'amélioration. Le personnel procède à des auto-évaluation du programme. Néanmoins, la participation du chercheur extérieur et des femmes concernées offre des points de vue différents et ouvrent d'autres perspectives.

Enfin, le régulateur (l'ARS-OI) souhaiterait se faire un jugement du programme fondé en particuliers, sur des analyses d'ordre qualitatif et quantitatif. Notre étude pourra apporter des

éléments qualitatifs qui permettront d'améliorer la réponse aux besoins des femmes présentant un diabète gestationnel.

II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

A) Vécu du programme d'ETP

- **L'aspect relationnel**

L'aspect relationnel est au premier plan. Les femmes retiennent surtout la façon dont elles ont été reçues, accompagnées et soutenues. Elles décrivent un endroit où elles peuvent se « décharger de leurs angoisses ». Dans l'étude de M. André, l'anxiété est diminuée après programme car 39,3% des patientes étaient anxieuses avant le programme et seulement 28,6% le reste après le programme. Néanmoins, chez les non anxieuses, 75,3% des femmes sont restées non anxieuses alors que 15,1% le sont devenues. Ce qui laisse supposer que le fait de mieux connaître la maladie, ses complications et son traitement peut être anxiogène pour certaines femmes.

De plus, les femmes interrogées parlent du travail qu'elles ont accompli sur elle-même. La problématique de l'image corporelle est très présente puisque toutes ces femmes sont obèses. Certaines parlent de réassurance, d'augmentation de l'estime de soi; ce qui appuie les résultats de l'étude précédemment citée où 91,8% des patientes ont été rassurées par les professionnels du programme d'ETP (34).

- **L'aspect technique**

Grâce à notre étude, nous constatons que les femmes ont appris des notions de diététiques ainsi que des gestes techniques tels que l'autosurveillance glycémique (voir compétences développées) mais tout ceci reste au second plan et passe après le soutien, l'aide et l'accompagnement psychologique. Pourtant, une étude évaluant un programme d'ETP au CHU de Besançon montre que le principal point faible est une prise en charge éducative très centrée sur les aspects techniques (surveillance des glycémies capillaires) et diététiques (35). Ceci montre encore une fois l'importance de la prise en charge psychologique lors des programmes d'ETP.

- **La perception des femmes des principes de l'ETP.**

Lors de l'analyse nous avons constaté que les patientes opposaient régulièrement la prise en charge du programme à d'autres prises en charge classiques chez un médecin généraliste ou

spécialiste. Elles ont apprécié de ne pas se sentir jugé, ce qui nous renvoie à la problématique de la personne obèse et son image corporelle. Ceci est encore plus perceptible chez les femmes obèses depuis l'enfance. Le fait de se sentir jugée (ce qui revient fréquemment) peut constituer un frein à l'observance et développer des résistances chez la patiente. Cette posture neutre, compréhensive a d'une part, été perçue par les patientes et d'autre part, est indispensable à la mise en place d'une alliance thérapeutique. Il est important de noter que les patientes ont perçu cette prise en charge comme personnalisée, adaptée à leur vie puisque c'est le propre de l'ETP. De plus, elles qualifient le personnel ouvert, à l'écoute, compréhensif et tolérant.

Pour conclure, le programme respecte les principes de l'ETP, ceci a été remarqué et apprécié par les patientes.

- **Les compétences développées**

Nous avons fait apparaître cette catégorie car nous nous sommes intéressés aux perceptions des femmes. Elles retiennent avoir appris les bases d'une alimentation équilibrée, le nombre de repas recommandé par jour et les gestes techniques (ASG). C'est intéressant de savoir si les femmes ont l'impression d'avoir appris des choses néanmoins, nous ne pouvons pas conclure par rapport à leurs acquisitions. C'est pourquoi, nous proposerons dans les perspectives des ajustements en vue d'une évaluation quantitative des connaissances des femmes.

- **Satisfaction par rapport au programme.**

Les femmes de notre étude sont globalement satisfaites du programme lors de l'évaluation finale et un an plus tard. La thèse de Audinet J. qui évalue l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique concernant des patients diabétiques de type 2 montre que 98,5% des patients sont satisfaits, 97% le conseille à un ami. Une efficacité métabolique a également été retrouvée avec une baisse de 0,8 point de l'HbA1c (36). Nos résultats sont concordants quant à la satisfaction des patientes.

- **Le programme doit s'intégrer dans une continuité des soins.**

Comme nous l'avons déjà vu, après l'accouchement, l'objectif est double : premièrement, prévenir la survenue d'un diabète de type 2 chez la mère et deuxièmement, de prévenir l'obésité

chez l'enfant

On sait qu'une femme ayant eu un DG a 7 fois plus de risque de développer un DT2 par la suite (12), on sait également qu'un enfant né de maman diabétique a 2 fois plus de risque d'être obèse (11). Néanmoins, la prise en charge de la maman pendant la grossesse montre que l'on peut minimiser ces risques. En effet, une étude randomisée chez les femmes présentant un DG montre qu'une intervention avec contrôle étroit de la glycémie comparée à une intervention minimale permet une diminution de 36% du risque d'obésité des enfants à 9 ans (37). De plus, une étude s'intéresse à la prévention de l'obésité de l'enfant par un programme d'éducation thérapeutique chez la femme enceinte obèse ou en surpoids. Une intervention basée sur l'éducation thérapeutique nutritionnelle chez des femmes en surpoids, débutée après 3 mois de grossesse semble limiter le nombre de mères et d'enfants en surpoids à 2 ans (38).

On constate aisément que l'enjeu est double : il concerne à la fois la mère et l'enfant. Les femmes interrogées sont toutes obèses et ont toutes un antécédent de DG. Elles ont été prises en charge de façon efficace donc théoriquement, nous avons réduit les risques de survenue de complications alors pourquoi ne pas pérenniser cette démarche si bien initiée ?

Il paraît décevant que les femmes « abandonnent » car c'est en partie par leur biais que les enfants s'alimenteront sainement. Il apparaît clairement la nécessité de mettre en place un suivi conjoint de la mère et de l'enfant dans des structures éducatives concernant l'alimentation et l'activité physique. Une étude montre qu'un programme d'ETP concernant l'activité physique favorise la pratique de celle-ci à 12 mois chez les diabétiques de type 2.

Pour une continuité des soins de qualité, le premier levier pour améliorer la coordination et le suivi est la coordination avec le médecin traitant. En effet, dans une étude qualitative réalisée autour d'un programme d'éducation thérapeutique concernant les patients ayant un DT2 (Deltadiab), il a été montré que le point principal à améliorer serait la coordination avec le médecin traitant afin d'intégrer durablement leur prise en charge en ETP au sein de leur parcours de soins (39). Nous verrons plus loin quels outils nous disposons pour optimiser cette coordination inter-professionnelle.

B) Les représentations du diabète gestationnel

La connaissance des représentations populaires de la maladie permet de comprendre certaines conduites thérapeutiques ou préventives qui paraissent irrationnelles aux yeux du médecin, mais qui ont néanmoins leur propre rationalité et leurs logiques sociales. Le patient acteur de santé, partenaire, et éduqué détient un savoir (certains préfèrent parler de croyances) sur son corps et sur la maladie. On ne peut pas faire abstraction de ce savoir profane et vouloir accomplir un « transfert de savoir ». Il semblerait plus réaliste de parler de négociation, de transaction des savoirs et des modèles explicatifs de la maladie (34).

Dans notre étude qualitative, nous notons que les femmes se représentent le DG comme une maladie de la grossesse qui concerne le sucre et pour certaines l'insuline. Néanmoins, les femmes ont mieux retenu les conséquences si elles se sont senties concernées par le DG. En effet, la prise de conscience est indispensable pour que la femme s'approprie la maladie et adopte un comportement adéquat vis-à-vis de celle-ci. Si la femme ne se sent pas concernée, elle ne peut prendre conscience des conséquences ; dans ce cas, elle ne changera pas de comportement, puisqu'elle ne fait pas le lien entre son comportement et la maladie. C'est pourquoi, il serait probablement intéressant de déterminer les représentations de la maladie lors du DEP.

Lors de l'analyse des représentations, deux points essentiels nous ont paru important à développer : ce sont les représentations des causes de la maladie que nous aborderons grâce au « locus of control » et la perception du risque santé.

- **La notion de « locus of control »**

Les anthropologues Zempléni et Sindzingre ont montré que le diagnostic de maladie, dans la pensée profane, comporte quatre opérations et questions correspondantes : quelle maladie ? Comment est-elle survenue ? Qui ou quoi l'a produite ? Pourquoi moi ? Dans la terminologie qu'ils proposent, la cause est le moyen (le mécanisme) qui engendre la maladie, l'agent causal est ce qui détient la force efficace pour produire la maladie, et l'origine est l'événement ou la conjoncture historique dont la reconstruction rend intelligible l'irruption de la maladie dans la vie des individus(35).

Nous nous sommes donc intéressés à la notion de « locus of control ». Celle-ci reflète les représentations des causes de la maladie. Sur ce point, les femmes sont souvent confuses, elles ne

savent pas exactement quelle est la cause du DG. Chacune élabore des théories pour tenter de comprendre. Certaines pensent que le DG découle de l'hérédité, d'autres pensent que c'est dû à leur alimentation. Le locus of control est important à identifier car il conditionne l'adhésion au traitement. Il a pour objectif de comprendre la patiente et ensuite lui faire prendre conscience qu'elle peut agir sur sa santé. Ceci envoie au sentiment d'efficacité personnel.

Le LOC est uni ou multidimensionnel, plusieurs échelles existent mais... on ne peut pas faire de continuum exact entre LOC et anxiété, désir de contrôle et comportement. Néanmoins, nous pouvons agir par exemple :

- Si la patiente a un LOC interne très fort qui entraîne une anxiété l'empêchant d'agir.
- Si la patiente a un LOC externe qui ne lui permet pas d'agir parce qu'elle pense qu'elle est impuissante face à ce qui lui arrive.

