



HAL
open science

Le suivi du régime alimentaire par les femmes ayant un diabète gestationnel

Malika Nabil

► **To cite this version:**

Malika Nabil. Le suivi du régime alimentaire par les femmes ayant un diabète gestationnel. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01344168

HAL Id: dumas-01344168

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01344168>

Submitted on 11 Jul 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 28 juin 2016

par

Malika NABIL

Née le 09/11/1993

**Le suivi du régime alimentaire par les
femmes ayant un diabète gestationnel**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme Christèle VEROT

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Mme Cécile BETMALLE

Mme Sylvie DUQUENOIS

Pr Jacques LEPERCQ

Sage-femme, Port-Royal

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Gynécologue-obstétricien, Port-Royal

Mémoire N°2016PA05MA22

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Mme Vérot pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour sa disponibilité, son écoute et ses précieux conseils tout au long de sa réalisation.

Je remercie également Mme Chuilon pour son aide et son soutien au moment de la recherche de mon sujet.

Je remercie les diététiciennes de Port-Royal qui ont accepté que j'assiste à leurs consultations.

Je remercie ma famille, et plus particulièrement mes parents et mon frère, pour leur soutien inconditionnel durant toutes ces années.

Un grand merci à mes copines de promo pour ces quatre années, notamment celles qui ont été présentes jusqu'à cette dernière ligne droite.

Résumé

Objectifs : Le but de notre étude est d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer le suivi du régime alimentaire chez les femmes présentant un diabète gestationnel, et d'évaluer l'information et les connaissances qu'elles ont sur leur maladie. Nous avons également envisagé des pistes d'amélioration possibles dans l'observance au régime dans le cadre du diabète gestationnel.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative unicentrique à la maternité de Port-Royal entre septembre et décembre 2015, à l'aide d'un entretien semi-directif auprès des patientes pour qui un diabète gestationnel a été diagnostiqué et commençant un régime alimentaire. Le but est de définir l'environnement dans lequel elles vivent et d'analyser leurs connaissances. Un second entretien a été réalisé quelques jours plus tard afin d'évaluer l'adaptation alimentaire, de repérer les éléments ayant impacté le suivi du régime et d'identifier les pistes d'amélioration.

Résultats : Dans notre étude, l'environnement familial, social et professionnel a eu une influence sur le suivi du régime, ainsi que le vécu et les ressentis personnels. Le lien avec l'environnement culturel et économique n'a pas été mis en évidence.

La spécificité de la grossesse est apparue comme une source de motivation importante.

Les femmes interrogées avaient dans l'ensemble de bonnes connaissances sur le diabète gestationnel.

Les pistes d'amélioration identifiées dans notre étude afin de faciliter le respect du régime chez les femmes ont été la meilleure acceptabilité des femmes enceintes (a fortiori ayant un diabète gestationnel) dans la société et principalement dans le monde du travail, et l'implication plus importante des conjoints dans le suivi de grossesse.

Conclusion : De nombreux facteurs semblent jouer un rôle dans l'observance du régime diététique chez les femmes présentant un diabète gestationnel. Ainsi, l'intégration de l'ensemble de ces facteurs à la prise en charge médicale et la mise en place d'une éducation thérapeutique plus globale adaptée à la grossesse pourraient améliorer l'observance du régime.

Mots-clés : Observance, Diabète Gestationnel, Régime Alimentaire

Abstract

Objective: The aim of our study is to identify factors that may influence the diet monitoring in women with gestational diabetes and to evaluate the information and knowledge they have about their disease. We have also considered possible areas for improvement in adherence to diet as part of gestational diabetes.

Materials and methods: We conducted a single-center qualitative study in the Port Royal maternity between September and December 2015, using a semi-directive interview with patients for whom gestational diabetes was diagnosed and starting a diet. The goal is both to define the environment in which they live and to analyze their knowledge. A few days later, a second interview was conducted to evaluate the dietary adaptation, detect items affecting the diet monitoring and identify areas for improvement.

Results: In our study, the family, social and professional environment had an influence on the diet monitoring, along with the personal experiences and feelings. The link with the cultural and economic environment has not been highlighted.