Aucune échelle ne serait bénéfique (perte de temps pour classer mais qui n'entraîne pas de réponse claire). Il est donc licite d'explorer les représentations des femmes et de dépister un comportement incompatible avec le changement.

- **La perception du risque santé**

Dans notre étude, nous constatons qu'en général (6/8), les patientes ont connaissance du risque de développer un DT2. Néanmoins, deux des patientes n'ont pas connaissance de ce risque. L'ont-elles connu puis oublié ? L'ont-elles jamais intégré ? Dans les deux cas, les femmes ne se sentaient pas très concernées par le diabète.

Dans une étude publiée en 2014, il est démontré que la perception des femmes du risque de développer un diabète de type 2 est faible. Les auteurs proposent d'accroître les connaissances pendant le suivi de grossesse et de tenir compte du niveau de formation des patientes (36). Ce qu'il faut noter, c'est que les femmes interrogées n'avaient pas bénéficié d'un programme d'ETP.

Dans l'étude de B. Kaiser, le sentiment de compétence ainsi que le niveau de connaissance sur les mesures de prévention ne semblent pas en cause dans le manque d'adhérence aux mesures de prévention hygiéno-diététiques. Les résultats montrent en effet que l'immense majorité des femmes connaît les règles diététiques de base à adopter pour prévenir le diabète (88%) ainsi que la nécessité d'une activité physique régulière (83%). De plus, 62% d'entre elles sait que le fait d'avoir eu un diabète gestationnel est un facteur de risque de développer un diabète dans le futur. En revanche, elles sont seulement 12% à se considérer elles-mêmes comme étant à fort risque de développer un DT2 dans les années à venir (37). Ces chiffres relatifs à la perception du risque illustrent un phénomène psychologique intéressant appelé optimisme comparatif (croyance que son avenir sera

meilleur que celui des autres) qui pourrait expliquer une difficulté à changer ses habitudes de vie après un diabète gestationnel.

La perception du risque santé est très important puisqu'il conditionne d'une part, la motivation à pérenniser le changement et d'autre part, l'adhésion au suivi post-partum en particulier, la surveillance de la glycémie et de l'HbA1c à trois mois.

Dans tous les cas, seul le patient peut faire évoluer ses croyances ; le soignant en adoptant une posture éducative va être un facilitateur.

C) Vécu du diabète gestationnel

A l'annonce de la maladie nous avons identifié deux types d'émotions ressenties par les patientes. La première est « la surprise » en effet, certaines femmes ne s'attendaient pas à avoir un diabète même si elles étaient en surpoids. D'autres sont déçues, elles doivent faire le deuil d'une grossesse normale. On remarque que la déception concerne les femmes qui avaient été bien informées au sujet du dépistage. Elles avaient identifié leurs facteurs de risque et donc avaient conscience de leur propre risque de développer un DG.

Ces sentiments ont été décrits dans une étude menée sur 122 patientes prises en charge par le département d'endocrinologie, diabétologie et nutrition d'Angers pour diabète gestationnel. Celle-ci montre qu'à l'annonce de la maladie 66,4% des femmes sont surprises (38).

Dans notre étude, l'inquiétude est au premier plan, on note un degré de profondeur dans les émotions. Ça va de la simple inquiétude jusqu'au stress dépassé. L'inquiétude est très présente chez les femmes ayant un DG comme le suggère cette dernière étude qui trouve que 47% des patientes sont inquiètes à l'annonce de la maladie .

Nous constatons également que certaines patientes ne sont pas inquiètes, dans cette même étude, les chercheurs ont déterminé que 41,7% des patientes ne sont pas anxieuses.

Très peu d'études explorent le vécu du DG, nous comparons nos résultats toujours à cette étude d'Angers où les notions de difficulté, de contrainte et de fatigue sont retrouvées. En effet, ces notions sont abordées dans l'étude du vécu de la surveillance. Ils évaluent ces notions en fonctions du type de traitement et du début de la prise en charge. Les patientes semblaient moins anxieuses après plusieurs semaines de surveillance mais elles seraient plus fatiguées en cas de prise en charge précoce ou en cas d'insulinothérapie . Le régime était difficile pour 41,3% des patientes et 77,2% ont fait des écarts de régime. La surveillance glycémique semblait plus contraignante pour les

femmes de moins de 35 ans, en surpoids, prises en charge au premier trimestre et traitées par insuline (39).

Après l'accouchement, les femmes se sentent en général soulagées. Elles disent être débarrassées tout en ayant conscience (pour certaines) que le diabète peut revenir lors d'une prochaine grossesse ou plus tard.

On note la culpabilité de certaines patientes, ce qui est en lien avec la notion de locus of control. En effet, la perception d'une personne de l'implication qu'elle a dans la genèse de sa maladie induit différents types de sentiments. Si son implication est élevée, elle peut se culpabiliser. De plus, ce sentiment est aussi retrouvé lorsque les femmes font des écarts de régime. Au contraire, si la patiente ne perçoit pas son implication dans la maladie et qu'elle considère que celle-ci vient de l'extérieur, elle pourra ressentir de la colère ou être révoltée.

Une des patientes s'est sentie abandonnée après l'accouchement mais, on ne peut pas relier directement ce sentiment au DG. Aussi, nous pouvons penser à un « baby-blues » qui est très fréquent (50 à 75% en fonction des études). Il n'y a pas d'étude montrant un lien entre DG et babyblues. Une revue de la littérature montre que l'apparition d'un baby blues est indépendante des difficultés propres à la mère, tel un travail long et douloureux, bien qu'ultérieurement elle puisse en garder un mauvais souvenir. En revanche, les troubles ou maladies de l'enfant, l'inquiétude des enfants laissés à la maison apparaissent au premier plan (40).

D) Freins et motivations

Nos résultats montrent que les freins à la pérennisation des MHD concernent d'une part, la patiente elle-même : manque de temps, manque de motivation à cuisiner, mauvaise estime de soi et d'autre part, son environnement : tentations lors de repas à l'extérieur (famille, travail), isolement socio-affectif ou sentiment de nocivité des aliments vendus à La Réunion. Les femmes décrivent des freins à l'activité physique comme le manque de temps, l'impossibilité de faire garder les enfants. C'est d'après elles, un manque d'organisation. Elles ne citent pas l'obésité alors que cet état constitue un frein « physique » en tant que tel. En effet, une étude révèle que les personnes obèses sont réticentes à la pratique d'un sport puisqu'il se sentent en incapacité, qu'ils ont une mauvaise tolérance à l'effort, un manque de motivation et des douleurs (41).

La grossesse est un frein à la pratique physique alors qu'il est recommandé de pratiquer des activités physiques douces. Un antécédent de césarienne constitue également un frein à la reprise

précoce d'une activité sportive après l'accouchement. Certaines femmes n'ont toujours pas repris plus d'un an après l'accouchement ; elles déclarent qu'elles ne pouvaient pas puisqu'elles avaient eu une césarienne. Il conviendrait de déterminer en terme de temps la contre-indication à l'activité physique après une césarienne.

Les motivations pendant la grossesse sont clairement explicitées par les personnes interrogées, elles étaient motivées par leur bébé : elles ne voulaient pas qu'ils aient de complications. Pour plusieurs d'entre elles, la motivation était accentuée par la peur de l'insuline. Elles respectaient le régime afin d'éviter le recours aux injections. Plusieurs études concernant le respects des mesures hygiéno-diététiques chez les diabétiques de type 2, montrent que la peur est vécue comme une difficulté néanmoins, une thèse portant sur les représentations des diabétiques de type 2 vis-à-vis des MHD constate qu'au contraire que la peur de l'insuline motive les patients à observer les MHD (42).

Cette motivation est donc dépendante de la grossesse. Elles expriment spontanément les conditions nécessaires à un comportement adéquat ; elles considèrent qu'il faut être dans un état psychologique satisfaisant, avoir un soutien familial ainsi qu'un suivi médical.

Une revue de littérature publiée en 2013 montre qu'après un DG, les femmes ont en général beaucoup de difficultés à adopter des comportements de santé adaptés à la prévention du diabète de type 2. Un manque de connaissance relatif aux mesures de prévention hygiéno-diététiques, associé à une faible perception du risque pour soi-même de développer un diabète dans le futur conduirait à une faible motivation à changer ses habitudes de vie. Et quand la motivation est bien présente, un manque de soutien social (de la part de la famille, du conjoint, du réseau social au sens large, mais aussi des professionnels de santé) associé à un faible sentiment de compétence personnelle serait à l'origine d'une adhérence limitée aux mesures de prévention dans le post-partum après un diabète gestationnel (43).

Une étude prospective en cohorte réalisée entre 2011 et 2013 à Genève montre qu'en fin de grossesse, plus de 70% des femmes interrogées présentent une motivation modérée à forte d'adopter des habitudes de vie saine après leur accouchement. En revanche, à 6 mois post-partum, seul 36% d'entre elles présentent un niveau d'activité physique et une alimentation compatibles avec une prévention du diabète de type 2. Le seul facteur qui entre en jeu dans la mise en place de comportements de santé adaptés dans le post-partum après un diabète gestationnel est le soutien social. Les femmes interrogées évoquent en ce sens le peu d'occasions qu'elles ont de pouvoir faire garder le ou les enfant(s), le manque d'aide pour les tâches domestiques (soutien social matériel), le manque d'implication de leur conjoint (soutien affectif et d'estime), leur isolement social parfois.

Les femmes rapportent également qu'elles auraient besoin de consultations centrées sur la structuration spécifique de leur alimentation, les types d'aliments à privilégier ou encore la taille des portions (soutien social informatif) (44).