The pregnancy's specificity has appeared as an important source of motivation.

Women respondents had generally good knowledge about gestational diabetes. In order to facilitate the adherence to diet in women, the areas for improvement identified in our study were better acceptability of pregnant women (particularly with gestational diabetes) in society and mainly in the professional world, and the greater involvement of husbands in the pregnancy monitoring.

Conclusion: Many factors seem to be involved in the observance of the diet in women with gestational diabetes. Thus, the integration of all these factors to the medical care and the establishment of a more global therapeutic education adapted to the pregnancy could enhance the observance of the diet.

Keywords : Observance, Gestational Diabetes Mellitus (GDM), Diet

Table des matières

Remerciements.....	3
Résumé.....	4
Abstract.....	5
Liste des tableaux	8
Liste des annexes	9
Lexique	10
Introduction.....	11
Matériels et méthodes	16
Type d'étude	16
Déroulement de l'étude.....	16
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion.....</i>	16
<i>Critères de jugements.....</i>	17
Méthodologie	17
<i>Méthodologie de l'entretien, considération éthique et réglementaire.....</i>	17
<i>Éléments abordés</i>	17
<i>Stratégie d'analyse</i>	19
<i>Difficultés rencontrées.....</i>	19
Résultats.....	21
Caractéristiques de la population	21
Résultats principaux	22
<i>Habitudes alimentaires</i>	22
Alimentation et organisation au quotidien	22
Notion de repas équilibré et rapport au sucre	23
Antécédents de troubles du comportement alimentaire et de régimes	24
Impact de la grossesse sur l'alimentation	25
Changements alimentaires faits depuis la découverte du diabète gestationnel	26
<i>Appréhension quant au régime alimentaire à suivre.....</i>	26
<i>Adaptation alimentaire faite depuis le premier entretien</i>	27
Ressenti personnel quant à la réussite du régime alimentaire	27
Les changements effectués	28
<i>Facteurs ayant eu un impact sur le suivi du régime alimentaire</i>	30
Les difficultés	30
Les aides et motivations.....	31

Place de la grossesse	31
<i>Vécu du régime alimentaire</i>	32
Autres résultats	33
<i>Connaissances et informations reçues</i>	33
Connaissances sur le diabète gestationnel	33
Compréhension de l'hospitalisation	34
Conseils hygiéno-diététiques	35
<i>Pistes d'amélioration</i>	35
Discussion	38
Résumé et discussion des principaux résultats	38
Implications et perspectives.....	41
Forces et limites	43
Conclusion	45
Bibliographie	46
Annexes Annexe 1 : Grille d'entretien n° 1	49

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques de la population d'étude.....p.21

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales de la population d'étude.....p.22

Tableau 3 : Evaluation de l'observance en fonction des différents critères de jugement.....p.29

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien n°1.....	p.50
Annexe 2 : Grille d'entretien n°2.....	p.52
Annexe 3 : Exemple de retranscription du premier entretien.....	p.54
Annexe 4 : Exemple de retranscription du deuxième entretien.....	p.58

Lexique

AT : Arrêt de travail

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

ETP : Education thérapeutique du patient

H1 : Heure 1

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation de jour

HGPO : Hyperglycémie provoquée orale

IMC : Indice de masse corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCA : Troubles du comportement alimentaire

Introduction

Le diabète gestationnel est défini comme étant « un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire ou l'évolution dans le post-partum » [1]. Cette définition englobe deux entités différentes : le diabète de type 2 découvert à l'occasion de la grossesse, mais existant avant celle-ci et qui persiste dans le post-partum, et l'intolérance glucidique apparue en cours de grossesse et disparaissant dans le post-partum.

La prévalence du diabète gestationnel est estimée entre 2 et 6%, mais pourrait être beaucoup plus importante en fonction des populations spécifiques [2]. La tendance est à l'augmentation du diabète gestationnel en parallèle à l'augmentation du diabète de type 2 [2] [3]. Cette augmentation de l'incidence du diabète est communément attribuée à l'augmentation de l'obésité et de la sédentarité, à l'urbanisation, à l'augmentation de l'âge global des populations et à l'évolution des critères et outils de dépistage [3].