Il est admis que la motivation est un état provisoire lié à la personnalité de l'individu, à son activité propre et à son environnement, ainsi il est important notamment dans l'ETP. Ainsi, il est important d'agir sur les différents aspects liés à la motivation pour la renforcer, la maintenir, et ainsi encourager et soutenir le patient à agir au mieux pour sa santé. En pratique, quels outils peuvent aider le praticien à travailler avec le patient sur sa motivation ?

Les sciences de l'éducation ont reconnu depuis longtemps que, dans tout travail d'enseignement, les portes doivent toujours s'ouvrir « de l'intérieur ». Cette réalité peut sans aucun doute être appliquée aussi à l'interaction médecin-patient. Le médecin peut certes, dans un but thérapeutique, encourager un changement d'attitude, mais c'est en définitive le patient qui doit initier le processus. Nous avons beau être d'excellents motivateurs et des portiers attentifs, si le patient empêche l'ouverture de la porte de l'intérieur, nos efforts resteront vains, voire contre-productifs. Mais, comment savoir si le patient est prêt à l'ouvrir de l'intérieur (préparation à l'action) ou s'il s'y oppose (pré-contemplation ou pré-réflexion) ? Est-il en train d'étudier le mécanisme d'ouverture (contemplation ou réflexion) ou est-il en pleine dépression derrière sa porte, parce qu'elle est restée trop longtemps entrouverte et s'est brusquement refermée malgré lui (rechute) ?

Le modèle de Prochaska et Di Clemente nous permet, au sens figuré, de « jeter un coup d'œil par le trou de la serrure ». Ce regard doit nous permettre par la suite de préparer plus efficacement notre travail de motivation avec l'aide du patient, naturellement ! L'erreur que l'on observe le plus souvent dans le travail de motivation tient à l'absence de prise en compte du stade du processus de changement de comportement dans lequel se trouve le patient. Souvent, les patients reçoivent des conseils sur la manière de modifier concrètement leurs comportements, alors qu'ils ne se trouvent en fait qu'en phase de formation de l'intention (contemplation) ou, pire, sans aucune intention (pré-contemplation).

Nous avons donc cherché à identifier les stades de chaque patiente d'une part, pour déterminer le maintien ou non des MHD mais également, pour montrer qu'elles se trouvent toutes dans des stades différents. Ceci signifie que l'on ne peut pas proposer la même prise en charge à

toutes les patientes.

L'intervention médicale doit être adaptée au stade du processus de changement et poursuivre deux objectifs prioritaires :

- Faire avancer le patient dans la démarche du changement de comportement
- Renforcer l'auto-efficacité (45).

Au stade de NON-IMPLICATION, l'intervention médicale est d'abord tenter d'informer, de susciter le doute, de susciter une intention. La réaction la plus fréquente que nous médecins avons dans une telle situation est déphasée : nous donnons des conseils sur la manière de perdre du poids, nous remettons au patient toutes sortes de documentations sur une alimentation équilibré, etc. Le résultat de ce genre d'intervention médecin-patient suscite en général des résistances qu'il ne faudrait pas voir comme une attitude négative du patient mais, bien plus comme un feedback négatif de notre façon d'aborder le problème. Une résistance survient en réponse à une intervention non adaptée à la phase du processus de changement de comportement dans laquelle se trouve le patient. A ce stade, il conviendrait d'apaiser toute résistance et de susciter des attitudes positives chez le patient.

Au stade de REFLEXION, on choisira ses mots avec le plus grand soin. L'incitation médicale peut être contre-productive, comme dans le stade précédent. La devise du traitement est ici la suivante : patience, ne pas « mettre de pression ». Les «contemplateurs» sont dans une phase de préparation et il faut absolument éviter de les détourner de ce chemin.

Au stade de DECISION : L'empathie et les encouragements sont utiles à ce stade. L'encouragement se traduisant par un résultat probant augmente l'estime de soi et la confiance que le patient a dans ses propres capacités. Comme l'écrit J. Frick dans son ouvrage intitulé « La force de l'encouragement », des encouragements réguliers, rendent les gens capables d'évoluer. Sans encouragement, les individus sont en revanche très peu à même de modifier leurs comportements. Des encouragements appuyés induisent une dynamique positive, susceptible de générer une amélioration de l'auto-efficacité. Nous devons à ce stade proposer au patient de négocier des objectifs ensemble.

Au stade d'ACTION : Les patients ont souvent moins besoin de l'aide du médecin. Ils sont soit livrés à eux-mêmes (auto-encouragements), soit confrontés aux interactions avec leur entourage

proche (influences externes encourageantes ou décourageantes). Rien n'est acquis à ce stade, car ce n'est qu'à ce moment-là qu'apparaît clairement pour le patient et son entourage la véritable signification d'un changement de comportement. Il est en général utile de questionner le patient à la consultation sur les expériences qu'il vit dans cette période et de manifester une certaine empathie à son égard.

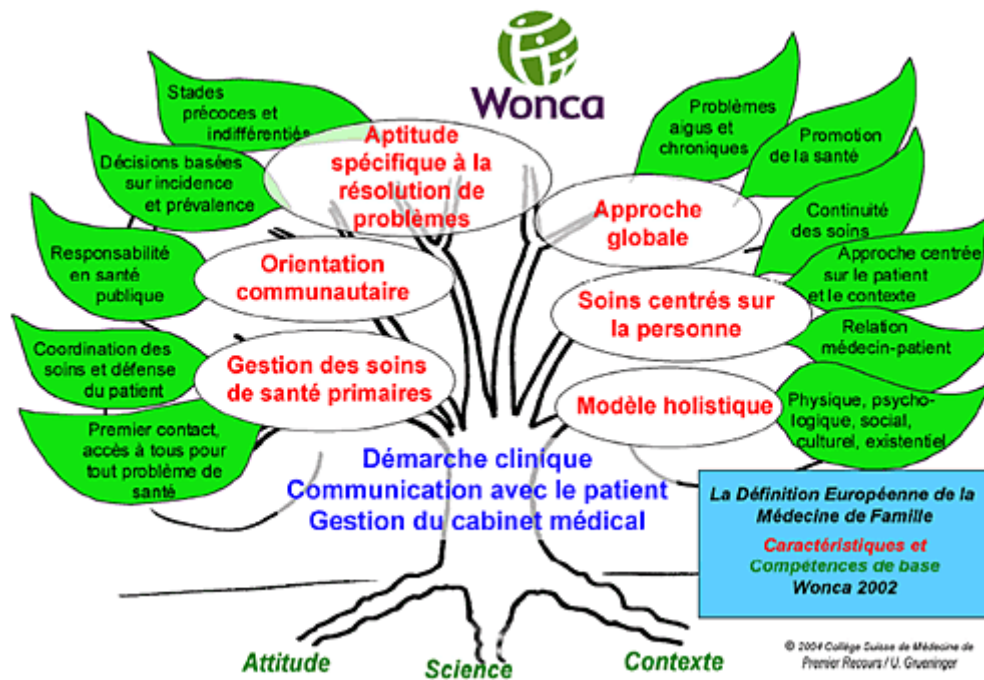
Au stade de MAINTIEN : Il suffit, sur le plan du suivi, d'accompagner le processus de changement et de proposer de l'aide en cas de besoin. Les rendez-vous peuvent normalement être espacés à ce stade et le patient ne prendra contact qu'en cas de période critique.

Il est important en cas de RECHUTE d'expliquer au patient concerné que cela n'indique aucunement un échec. Les rechutes sont inhérentes à tout processus de changement. Il est donc utile, lors de la discussion avec le patient à propos d'une rechute, de lui soumettre la figure du modèle de Prochaska et d'attirer son attention sur le fait que des rechutes ne surviennent que chez quelqu'un qui a déjà beaucoup progressé dans son processus de changement de comportements. Le point positif réside dans le fait que les patients ont d'évidence réussi à traverser plusieurs phases d'un processus de changement. L'aspect central de l'analyse d'une rechute ne concerne donc pas tant les modalités de cette rechute que les points positifs qui l'ont précédée et qu'il convient de valoriser. Au cours de cette phase, le travail de motivation consiste à essayer d'identifier les propos internes négatifs et à les transformer en un dialogue positif. Il faudra avec lui analyser les causes et rappeler les succès.

« Les rechutes font partie intégrante des processus de changement. » Lacroix A. 2007

E) Représentations du médecin généraliste

La WONCA Europe (World Organisation of Family Doctors) a publié en 2002 la définition européenne de la médecine générale. Celle-ci repose sur onze caractéristiques : le premier contact, la coordination des soins, l'approche centrée sur le patient, la relation médecin-malade dans le temps, la continuité des soins, la décision basée sur l'incidence et la prévalence en soins primaires, l'aigu et le chronique, le stade précoce et indifférencié de maladies, la promotion et l'éducation pour la santé, la responsabilité en santé publique ainsi que la réponse adaptée au bio-socio-culturel. En 2015, ces caractéristiques ont été enrichies d'une 12^{ème} composante qui met en exergue la responsabilisation du patient (46).



- **Les rôles du médecin généraliste**

Informier, conseiller

Les femmes que nous avons interrogées se représentent le médecin généraliste comme un professionnel qui informe, explique et donne des conseils. Elles considèrent également que le médecin peut donner de la documentation et qu'il peut orienter des recherches sur internet pour compléter ses informations. Ces constatations sont en accord avec une étude menée en Lorraine et explorant les représentations sociales du médecin généraliste dans la population générale. Plus d'une personne sur deux considère le MG comme un conseiller (47).

Orienter mais pas coordonner

Dans notre étude, les femmes voient le MG comme un premier recours en cas de problème puis, lui attribue un rôle d'orientation. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude précédemment citée qui montrent que le MG est le médecin à consulter en premier recours pour une très grande majorité de la population interrogée. Cela semble logique depuis l'instauration du parcours de soins coordonné (47).

De plus, dans cette dernière étude, le rôle le plus cité est celui d'orientation vers les spécialistes. Cette notion est intéressante. D'une part, cela montre que le parcours de soins a bien

été intégré par la population générale, avec un MG pivot du système de soins. D'autre part, cela concorde avec la place centrale accordée au médecin généraliste dans le système de soins par 71% des patients interrogés dans l'étude réalisée par l'URML-RA en 2005 (48).

Par ailleurs, il est étonnant que le rôle de coordonnateur de soins ne soit pas reconnu par les patientes néanmoins, cette constatation apparaît également dans l'étude réalisée en Lorraine puisque ce rôle est cité par moins de 2/3 de la population interrogée. Pourtant, la WONCA Europe avait intégré cette notion dans sa définition de la MG en 2002. En devenant le pivot du système de soins, le MG est également considéré comme le gestionnaire du dossier médical du patient, centralisant toutes les informations issues des consultations spécialisées. Néanmoins, il existe parfois peu de communication entre les médecins spécialistes et les MG, ce qui leur donne le sentiment d'être exclus dans la prise en charge et eux mêmes peuvent remettre en cause leur rôle de coordonnateur de soins (47).

Ces dernières études étudient la perception des patients de façon ouverte ce sont les patients qui citent les rôles qu'ils estiment revenir au MG. Les conclusions sont différentes si le patient est interrogé sur sa satisfaction vis-à-vis de ce rôle. En effet, une étude concernant 720 patients montrent que les patients sont satisfaits de la coordination des soins qu'effectue les MG (49).

Connaître ses patients et être à l'écoute

Autre point important pour ces femmes, le médecin traitant doit connaître son patient et son environnement. Ceci constitue également un frein au suivi chez un MG quand les femmes n'ont pas de « référent » qui les connaît. On remarque aisément que quand les femmes ont une relation particulière avec leur médecin, celui-ci les suit et les consulte à chaque événement notable de leur vie. Plusieurs femmes évoquent le fait que c'est difficile de trouver un médecin en qui elle ont confiance. On peut remarquer qu'elles ont leurs propres représentations et se réfèrent souvent à l'image du médecin qui les a suivi étant enfant.

Ces représentations sont fréquentes dans la population générale, Emmanuelle Mourton constate que la notion de médecin de famille est très majoritairement représentative de ce qu'un MG doit être pour les personnes interrogées. La population reste très attachée à cette notion. L'image du médecin de famille qui soigne toute la famille sur plusieurs générations, qui est très proche de ses patients et les connaît parfaitement dans leur milieu de vie, semble être l'image ancrée dans l'esprit des personnes interrogées (47).

Par ailleurs, on remarque que le rôle de prévention n'est pas relevé par les femmes interrogées. Dans l'étude précédemment citée, on retrouve le rôle de prévention néanmoins, celui-ci

est très majoritairement cité par les 18-30 ans ainsi que par les étudiants. Il s'agit de la tranche d'âge cible majeure des campagnes de prévention (drogues, VIH, etc...) (47). Dans notre étude la moyenne d'âge est de plus de 30 ans (33,8). Sachant en plus que l'âge moyen de la première grossesse est inférieur à celui de métropole, on peut penser que nos patientes n'entrent pas dans cette catégorie, mais sont plutôt dans la tranche d'âge des patientes adultes, mères de famille.

La non reconnaissance du rôle de prévention du MG peut s'expliquer par un manque de suivi des patientes et probablement aussi par un manque de temps de la part du MG. Néanmoins dans un pays où la médecine est payée à l'acte, la demande du patient occupe naturellement la place principal dans les consultations (50).

Les femmes interrogées considèrent que le MG est ou doit être à l'écoute cependant, la contrainte de temps est présente. Les femmes ne se sentent pas à l'aise lorsqu'elles savent que d'autres patients attendent dans la salle d'attente. Alors qu'elles voudraient aborder certains sujet tels que l'alimentation ou des problèmes personnels, elles ne se le permettent pas. Certaines pensent qu'elles vont « assommer » le médecin tandis que d'autres trouvent que ce n'est pas correct pour les autres.

Célia Forin a étudié de façon quantitative la satisfaction des réunionnais vis-à-vis de leur médecin traitant. Son travail montre que les patients (interrogés au cabinet) sont globalement satisfaits de leur médecin généraliste. Toutefois, une question ouverte en fin de questionnaire leur permettant des commentaires, révèle quelques critiques. En effet, certains patients regrettaient le manque d'écoute du médecin généraliste. Or, concernant la question sur la perception de leur médecin généraliste, la totalité des patients disait que leur médecin était à leur écoute. Cette contradiction était donc plus à percevoir comme un désir d'être davantage écouté par leur médecin généraliste. De plus, dans certains commentaires, des patients auraient souhaité réduire le temps d'attente. Dans la plupart des cabinets enquêtés, les consultations étaient sans rendez-vous. Dans les cabinets médicaux sans rendez-vous, l'attente est plus aléatoire. La médecine générale est une discipline qui prend en charge une diversité de problèmes de santé et les médecins ne savent généralement pas les motifs de consultation à l'avance. Comme l'ont souligné certains patients, l'augmentation du nombre de médecins généralistes ou la mise en place de rendez-vous pourrait diminuer le temps d'attente dans les cabinets médicaux (51). Le nombre de MG à La Réunion étant dans la moyenne nationale, la deuxième solution semble plus réalisable.

- **Les relations des femmes avec le médecin généraliste**

Nos résultats montrent que la majorité des patientes n'observe pas de suivi chez un médecin généraliste. Deux d'entre elles consultent régulièrement car, elles ont un traitement au long cours mais celles-ci disent ne pas avoir le temps ou l'occasion d'aborder les problèmes de poids et d'observance des MHD. Les six autres patientes disent ne pas avoir vu de MG pendant la grossesse ou pour un problème indépendant de celle-ci. Elles ont toutes fait suivre leur grossesse par un gynécologue soit parce que leur MG ne suit pas les grossesses soit par choix personnel. La situation géographique joue un rôle dans ce phénomène. Il est important de préciser que les résultats ne sont pas extrapolables à la population réunionnaise. En effet, les patientes ont toutes été suivies en ville donc avec un accès aux spécialistes facilité; la situation serait probablement différente en milieu rural.

Deux thèses réalisées en parallèle par Pascal C et Boulnois C, ont permis de combiner des entretiens auprès de 18 femmes enceintes et de médecins généralistes afin de croiser les différents points de vue impliqués. L'objectif était d'explorer les critères de choix du professionnel par les patientes pour le suivi de grossesse. Les résultats montrent que les médecins généralistes suivent globalement peu de grossesses. Beaucoup de patientes ignorent que le médecin généraliste peut suivre des grossesses mais également ne savent pas si leur propre médecin traitant suit ou non des grossesses. Certaines n'ont probablement pas cherché à se renseigner, ayant un projet excluant d'emblée le médecin généraliste, par doute sur ses compétences ou par pudeur. Les patientes françaises ont une habitude de consulter un gynécologue pour le suivi de la grossesse, y compris lorsque celle-ci ne présente a priori aucun risque particulier (52).

Ces conclusions nous amènent à penser que les réticences des femmes par rapport à leur suivi de grossesse chez le généraliste reposent sur des représentations (la non compétence du MG dans le suivi de grossesse) et un manque d'information (elles ne savent pas qu'un MG peut suivre des grossesses). Plusieurs études montrent par ailleurs, que les femmes sont satisfaites lorsqu'un MG les suit pendant leur grossesse. Grâce à une étude qualitative, Habibe Yildiz a étudié le ressenti des femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur MG afin de comprendre leurs motivations et raisons de choix. Il s'avère qu'elles sont satisfaites; se faire suivre par leur médecin généraliste a été un choix à part entière. La grossesse est vécue comme un état de santé particulier, sans être une maladie. Les femmes ont apprécié l'approche généraliste du médecin traitant, centrée sur la globalité de l'enfant, de la femme enceinte, de la famille (53).

L'objet de cette réflexion n'est pas de comparer la prise en charge par un MG ou par un spécialiste mais de comprendre pourquoi les femmes n'ont pas de suivi chez le MG et/ou pourquoi

celui-ci est absent lors du suivi de grossesse.

Dans le cas particuliers de notre étude, nous pouvons conclure que les femmes interrogées n'ont pas forcément de suivi médical au long cours. Ceci peut s'expliquer par l'absence de relation privilégiée avec un MG et des réticences à patienter dans la salle d'attente. Par conséquent, elles ne remarquent ni le rôle de prévention ni celui de coordination.

Beaucoup expriment le fait qu'elles consultent « quand ça ne va pas », ceci nous renvoie à la perception de l'état de grossesse. En effet, la grossesse n'est pas une pathologie donc elles ne perçoivent pas la nécessité de consulter un MG (d'autant qu'elles sont suivies par un spécialiste).

L'enjeu est de définir avec la patiente les rôles spécifiques du médecin généraliste et de l'inciter à observer un suivi afin que le généraliste puisse accomplir les missions qu'il lui incombent (prévention et coordination). Le médecin généraliste a donc encore des efforts à faire quant à l'information, à la relation qu'il entretient avec ses patientes et à sa formation concernant le suivi de grossesse.

Il est un acteur important dans la prévention du diabète de type 2, une étude basée sur 124 entretiens montre que 51% des femmes interrogées connaissaient le risque de diabète de type 2. Parmi elles, 97 (78%) ont eu une prescription de contrôle en post-partum, dont 69 par l'hôpital et 18 par le généraliste, et 27 n'ont reçu aucune prescription. Au total 80 (65%) ont réalisé un contrôle glycémique. Le taux d'observance était de 78% pour les prescriptions hospitalières et 100% pour le généraliste, avec une différence significative selon le prescripteur. En outre, seuls 63 comptes rendus (43%) mentionnaient le diagnostic de DG, et parmi ceux-ci seuls 41 ont été envoyés au généraliste, soit 28% de l'ensemble des DG. L'information du généraliste ressort comme le seul facteur qui améliore à la fois la connaissance des patientes sur le risque de diabète et l'observance au dépistage (54).