Il est actuellement recommandé en France de le dépister chez des populations à risque afin de prévenir les complications associées au diabète gestationnel non traité [2]. En effet, dans ce cadre les patientes présentent un risque augmenté de macrosomie fœtale et de dystocie des épaules à la naissance, d'autant plus lorsqu'il existe des facteurs de risque surajoutés comme l'obésité [4]. Le risque de malformation fœtale est également augmenté dans le cas d'un diabète de type 2 méconnu avant la grossesse [2].

Les facteurs de risque retenus par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) sont l'âge maternel supérieur à 35 ans, l'IMC supérieur à 25kg/m², les antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré et les antécédents personnels de diabète gestationnel ou de nouveau-né macrosome [2].

La surveillance et le traitement du diabète gestationnel est primordial lorsque celui-ci est diagnostiqué. La méta-analyse *Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus : A Systematic Review and Meta-Analysis* publiée par Poolsup and Al. a en effet montré que la prise en charge du diabète gestationnel permettait de réduire significativement les risques de macrosomie fœtale, nouveau-nés dits LGA (« large for gestational age births »), dystocies des épaules et complications hypertensives [5].

La prise en charge préconisée consiste à adopter des mesures hygiéno-diététiques avec surveillance glycémique pluriquotidienne, suivi de l'instauration d'une insulino-thérapie si la première

étape s'avère insuffisante. Les mesures hygiéno-diététiques ont pour objectif principal de fixer un apport calorique adapté à chaque patiente (selon des critères définis), avec un apport en glucides représentant 40 à 50% de l'apport calorique total (grade C). Le fractionnement des repas, en favorisant la prise de collations dans la journée, est également une mesure recommandée [2].

La pratique d'une activité physique régulière et compatible avec la grossesse fait également partie des éléments à mettre en place dans le traitement du diabète gestationnel. En effet, une activité d'environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine semble favoriser l'équilibre glycémique (grade C) [2].

Le régime diététique constitue la pierre angulaire du traitement du diabète gestationnel [2], et il est suffisant pour équilibrer les glycémies dans 80% des cas [6].

Puisque l'alimentation se situe au cœur de la prise en charge du diabète gestationnel, il semble intéressant de rechercher dans la littérature les facteurs qui vont être au cœur de sa construction et qui rentrent en compte dans les choix alimentaires de chacun.

Dans une étude française de Fernandez G., il apparaît que la mise en place des pratiques alimentaires des mères de famille serait liée très fortement à un héritage familial transgénérationnel, de par les continuités et les ruptures successives de ces liens familiaux. Cette construction alimentaire dépendrait également du contexte social actuel de ses mères, différent de celui de leurs parents [7]. En effet, l'appartenance sociale influencerait la capacité à consommer dans le domaine alimentaire. Sans la réduire à de simples restrictions économiques, elle se ressentirait aussi à travers la perception des normes nutritionnelles et les représentations personnelles relatives à l'alimentation, au corps, à la maladie et à la santé de chacun [8]. Les déterminismes alimentaires semblent également être influencés par des facteurs culturels. Le repas est l'occasion d'exprimer son appartenance culturelle et permet de partager avec plaisir [9].

La grossesse est également un événement qui modifie le comportement alimentaire prédéfini. D'une part, il existe des restrictions alimentaires propres à celle-ci dans le cadre de la prévention des infections materno-fœtales par le toxoplasme et la listéria, qui sont deux micro-organismes transmissibles par voie alimentaire essentiellement [10] [11]. Ces interdits concernent un certain nombre d'aliments régulièrement consommés dans la vie quotidienne. D'autre part, l'état de grossesse en lui-même serait un moment propice aux changements hygiéno-diététiques. En effet, l'empirisme acquis au fil des siècles nous amène à penser que les signes sympathiques accompagnant la grossesse tels que le reflux gastro-œsophagien, les nausées et vomissements, les « dégoûts » pour certains aliments en opposition à certaines envies apparaissant de manière corrélée à la grossesse vont avoir un effet sur l'appétit et sur le choix des aliments.