Les MG et les gynécologues doivent collaborer afin d'optimiser la prise en charge des suivis de grossesse. D'un côté, le médecin généraliste peut avoir recours à un gynécologue lorsqu'il a besoin d'un avis spécialisé ou adresser une patiente pour un programme d'ETP. Et d'un autre côté, le gynécologue doit inclure le MG dans le suivi de grossesse afin qu'il prenne la relève et qu'il contribue à la continuité des soins.

Nous pouvons nous demander quel est le profil des femmes qui consultent le MG en post-partum pour contrôler la glycémie. Des études supposent que le vécu difficile du diabète pendant la grossesse augmente le recours au système de soins en post-partum. Cette hypothèse semble infirmée, ce serait plus le degré d'investissement dans sa propre santé qui influencerait le recours au suivi (55). Une raison de plus, pour évaluer les représentations des femmes vis-à-vis de leur santé et plus particulièrement du risque de diabète de type 2. Ces professionnels pourraient également

s'appuyer sur les réseaux de santé et des associations.

- **Place du médecin traitant dans l'éducation thérapeutique du patient**

Dans l'ensemble des textes d'ordre réglementaire, le rôle du médecin traitant est présenté comme primordial dans la mise en place d'une éducation thérapeutique alors qu'en réalité son implication effective reste marginale. L'étude ENTRED 2007 montre que le rôle du médecin généraliste se cantonne surtout à une coordination de la démarche éducative : soit il prescrit l'ETP et délègue l'activité à d'autres professionnels de santé, soit il initie le DEP puis oriente vers des activités éducatives, soit, plus exceptionnellement, il aménage des consultations dédiées à l'ETP (56).

Nous verrons quelles sont les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'ETP puis, nous proposerons des outils pour mieux intégrer le médecin traitant dans la prise en charge éducative.

Les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de l'ETP

D'après une étude réalisée dans les départements d'Indre et du Loiret en 2007, la plupart des médecins généralistes disent pratiquer l'éducation thérapeutique. Pour cette pratique éducative, ils citent très peu les techniques pédagogiques. Il semble donc exister à la fois un problème de formation spécifique à l'éducation thérapeutique, de reconnaissance et de valorisation du temps nécessaire à ces pratiques. Les médecins peuvent s'appuyer sur des structures existantes (qu'ils semblent cependant mal connaître) qui supposent le développement de nouvelles coordinations des tâches autour de l'autonomie des patients (57).

Depuis plusieurs études qualitatives ont exploré les représentations des MG vis à vis de l'ETP. Les résultats montrent que les MG dressent le portrait parfait de l'éducation thérapeutique du patient, dans l'ensemble ils voient en l'éducation thérapeutique du patient une technique qui les aidera à mieux informer le patient, à lui transmettre des connaissances et des compétences de manière plus efficace. Une technique qui les sort de leur «galère». Ainsi, l'objectif de l'éducation thérapeutique du patient semble plus être de trouver le moyen que les patients « obéissent » à la bienveillance médicale, que de vraiment accepter de changer de posture, de partir de leurs besoins, leurs priorités de vie, leurs difficultés, pour tisser ensemble le projet de soins le plus acceptable pour tous. Certains médecins envisagent cependant de nouvelles pratiques qui se rapprochent du

diagnostic éducatif et qui en utilisent les outils. Ils semblent à mi-chemin entre relation d'expertise et relation éducative, sans pour autant réussir à franchir le pas. Mais, ils le disent eux-mêmes : passer d'une relation d'expertise si longuement apprise sur les bancs de la faculté et pratiquée ensuite, à une relation éducative... la pirouette peut paraître acrobatique. Plus que l'apprentissage d'une nouvelle technique, c'est un changement radical de la position du médecin par rapport à son patient qui bouleverse le fondement même du métier de médecin (58).

De nombreuses études sur l'ETP démontrent l'importance de former les médecins à cette pratique. Le manque de formation apparaît comme le frein principal au développement de celle-ci. Mais, quels sont les répercussions de cette formation sur la pratique des médecins généralistes ?

Dans un article, le Dr Girard A analyse ses pratiques après avoir participé à une formation sur l'ETP, elle explique comment elle met en place des actions éducatives et ce qu'elle en tire comme bénéfiques. En effet, elle ressent beaucoup moins le sentiment d'échec puisqu'elle ne fixe plus les objectifs mais les négocie avec le patient (59). Bien qu'elle entraîne certaines satisfactions, cette pratique n'est pas dénuée de difficultés en effet, elle nécessite de mettre en place des consultations spécifiques qui sont chronophages et pas forcément rémunératrices.

Inclure le médecin traitant dans la prise en charge en ETP est indispensable pour une continuité des soins.

Dans de nombreuses études concernant des programmes d'ETP, un des points défailants redondants est la difficulté de transmettre des informations au médecin traitant via le courrier de « sortie » d'un hôpital ou d'une maison de santé. Cette constatation est toujours d'actualité en 2013 comme le prouve un audit clinique multi sites concernant des structures d'ETP en Midi-Pyrénées(60).

Ces conclusions avaient déjà été évoquées en 2005 dans une thèse réalisée par Céline Cierlak et Dominique Gargaros. Elles ont étudié les attentes des médecins généralistes vis-à-vis du courrier rendant compte d'un programme d'ETP. Les résultats montrent que 70,2% des généralistes souhaitent des informations sur les connaissances du patient et 93,6% sur la gestion de l'auto surveillance glycémique. Pour plus de 90% des généralistes, les erreurs diététiques et les solutions diététiques adaptées proposées leur seraient utiles. Les représentations du patient doivent être mises en valeur pour 81,7% des praticiens. 86,2% des médecins pensent que les leviers du patient sont utiles à son suivi. 71,3% des généralistes souhaitent des renseignements sur les réseaux (61). Ces conclusions sont intéressantes, elles proposent finalement de préparer un courrier type ce qui est déjà le cas au Centre Artémis. Il suffirait donc de rajouter des items portant sur les connaissances et les représentations des patientes en ce qui concerne le DG. Nous pourrions également donner des

informations sur leurs motivations.

Relation entre le médecin généraliste et les réseaux de santé

Une étude réalisée en 2009 par Lavel S. a montré que la mise en place par la cellule de coordination du réseau de diabétologie, de plusieurs cellules d'éducation thérapeutique ambulatoires de proximité a permis de dépister et de prendre en charge de façon efficace sur un plan éducatif et thérapeutique des patientes ayant un DG (62). Quelles relations entretiennent les MG avec les réseaux de santé ?

Plusieurs études concluent que les médecins généralistes attendent beaucoup des réseaux. Une étude montre que les médecins adhérents à un réseau adressent plus de patients à ces structures et moins souvent à l'hôpital. De plus, ils insistent davantage sur le dialogue, l'écoute et sont plus nombreux à avoir un type de négociation « partenariat/coopération ». La majorité des médecins disent utiliser le réseau comme ressource d'éducation (57).

Promouvoir les réseaux et inciter l'adhésion des médecins à ces structures pourraient permettre à la fois d'améliorer la qualité de la prise en charge éducative et de l'inscrire dans une continuité des soins efficace.

Des programmes de prévention du diabète de type 2 ont déjà été mis en place comme celui proposé par le réseau Dianefra en Ile de France. Il cible les personnes à risque dont les femmes ayant un antécédent de DG. Il précise que ce programme fonctionne en étroite collaboration avec le médecin traitant; il est intitulé « nutrition et activité physique » et dure deux ans (63). Inclure nos patientes dans un tel programme permettrait probablement de pérenniser les MHD acquises lors du programme Artémis et de diminuer le risque de survenue d'un diabète de type 2 chez ces femmes.

Des réflexions sur ce sujet ont déjà émergé à La Réunion. Les objectifs sont de sensibiliser la population concernée par des moyens de communication diversifiés (messages dans la presse, lettre de l'ARS-OI, appui des pharmaciens), de sensibiliser les médecins traitants et autres professionnels de santé ainsi que de fournir aux médecins traitants et aux pharmaciens des outils sur le pré-diabète. Pour cela, l'idée est de mettre en place un groupe de pilotage sous l'égide de l'ARS-OI (64) .

III. PERSPECTIVES

Les résultats montrent que la plupart des patientes sont « actives » pendant la grossesse c'est à dire qu'elles respectent les MHD préconisées. En revanche, elles ne poursuivent pas leurs efforts après l'accouchement. Certaines rechutent peu de temps après l'arrivée du bébé alors que d'autres rechutent à la reprise du travail. Nous verrons dans cette dernière partie comment améliorer la pérennité du programme d'ETP « Artémis ».

A) Optimiser le suivi

Inscrire les patientes dans un réseau de santé permettrait de les suivre et de poursuivre la prise en charge après l'accouchement.

Nous pourrions également leur proposer une consultation à trois mois pas seulement pour contrôler la glycémie mais surtout pour :

- Sensibiliser à nouveau la patiente sur le risque de diabète de type 2.
- Reprendre les principes d'une alimentation équilibrée et les adaptée à la vie actuelle de la patiente.
- Reprendre les motivations de la patiente, la valoriser et insister sur les capacités qu'elle a développé pendant la grossesse. Pour cela, nous reprendrons avec la patiente le modèle de Prochaska afin qu'elle prenne confiance de ses compétences. Nous pouvons proposer un entretien motivationnel avec un professionnel formé en ETP.

B) Mise en pratique pour le programme « Artémis »

L'objectif premier est de mieux connaître la patiente et ses représentations afin de centrer la prise en charge sur la celle-ci. Le second est de tenter un rapprochement entre la patiente et un médecin référent afin d'optimiser le suivi à long terme. Le dernier est de quantifier les objectifs éducatifs en vue d'une évaluation (étude quantitative).

a. Le bilan éducatif partagé

Comme vu précédemment, ce BEP nous permet de connaître la patiente, ses représentations, ses

motivations, ses ressources (socio-économique et humaines). Nous avons vu que les représentations de la cause de la maladie conditionnent la capacité de la patiente à changer c'est pourquoi nous proposons de les faire figurer dans le BEP. Ensuite, nous pensons qu'il serait intéressant de connaître les motivations de ces femmes. Enfin, il serait bénéfique de définir une éventuelle relation avec un médecin traitant afin de savoir si nous pouvons nous appuyer dessus ou si au contraire, nous devons accompagner la patiente dans la recherche d'une relation de confiance avec un médecin « référent ».

LE BILAN EDUCATIF PARTAGE

- Qu'est ce qu'elle a ? Pourquoi est-elle là ?
- Que sait-elle ? A quoi attribue-t-elle la maladie (quelle est la cause de sa maladie) ?
- Comment le vit-elle ?
- Qui est-elle ?
- Quels sont ses projets ? Quelles sont ses motivations vis-à-vis du programme ?
- Quelles sont ses ressources ? Est-elle suivie par un médecin généraliste ? Si oui qui est-il ?

b. Les objectifs éducatifs

Il serait judicieux de quantifier les objectifs éducatifs. Les objectifs de « savoir » sont facile à évaluer, il suffit de faire une évaluation grâce à un questionnaire. Deux possibilités : soit le questionnaire est rempli par la patiente, soit l'évaluation est réalisée par la diététicienne. La première possibilité sera probablement mieux perçue par les patientes. Cette évaluation sera donc réalisée à la fin du programme afin de connaître l'efficacité de celui-ci et éventuellement à distance afin d'évaluer sa pérennité. Certains programmes concernant le DG ont été évalués grâce à des quizz diététiques (avant/après programme) (65). Les objectifs de « savoir faire » quant à eux sont difficilement évaluable. En effet, il faudrait faire une étude en immersion dans la vie quotidienne des femmes et aller les observer à domicile. Ceci est difficilement réalisable en pratique.

En terme de « savoir être », nous pouvons ajouter un objectif qui paraît très important et qui est également quantifiable grâce à une échelle fiable et reconnue. Nous proposons d'évaluer l'estime de soi grâce l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (annexe n°4) qui est un des plus connus et des plus utilisés. Publié en 1965, il n'a cessé d'être un outil de référence. Il est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative. L'estime de soi est définie

comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. La patiente pourra la remplir seule (lors du DEP, puis lors de l'évaluation finale et éventuellement à distance). Nous pouvons ajouter la capacité de la patiente à observer un suivi médical régulier puisque ceci conditionnera la suite de la prise en charge.

LES OBJECTIFS EDUCATIFS

Les objectifs de savoir :

- Normes glycémiques
- Symptômes de l'hypoglycémie. *A l'issue de ce programme, la femme sera capable de citer trois symptômes de l'hypoglycémie (parmi les cinq suivants ...).*
- Équilibre alimentaire. *A l'issue de ce programme, la femme sera capable de citer les cinq famille d'aliments. A l'issue de ce programme la femme sera capable de citer les ingrédients d'un repas équilibré.*
- Connaissances sur le DG. *A l'issue de ce programme la femme sera capable de citer trois complications à court terme du DG. A l'issue de ce programme la patiente saura que le diabète gestationnel augmente le risque de développer un diabète de type 2 par la suite.*

Les objectifs de savoir faire

- Autocontrôle glycémique
- Composer un repas équilibré
- Adapter son alimentation aux situations du quotidien

L'objectif de savoir-être :

- Parler de son état.
- *Quantifier l'estime de soi (échelle de Rosenberg).*
- *A l'issue de ce programme la patiente devra est capable d'observer un suivi médical régulier.*

C. Organisation

Dans cette étude on remarque que la consultation avec une psychologue n'est pas systématique. Aucune des patientes interrogées en a bénéficié, et certaines ont regretté de ne pas avoir eu l'opportunité de cette rencontre. Lorsqu'on étudie le vécu de la maladie, on remarque que l'impact psychologique se situe au premier plan. Ces entretiens nous auront permis de voir

l'importance de cette consultation qui semble absente de ce programme.

ORGANISATION

Cinq séances sont prévues, le programme est modulable en fonction des besoins de la patiente.

- Une consultation avec un gynécologue-obstétricien.
- Une consultation avec une sage femme.
- Une consultation avec une psychologue à proposer systématiquement.
- Deux séances avec une diététicienne. Celles-ci peuvent être individuelles ou collectives.

Ceci renvoie également à la définition même du programme qui ne semble pas assimilée par certaines patientes. Pour celles-ci, le programme est constitué de deux séances avec la diététicienne. Pour certaines il est constitué d'un suivi avec le gynécologue, d'une rencontre avec la SF et deux consultations avec la diététicienne. Cela a entraîné une réflexion autour de la présentation du programme, il serait probablement intéressant de revoir cela avec l'équipe et de bien définir au départ, la composition et les objectifs du programme. En effet, il semble intéressant de rappeler les objectifs puisque nous avons vu plus haut que le programme pouvait être perçu comme inefficace si la nécessité d'avoir recours à l'insuline se présentait. On pourrait peut être insister sur le fait que le respect des MHD est parfois insuffisant mais qu'il est nécessaire même si l'insuline devient indispensable. En effet, la notion d'échec n'est pas bénéfique pour la patiente. Elle pourrait entraîner un relâchement vis-à-vis des MHD, si l'insuline est mise en place.

d. Amélioration de l'évaluation finale

Cela permettra d'une part, de savoir où en est la patiente, d'autre part, de valoriser leur attitude si elle ne la poursuit pas après. En effet, on pourra leur montrer qu'elles en sont capables puisqu'elles l'ont déjà fait.

Cela permettra également de pouvoir évaluer le programme à distance.

EVALUATION FINALE

Compte rendu du vécu de la patiente vis-à-vis du programme d'ETP : satisfaite / non satisfaite

Synthèse des évaluations formatives : acquisition des compétences : OUI / NON

A compléter grâce à l'évaluation quantifiée des objectifs pédagogiques.

Identifier le stade (de Prochaska) de la patiente

Nouvelle inclusion au programme d'ETP : OUI / NON

Si oui quel(s) domaines : Sage-femme / Diététicienne / Psychologue

Suivi chez un médecin généraliste : nom du généraliste avec prise d'un rendez-vous.

Adhésion à un réseau

Commentaires :

e. Courrier de sortie

Dans le dossier sur l'ETP coordonné par S. Bekka et le P. Ritz, le continuum entre les programmes d'ETP hospitaliers et l'ambulatoire est étudié. H. Hanaire relève l'importance de la communication avec le médecin généraliste. Elle insiste sur le besoin de transmettre au médecin traitant des éléments concrets tels que le diagnostic éducatif, les freins et leviers mis en évidence pour un travail sur les objectifs. Un des défis à relever est le respect du rôle de chacun dans cette prise en charge. Une complémentarité entre les programmes et les actions éducatives réalisées par le médecin au cabinet serait possible grâce à une meilleure communication (66).

Le courrier de sortie pourrait donc être plus personnalisé et surtout plus axé sur la motivation, les freins et leviers que l'on a pu relever chez chaque patiente. Ceci permettrait de poursuivre la prise en charge et donc d'inscrire le programme dans une meilleure continuité des soins. Nous proposons par exemple, d'inclure les informations suivantes :

La patiente a une motivation faible/moyenne/importante pour le respect des MHD

Elle est aujourd'hui au stade non-implication/réflexion/décision/action/maintien/rechute

Elle attribue la cause de la maladie à ...

Elle cote son estime de soi à ... sur l'échelle de Rosenberg

Les leviers de motivations repérés sont les suivants : ...

Les freins peuvent être :...

Ses principales ressources sont : ...

CONCLUSION

Le programme d'éducation thérapeutique concernant le DG a pour objectif d'éviter des complications materno-foetales. Par ailleurs, une grossesse compliquée d'un diabète gestationnel doit être considérée comme une opportunité majeure de promotion de la santé. L'enjeu concerne la prévention du diabète en général, d'autant plus que les habitudes de vie saines implémentées par les femmes au domicile atteignent aussi leurs enfants et leurs conjoints. Tout comme il existe un suivi glycémique des patientes ayant eu un diabète gestationnel, l'encadrement pour le suivi des règles hygiéno-diététiques est crucial et participe tout autant à la prévention des conversions diabétiques.

En étudiant le vécu des femmes ayant participé au programme d'ETP, nous avons constaté que l'impact psychologique est au premier plan, nous devons absolument le prendre en compte et accompagner ces femmes d'un point de vue psychologique. Par ailleurs, les femmes sont satisfaites du programme, elles ont remarqué les principes de l'ETP qu'elles opposent avec une prise en charge conventionnelle. Une approche centrée sur la patiente permet une réassurance, elle même indispensable à un changement de comportement.

L'efficacité de l'ETP n'est plus à démontrer, celle-ci est clairement reconnue. L'objectif aujourd'hui est de l'inclure dans une continuité des soins. Les différents acteurs de la santé doivent travailler en collaboration pour une prise en charge globale de la patiente. Le médecin traitant a un rôle primordial dans la prévention et la coordination des soins. C'est pour cela que l'on doit inciter les patientes à observer un suivi et les médecins à établir une alliance thérapeutique. Les réseaux de santé sont en plein développement, ils constituent une aide précieuse et les médecins doivent s'en servir pour coordonner et éviter de perdre de vue des patientes à risque. Il paraît indispensable de poursuivre la prise en charge en post-partum, le cadre de vie de la patiente ayant changé et il faut réadapter la prise en charge.