De plus, selon une étude quantitative et qualitative menée par Smedley and al. en Australie, les femmes enceintes auraient tendance à augmenter de manière significative leurs consommations de fruits, légumes et fibres pendant la grossesse, au détriment de la nourriture dite de « restauration rapide », et diminueraient également leurs niveaux d'activité physique habituels. Il apparaît également que l'information délivrée par les professionnels sur les comportements relatifs à la santé et en rapport à la nutrition et à l'activité physique pendant la grossesse était insuffisante [12]. Nous pouvons donc légitimement en déduire que la grossesse correspond à une période particulièrement propice à la sensibilisation et à la prévention en matière de nutrition, puisque ces comportements alimentaires semblent indiquer une volonté de vouloir mieux manger et mieux faire.

Ainsi, nous comprenons que l'alimentation est modelée par un ensemble de facteurs, auxquels la grossesse va s'ajouter (avec tous les changements qui la caractérisent), qui vont influencer la prise en charge diététique chez les femmes présentant un diabète gestationnel.

De plus, il existe un facteur supplémentaire qui vient s'ajouter aux modifications alimentaires dans le cas particulier du diabète gestationnel : le sucre, qui va être à l'origine de la pathologie. Ce dernier est identifié comme étant un plaisir chez 89% des Français selon une étude menée par OpinionWay en 2009. Le sucre est un élément susceptible de devenir addictif et qui serait à l'origine d'un duel intérieur afin d'éviter la dépendance dans un contexte d'abondance appelé la « pléthore » [13]. Ainsi, 54% des individus qui considèrent le sucre comme un plaisir déclare en consommer moins qu'avant. Ce chiffre tend à montrer que les Français chercheraient à réguler leur plaisir et à contrôler leur consommation de sucre [13]. Là encore, cette volonté de réduire notre consommation de sucre semble s'imprimer dans un contexte de prévention et de promotion de la santé.

Cette idée se superpose à la volonté présente chez les femmes enceintes d'avoir un meilleur contrôle de leur alimentation, en vue de maintenir leurs grossesses dans les meilleures conditions possibles et de favoriser ainsi la naissance d'un enfant en bonne santé. La grossesse, en plus des préoccupations personnelles à vouloir manger mieux, représente donc une occasion supplémentaire d'améliorer les habitudes alimentaires.

Il existe souvent une faible adéquation entre les conseils donnés lors des consultations et l'application qui en est faite au quotidien par les patients. La littérature concernant le suivi du régime par les femmes porteuses d'un diabète gestationnel est assez pauvre, nous n'avons donc pas retrouvé de chiffres sur le taux de femmes enceintes qui respecteraient de manière assidue leur régime alimentaire. Mais à titre d'exemple, 80% des diabétiques ne suivraient pas le régime équilibré que « devraient suivre les non diabétiques » [14]. Alors comment expliquer ces chiffres à l'heure actuelle alors que le souhait de manger plus équilibré est devenu une véritable préoccupation ?

Selon Haynes, l'observance correspond au « degré de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prise médicamenteuse, suivi de régime ou changements de style de vie) et la prescription médicale » [15]. Celle-ci apparaît comme un enjeu majeur en vue de la réussite du régime recommandé lors d'un diabète gestationnel. Cette définition met en relief le rôle prépondérant du patient et l'effort que celui-ci serait prêt à mettre en vue d'une adéquation avec une « prescription médicale » neutre et interchangeable. Or, lorsque l'on reprend les différentes définitions retrouvées dans le dictionnaire du mot « observance », la majorité de celles-ci se réfèrent à un phénomène religieux, qui impliquerait un modèle d'obéissance inconditionnelle [16]. Le terme de « prescription » renvoyait également à une ordonnance, une exigence ou une recommandation forte. Ces deux mots ont été directement transposés au domaine médical, avec l'idée que le corps médical est savant par rapport au patient, qu'il détient l'exclusivité de cette science, et que le patient doit se conformer à ses prescriptions [16]. Dans cette optique, l'observance du patient semble soumise à un modèle de pouvoir et de savoir avec les professionnels de santé. L'échec de ce modèle a été à l'origine d'une remise en cause de plus en plus forte de ce procédé ces dernières années [16].

Outre le poids de ce modèle, les auteurs se sont également intéressés aux facteurs qui se trouvent au cœur de notre observance.

La non-observance a été analysée par Trostle comme étant pleinement consciente et anticipée [17]. Il s'agit d'un phénomène « normal » qui reflète le degré de compliance personnelle du patient à son traitement secondairement à la rencontre entre sa maladie et ses autres mondes sociaux tels que le travail, les loisirs etc. [17]. L'ensemble des éléments caractérisant une personne vont donc se confronter à sa maladie et à la prise en charge nécessitée par celle-ci.

La non-observance est également souvent associée à des conduites addictives [18]. G. Reach propose dans un article de 2009 que le lien entre les deux phénomènes résulterait d'un mécanisme commun qui traduirait une forme d'impatience chez certains individus qui rendrait difficile la résistance aux tentations [18]. Les femmes ayant des addictions seraient donc plus enclines aux difficultés durant le suivi de leur régime puisque qu'elles auraient plus de mal à résister aux tentations. De plus dans notre contexte, puisque le sucre potentiellement addictif est reconnu comme étant une nouvelle « poudre blanche » [13], les femmes ayant un rapport au sucre très fort seraient d'autant plus en difficulté.

Ces données nous amènent à nous questionner sur le suivi réel du régime alimentaire chez les femmes ayant un diabète gestationnel, et sur l'existence de freins ou de facteurs favorisant l'observance des conseils hygiéno-diététiques délivrés par les professionnels de santé.

Afin de répondre à notre problématique, nous avons émis comme hypothèse principale que l'environnement familial, social, culturel et économique des femmes interrogées avait un impact sur leurs observances.

Notre hypothèse secondaire repose sur l'information transmise par le professionnel de santé et la compréhension de la maladie par les patientes. En effet, lorsque l'on évoque une maladie chronique requérant des traitements ou dans notre cas, un régime alimentaire sur une certaine période voire sur toute la vie, la relation soignant-soigné semble essentielle à la réussite de l'adhésion thérapeutique.

Les objectifs de cette étude ont été dans un premier temps d'identifier les facteurs semblant favoriser, ou au contraire, rendant difficile le suivi du régime alimentaire. Dans un second temps, nous avons évalué les connaissances des femmes interrogées concernant leurs maladies. Le but était de proposer des pistes d'amélioration possibles dans la prise en charge des patientes présentant un diabète gestationnel.

Matériels et méthodes

Type d'étude

Afin de répondre à notre problématique, une étude qualitative unicentrique prospective a été réalisée par des entretiens semi-directifs auprès de dix femmes enceintes récemment diagnostiquées d'un diabète gestationnel.

Déroulement de l'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité de Port-Royal de septembre à décembre 2015. Elle se composait de deux entretiens auprès de chaque patiente incluse dans l'étude.

Un premier entretien était réalisé en Hôpital De Jour (HDJ). En effet selon le protocole actuel de Port Royal, toute patiente présentant un test de l'Hyperglycémie Provoquée Orale (HGPO) pathologique est hospitalisée en HDJ pour une prise en charge initiale. Au cours de cette journée, la patiente a un entretien avec une diététicienne et elle apprend l'auto-surveillance glycémique. Ce temps nous a permis de recruter des femmes récemment diagnostiquées.

Un second entretien auprès des mêmes patientes a été réalisé en moyenne 9 jours après le premier. L'objectif de ce deuxième échange était de constater l'adaptation alimentaire faite suite à l'intervention diététique.

Cette méthodologie a permis aux femmes interrogées d'évoquer librement leurs ressentis, leurs contraintes ou encore leurs adhésions au projet thérapeutique mis en place initialement. Le second entretien objectivait leurs observances à distance.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion principal a été le diagnostic récent d'un diabète gestationnel par une HGPO ou une glycémie pré et/ou post prandiale pathologique chez des femmes enceintes débutant un régime alimentaire prescrit par les professionnels de santé. Les patientes recrutées ne devaient pas être sous insuline avant l'HDJ. En raison de la barrière de la langue, les patientes ne parlant pas le français ont été exclues de l'étude.