« L'éducation thérapeutique c'est la raison d'être de la médecine générale. Loin des industries pharmaceutiques, près du patient. »

BIBLIOGRAPHIE

1. ORS Réunion. Bulletin épidémiologie InVS. 2015.
2. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. 1999.
3. A. Vambergue, A.S. Valat, P. Dufour. Physiopathologie du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002;31 (suppl. au n°6).
4. McIntyre HD et al. Hormonal and Metabolic Factors Associated With Variations in Insulin Sensitivity in Human Pregnancy. *Diabetes Care.* 2010;33 (2):356-60.
5. CNGOF. Le diabète gestationnel: Texte des recommandations. 2010.
6. Sukumar N, Farmer J. Longer duration of sitting down in pregnancy is associated with gestational diabetes, greater weight gain and depressive symptoms. *Endocrin Abstr.* 2015; (38):184.
7. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2014.
8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS MED.* 2006;3(11):e442.
9. ORS Réunion. Etude Redia.
10. Centre d'investigation clinique et d'épidémiologie clinique à la Réunion. Cohorte RÉDIA2 : suivi des participants de l'enquête RÉDIA. 2009.
11. Le Moullec N, Fianu A, Chazelle E. Diabète gestationnel et risque de surpoids chez l'enfant de 5-7 ans à la Réunion (Obegest): des différences selon le sexe de l'enfant? *Diab and Metab.* mars 2012;(38):62.
12. Bellamy L, and Al. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systemic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009;(373).
13. Vambergue A, Shaller S, Lenne X. Devenir de la mère onze ans après un diabète gestationnel ou une hyperglycémie modérée pendant la grossesse dans la région Nord-Pas de Calais. *Etude Diagest 2.* *Diab and Metab.* mars 2009;35(S1):1.
14. Boyd E. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care.* mars 2010;33(3).
15. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *The new England journal of medicine.* 2008;1991-2002.
16. Crowther C et al. Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcome. *N Engl J Med.* 2005;352(24):2477-86.
17. Landon et al. Neonatal morbidity in pregnancy complicated by diabetes mellitus: predictive value of maternal glycemic profiles. *Am J Obstet Gynecol.* 1987;(156):1089-95.

18. Busson L, Gaham N. Suivi du diabète pendant la grossesse : place de la fructosamine par rapport au dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). *Diabetes Metab.* 2009;35:A76.
19. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care.* 25 juill 2002; (7):1159-71.
20. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
21. Eliane Conseil. Réseau de périnatalité de la Réunion (RePeRe). Synthèse d'évaluation. Rapport final. 2011.
22. HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007.
23. Bachelot R. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoire. 2009.
24. Jacquat M. Education thérapeutique du patient. Proposition pour une mise en oeuvre rapide et pérenne.
25. Fournier C, Chabert A. Etude ENTRED. 2011.
26. Gentile G. Représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique du patient : une étude qualitative menée auprès de 31 médecins généralistes de Savoie [Thèse]. 2013.
27. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Education thérapeutique du patient. Le médecin est aussi un « éducateur »? *Médecine.* 2009;5(5):218-24.
28. HAS. Education thérapeutique du patient. Evaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient:une démarche d'auto-évaluation. 2014.
29. HAS. Les évaluations d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). 2014.
30. Olivier de Sardan J-P. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. *Academia Bruylant*; 2008.
31. Grimaldi A. La maladie chronique. *Les tribunes de la santé.* 2006;(13):45-51.
32. Deslauriers J-P. Recherche qualitative, guide pratique. 1991.
33. Pouchain D, Rigaux S. Thèmes, Objets et Méthodes des Abstracts acceptés dans les congrès de médecine générale. *TOMATE-MG. Exercer.* 2013;24(107):100-6.
34. Andre M, Allix I, Illouz F et al. Le vécu des femmes suivies pour un diabète gestationnel. *Annales d'Endocrinologie.* 2004;(75):372-405.
35. Filiatre C, Zimmerman C. La prise en charge éducative du diabète gestationnel. *Soins.* mai 2013;(775):19-22.
36. Audinet J. Evaluation de la satisfaction et de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2 récents à Bagnols-dsur-Cèze [Thèse de doctorat de médecine générale]. 2014.

37. Leary J, Pettitt D, Jovanovic L. Gestational diabetes guidelines in a HAPO world. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2010;(24):673-85.
38. Parat S, Nègre V, Baptiste A. Impact de la prise en charge par éducation thérapeutique nutritionnelle de femmes enceintes obèses ou en surpoids sur le risque d'obésité chez l'enfant: étude ETOIG. *Diab and Metab.* mars 2015;41(1):A21.
39. Villeroy De Galhau S. Programmes d'éducation thérapeutique du patient et prise en charge du diabète de type 2: Profil et suivi des patients de l'étude Deltadiab. [Thèse de doctorat de médecine Générale]. Nancy. 2013.
40. Sutter A, Dallay L. *Traité d'obstétrique : a dépression post-natale.* 2010;502-7.
41. Labrunée M and al. Effects of home-based rehabilitation program in obese type 2 diabetics. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine.* sept 2012;55:415-29.
42. Bruggmann E. Etude des représentations des diabétiques de type 2 vis-à-vis des mesures hygiéno-diététiques et identification des processus de changement de comportements. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Lyon. 2014.
43. Kaiser B, Razurel C. Determinants of postpartum physical activity, dietary habits and weight loss after gestational diabetes mellitus. *J Nurs Manag.* 2013;(21):58-69.
44. Kaiser B et al. Impact of health beliefs, social support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabetes mellitus : study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;3:133.
45. Müller B, Saner H. Comment motiver le patient pour changer son mode de vie? 2008.
46. Gay B. Actualisation de la définition européenne de la médecine générale. *Press Med.* 42(256-260).
47. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population Lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste.[Thèse de doctorat de médecine générale]. Nancy. 2013.
48. URML Rhône-Alpes. Représentations et attentes de la population vis-à-vis de la médecine générale: enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2005.
49. Balouet B, Frappé P. Coordination des soins en médecine générale: le point de vue des patients. *Exercer.* 2014;25(115):226-7.
50. Vanmeerbeek M et al. Les médecin généraliste belges francophones peuvent-ils améliorer leurs performances en prévention? Une étude qualitative. *Exercer.* 2013;24(107):107-13.
51. Forin C. Pratique de la médecine générale: perceptions et attentes des patientes de l'île de La Réunion [Thèse de doctorat de médecine générale]. 2014.
52. Pascal C. Suivi de la grossesse: critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste: enquête auprès de patientes de la région dieppoise.[Thèse de doctorat de médecine générale]. Rouen. 2013.

53. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes. [Thèse de doctorat de médecine générale]. Nancy. 2010.
54. Clarke C, Girard G, Legardeur H. Dépistage du diabète de type 2 après un diabète gestationnel: rôle du médecin traitant. Journal de gynéco obst et biol de la reprod. sept 2012;41(5):395-496.
55. Ducloux R, Fontaine M, Zaharia R. Consultation diabétologique du post-partum après diabète gestationnel: qui sont les patientes qui reviennent? Diab and Metab. mars 2013;39(S1):A34.
56. Rapport du Haut Comité de Santé publique sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. 2009.
57. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du patient et médecine générale. Enquête dans les département de l'Indre et du Loiret. mai 2007;229-34.
58. Gachet A. Représentations du médecin généraliste de l'éducation thérapeutique du patient. Etude qualitative menée auprès de médecins généraliste de Savoie. 2013.
59. Girard A. Ma formation en éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique : à quoi me sert-elle ? Education du Patient et Enjeux de Santé. 2004;22(1).
60. Benhuetaib-Selmaoui A. Evaluation des programmes d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type 2 en Midi-Pyrénées.[Thèse de doctorat de médecine générale]. 2013.
61. Cierlak-Sindou C, Gargaros D. Evaluation de la satisfaction et des attentes d'un échantillon de médecins généralistes à propos des courriers de sortie des programmes d'éducation du CHU de Ranguel pour les diabétiques de type II [Thèse de Doctorat de Médecine Générale]. Toulouse. 2005.
62. Lavel S, Desserprix A, Denizot C. Intérêt d'une coordination de soins ambulatoires de proximité organisée par un réseau pour la prise en charge globale du diabète gestationnel. Diab and Metab. mars 2009;35(S1):62.
63. Nemorin M. Le rôle du réseau Dianefra dans la prévention du diabète de type 2. 2013.
64. Le Moullec N. Réflexion autour d'un programme de prévention de DT2 après un diabète gestationnel à La Réunion. 1ères assises de diabétologie. CHU Saint Pierre. 28 Mai 2015.
65. Gregoire J, Jorda L, Picard C. Utilisation d'un quizz diététique pour évaluer les connaissances et fausses-croyances de spatientes à l'issue d'un programme d'éducation thérapeutique dédié au diabète gestationnel. Diab and Metab. mars 2014;40(1):A112.
66. Bekka S, Ritz P. Diabète et obésité. Dossier éducation thérapeutique du patient. sept 2013;8(71).

ANNEXES

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire. Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. Il permet de guider tout au long de l'entretien et doit être facilement consultable.

1- Conduire l'entretien dans un bureau au calme avec une patiente entièrement disponible. Éteindre les téléphones portables.

2- Expliquer le projet : « je réalise une thèse concernant le programme d'éducation thérapeutique réalisé au centre Artémis afin d'en évaluer l'efficacité. Je recueille le sentiment des femmes y ayant participées afin de pouvoir améliorer la prise en charge des femmes atteintes d'un diabète gestationnel. Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire part des résultats de cette étude.