Critères de jugements

Le critère de jugement principal concernant la réussite du suivi du régime diététique a été le respect des conseils hygiéno-diététiques et des objectifs alimentaires mis en place. C'est en effet le suivi des conseils diététiques qui reflète le mieux l'observance des patientes contrairement aux glycémies qui peuvent être augmentées malgré un bon suivi du régime alimentaire.

Le critère de jugement secondaire a tout de même été l'euglycémie et l'absence de recours à l'insuline.

La prise de poids, la macrosomie fœtale et l'hydramnios n'ont pas été retenus comme critères de jugement car il n'y avait pas assez de recul entre les deux entretiens.

Méthodologie

Méthodologie de l'entretien, considération éthique et réglementaire

Une grille d'entretien a été élaborée pour permettre de suivre un fil conducteur identique pour chacune des patientes (cf Annexe 1 et 2). Cette grille a été testée sur une première patiente et validée.

Après avoir obtenu l'accord des patientes, nous leur faisons signer un consentement. Nous leur demandons l'autorisation d'enregistrer les échanges à l'aide d'un dictaphone et l'autorisation d'utilisation de leurs propos dans le cadre du travail de recherche. Nous leur avons garanti l'anonymat et la destruction de l'enregistrement à la fin de l'étude.

Éléments abordés

Observation préalable

Nous avons assisté à l'intervention diététique de neuf patientes sur dix afin de connaître le bilan initial réalisé par la diététicienne concernant la structure des repas, le diagnostic diététique, les points positifs et les difficultés dans l'alimentation des patientes, ainsi que les objectifs fixés afin de corriger les éléments favorisant l'hyperglycémie. La réalisation du premier entretien s'est fait à la suite de cette consultation. Nous n'avons pas pu assister à l'entretien de la dernière patiente car deux entretiens se déroulaient par deux diététiciennes au même moment.

Premier entretien

Le premier entretien durait en moyenne 17 minutes. Il questionnait les patientes sur leur histoire personnelle, leur environnement quotidien, leurs habitudes alimentaires. Il permettait de faire le point sur l'information retenue des recommandations délivrées par les professionnels de santé. Nous avons ainsi observé les caractéristiques des femmes participant à l'étude.

A l'issue de cet entretien nous fixions un rendez-vous à distance raisonnable afin de pouvoir évaluer leurs observances concernant le régime diététique préconisé.

Les premières questions concernaient l'histoire personnelle de la patiente afin d'identifier de possibles éléments rentrant en compte dans son observance : quatre questions portaient sur son environnement familial et professionnel et sur l'impact que celui-ci pouvait avoir au quotidien (notamment en terme de pénibilité). Puis deux questions concernaient des antécédents éventuels de Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) ou de régimes, ainsi que du vécu de ceux-ci. Enfin, une dernière question traitait de l'impact de la grossesse sur son alimentation jusqu'à la découverte du diabète gestationnel.

La deuxième partie de l'entretien portait sur l'environnement alimentaire de la patiente. Tout d'abord, une question était posée sur les changements déjà effectués dans son alimentation depuis le diagnostic de diabète gestationnel. Une deuxième question concernait la notion de repas équilibré, définie par la patiente elle-même en amont, et la mise en œuvre de celui-ci en règle générale. Puis, trois questions traitaient de la faisabilité à préparer des repas au regard de l'aide qu'elles pouvaient avoir au quotidien, des facteurs économiques, organisationnels ou familiaux. Ensuite, une question concernait le rapport personnel de la patiente au sucre. La dernière question portait sur le ressenti de la patiente envers la personnalisation des conseils alimentaires prodigués par la diététicienne.

La dernière partie portait sur les connaissances et les informations comprises sur le diabète gestationnel. Deux questions abordaient les connaissances de la patiente sur le diabète et sur ses conséquences possibles, et évaluait sa compréhension quant au but de l'HDJ. Puis, une question concernait les informations retenues par la patiente sur le régime alimentaire. La dernière question avait pour but de cerner l'appréhension de la patiente concernant le régime diététique qu'elle allait suivre.