Je suis sous la supervision d'un directeur de thèse qui est médecin généraliste membre du collège national des enseignants de médecine générale. Je réalise ce travail pour obtenir mon diplôme de Docteur en médecine générale. »

3- Demande d'autorisation d'enregistrement de l'entretien (ci joint).

Rassurer la patiente en lui disant que l'enregistrement est anonyme et qu'il sera écouté que par moi même.

L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Les entretiens semi-dirigés ont dû être préalablement préparés avec la rédaction d'un canevas :

4- Recueil des données quantitatives pour qualifier l'échantillon :

Age :

Profession :

Nombres de grossesses

- simple :
- compliquées d'un diabète gestationnel :

Nombres d'enfants :

Antécédents familiaux de diabète :

En ce qui concerne la grossesse étudiée :

- IMC pré conceptuel :
- prise de poids (en nombre de kilos) :
- glycémie à jeun (découverte du diabète) :
- traitement par insuline ?
- traitement par régime seul ?
- intégration au sein d'un réseau (ex : réseau repere) ?

Aujourd'hui :

- IMC :
- glycémie à jeun :

5- Puis débiter l'entretien avec des questions plutôt générales pour mettre en confiance la patiente.

Vous avez participé à un programme d'éducation thérapeutique concernant le diabète gestationnel,

Qu'est ce que vous a apporté ce programme ?
Dites moi quels changements a-t-il entraîné dans votre vie quotidienne.

6- Poursuivre avec des questions plus spécifiques des thèmes que nous voulons aborder. Trois grands thèmes seront abordés.

a) En ce qui concerne la grossesse pathologique et l'enfant.

Qu'est ce que le diabète gestationnel ?

Quels en sont les risques pour vous ? Pour votre enfant ?

Qu'est ce que ce diabète gestationnel a changé dans la façon d'élever votre enfant ?

b) En ce qui concerne l'alimentation.

Décrivez moi un repas type que vous préparez à la maison.

Pour vous qu'est ce qu'une alimentation « équilibrée » ?

Vous et votre enfant êtes suivis par un médecin généraliste, quel rôle celui-ci joue t-il dans votre façon de vous alimenter ?

c) En ce qui concerne l'activité physique.

Pour vous, qu'est ce qu'une activité physique ?

A quoi ça sert de pratiquer une activité physique ?

Quelle est votre pratique ? (qualifier l'activité physique et quantifier en heure par semaine)

Quel rôle votre médecin traitant joue t il dans votre pratique d'exercices physiques ?

7- Interventions possibles :

a) Soutenir le discours de la personne interrogée. La recherche de l'empathie peut passer par le langage ou des attitudes et termes d'encouragement : hochement de tête ou « oui, je vois», «d'accord», « je comprends» (sans trop en abuser).

b) Recentrer le discours de la personne interrogée, s'il dérive vers un sujet trop éloigné (soit relance sur le thème, soit « nous pourrions revenir à...).

c) Relancer la personne interrogée si elle s'essouffle ou qu'elle ne trouve pas de mots pour formuler sa réponse. Attention la relance ne doit pas être inductive.

– La relance peut être générale « pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par... », « à quoi pensez-vous précisément quand vous dites... », « à ce sujet, voyez vous d'autres aspects à aborder ?»

– Elle peut être plus précise : « pouvez-vous me donner des exemples ? »

LE GUIDE D'ENTRETIEN EST UN OUTIL ET NE DOIT PAS ENCOMBRER LE BON DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN.

L'OBJECTIF D'UN ENTRETIEN SEMI DIRIGE EST LA LIBERTE DE PAROLE. Il faut donc laisser la patiente parler le plus librement possible et intervenir seulement si nécessaire.

Références :

Codfroid T. Préparer et conduire un entretien semi dirigé. Mai 2012.

Blanchet A. L'enquête et ses méthodes l'entretien. Paris : Nathan;1992.

Pasquier Estelle. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire de Médecine Générale]. Université de Lyon; 2004.

ANNEXE N°2 : DEMANDE D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO

Nous réalisons une étude sur le programme d'éducation thérapeutique portant sur le diabète gestationnel réalisé au centre médical Artemis à Saint Denis de la Réunion. Cette étude est réalisée dans le cadre d'une thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en médecine générale.

Je soussignée

- autorise Mlle BONTE Elodie à enregistré en audio l'entretien du
- autorise l'utilisation de ses données sous forme transcrite et anonyme à des fins scientifiques (réalisation d'une thèse de médecine).
- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.
- souhaite que la contrainte supplémentaire suivante soit respectée :

Lieu, date :

Signature :

Annexe n°3 : AUTORISATION CNIL

CNIL

8 rue de Vivienne - 75003 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1902118 v 0

du 27 novembre 2015

Monsieur BONTE Elodie
UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
146 RUE LEO SAIGNAT
CASE 148
33076 BORDEAUX CEDEX

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Service :

Adresse : 146 RUE LEO SAIGNAT CASE 148

Code postal : 33076

Ville : BORDEAUX CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

130018351 00010

Code NAF ou APE :

8541Z

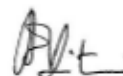
Tél. : 05 57 57 46 20

Fax. : 0557571413

Traitement déclaré

Finalité : ETUDE QUALITATIVE DANS LE BUT DE L'OBTENTION DU DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE

Fait à Paris, le 27 novembre 2015
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

ANNEXE N°4 : ECHELLE DE ROSENBERG

Le patient cote les items de 1 à 4 :

1: Fortement en accord

2: En accord

3: En désaccord

4: Fortement en désaccord

On additionne les résultats de chaque item :

Le total des notes des items 2, 5, 6, 8, 9 doit être ajouté au total de l'inverse (1 devient 4, 2 devient 3, et réciproquement 3 devient 2 et 4 devient 1) des notes des items 1, 3, 4, 7, 10. Le résultat obtenu correspond à une note d'estime de soi.

Le score signifie :

De 10 à 16 : estime de soi basse

De 17-33 : estime de soi moyenne

De 34-40 : estime de soi haute

1.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	
2.	Parfois je pense que je ne vaud rien.	
3.	Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.	
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la plupart des gens.	
5.	Je sens qu'il n'y a pas grand chose en moi dont je puisse être fier.	
6.	Parfois, je me sens réellement inutile.	
7.	Je pense que je suis quelqu'un de valable, au moins autant que les autres gens.	
8.	J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.	
9.	Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e).	
10.	J'ai une opinion positive de moi-même.	

RESUME

Le diabète gestationnel est une complication fréquente de la grossesse dont la prévalence à la Réunion était d'environ 14% en 2013. Sur cette île, la politique régionale de santé s'oriente vers le développement de l'éducation thérapeutique du patient dans le secteur des soins ambulatoires.

Nous nous sommes demandés quel était le vécu des personnes ayant participé à un tel programme. Nous avons donc réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec saturation des données s'adressant aux femmes ayant participé au programme « Artemis » concernant le diabète gestationnel. Huit femmes ont été interrogées entre août et octobre 2015 à Saint Denis de la Réunion où ce programme est dispensé. Nous cherchions également à déterminer la place du médecin généraliste dans une telle prise en charge.

Les principaux résultats montrent d'abord, que le programme d'éducation thérapeutique est vécu comme un véritable accompagnement. En effet, les femmes se sont senties soutenues, aidées, encadrées et non jugées. Elles ont apprécié avoir une prise en charge adaptée à leur personne, à leur vécu et à leur environnement. Ensuite, le diabète gestationnel est vécu par les Réunionnaises comme un événement décevant ou surprenant, fatigant, contraignant et terriblement angoissant. Enfin, le médecin généraliste est représenté comme absent de la prise en charge de ces grossesses compliquées. Les représentations des participantes vis-à-vis du médecin généraliste sont que celui-ci les connaît, les écoute, les informe, les conseille, les suit, les oriente mais les rôles de prévention et de coordination ne sont pas cités.

Nous proposons donc dans l'optique d'une amélioration du programme, d'apporter des compléments d'informations dans le diagnostic éducatif partagé, de quantifier les objectifs en vue d'une évaluation ultérieure et de personnaliser le courrier au médecin traitant. Pour finir, devant le risque de développer par la suite un diabète de type 2, le principal enjeu est de poursuivre la prise en charge de ces femmes obèses. Ceci pourrait être possible grâce à une meilleure collaboration entre professionnels de santé avec l'appui des dispositifs d'appui à la coordination (Réseau REPERE, plate forme d'appui à la coordination).

ABSTRACT

Gestational diabetes is a common pregnancy complication which prevalence in La Réunion was about 14 % in 2013. On this island, the regional policy is oriented towards the development of Therapeutic Patient Education (TPE) in the ambulatory care sector.

We asked ourselves what experiences people who participated in such a programme had gone through. We therefore conducted a qualitative study with semi-structured interviews with date saturation of women who participated in the « Artemis » programme on gestational diabetes. Eight women were interviewed in Saint Denis De La Réunion between August and October 2015. This study also aimed to determine the role and importance of the general practitioner in such care.

The main results first show that gestational diabetes is experienced by The Réunion women as a disappointing or surprising event, tiring, restrictive and terribly anguishing. Then the therapeutical education programme is perceived as real support. Indeed, women felt supported, assisted, supervised and never judged. They appreciated a care adapted to who they were, their experiences and their environment. Finally the general practitioner (GP) is described as missing when it comes to those complicated pregnancies. It appears that he GP knows the participants, he listens to them, informs them, gives them advice, follow them and guide them but the role of prevention is unnoticed.

We propose, in the perspective of improving the programme, to provide additional information in the shared educational diagnosis, to quantify the objectives for further evaluation and to personalise all mail to the doctor in charge. To conclude, the risk being to develop type 2 diabetes, the main challenge is to continue and maintain the support given to those obese women. This could be achieved through better collaboration between health professionals and through the developed health networks on the island

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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