Deuxième entretien

Le deuxième entretien durait en moyenne 14 minutes. Celui-ci avait pour but d'identifier les difficultés ou les aides rencontrées dans le suivi du régime diététique, ainsi que le vécu global du régime alimentaire, et de questionner les patientes sur les pistes d'amélioration possibles.

La première partie de cet entretien portait sur les changements alimentaires effectués par les patientes depuis l'intervention diététique et sur les modifications qui, au contraire, n'ont pas pu être

réalisés après la mise en place des objectifs fixés. Une question abordait globalement le ressenti de la patiente concernant la réussite personnelle de son régime alimentaire.

En deuxième partie d'entretien, deux questions étaient posées sur les facteurs ayant influencé le suivi du régime alimentaire par les patientes, que ceux-ci aient été facilitant ou freinant. Une question abordait ensuite le vécu du régime diététique. Enfin, une dernière question reprenait le rôle spécifique de la grossesse sur l'observance, en tentant de comprendre quel en était l'impact.

Pour conclure l'entretien, une question portait sur les modifications à envisager afin d'améliorer le suivi du régime alimentaire.

Stratégie d'analyse

Nous avons tout d'abord retranscrit mot à mot les discussions enregistrées. L'analyse s'est ensuite faite question par question en reprenant tous les éléments de réponses de chaque femme, et en sélectionnant certaines phrases clés et représentatives d'une idée générale. Lorsque les réponses étaient similaires ou proches dans l'idée, celles-ci ont été regroupées selon des thématiques communes.

L'ensemble de ces thématiques a ensuite été mis en lien avec nos hypothèses de départ.

Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la réalisation des deux entretiens.

Il y a eu un unique refus de participer à l'étude parmi les onze femmes sollicitées.

Lors du premier entretien, l'organisation de l'équipe soignante et des femmes sur place nous ont obligés à diviser deux entretiens en deux parties : une première partie avant l'intervention de la diététicienne et une deuxième partie après, en réservant les questions relatives aux informations et aux conseils reçus en deuxième partie.

Il y a eu également une femme qui suivait déjà un régime alimentaire en rapport au diabète gestationnel depuis un mois au moment du recrutement, et qui avait donc déjà rencontré une diététicienne. La découverte de cette information s'est faite en cours d'entretien. Cette patiente a été maintenue dans l'étude car nous avons considéré qu'il n'y aurait pas de biais de mémorisation sur un mois.

Quelques éléments de réponses ont été perdus lors d'un entretien suite à un souci au niveau du dictaphone.

Pour le deuxième entretien, il y a eu deux perdues de vue du fait de l'impossibilité de fixer une rencontre malgré de nombreux contacts téléphonique. La taille de l'échantillon a donc été réduite à huit femmes. Cependant, les deux premiers entretiens qui avaient été réalisés ont été inclus dans l'étude et analysés avec les autres. A la suite de ces difficultés, nous avons décidé de réaliser les seconds entretiens par téléphone lorsque ceux-ci étaient impossibles à réaliser en présentiel. Un entretien a donc été réalisé par téléphone.

Résultats

Caractéristiques de la population

Notre population d'étude se compose de dix femmes. L'âge moyen est de 34 ans. Toutes les femmes étaient en couple ou mariées au moment du premier entretien et toutes avaient une sécurité sociale et une mutuelle. Neuf femmes sur dix avaient un emploi dont six étaient en arrêt de travail.

Patiente	Age (ans)	Situation maritale	Nombre d'enfants ou de personnes à charge	Travail (+/- AT)	En AT	Sécurité sociale et mutuelle
1	31	En couple	0	Informaticienne	Oui	Oui
2	31	Mariée	0	Consultante	Oui	Oui
3	34	Mariée	4	Marketing	Non	Oui
4	40	Mariée	1	Aucun	-	Oui
5	41	En couple	0	Gardienne d'immeuble	Oui	Oui
6	29	En couple	1	Graphiste libérale	Non	Oui
7	31	Mariée	1	Agent SNCF	Oui	Oui
8	34	En couple	1	Conseiller financier	Oui	Oui
9	37	En couple	1	Photographe retoucheur	Oui	Oui
10	28	Mariée	0	Pharmacienne (recherche médicale)	Non	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques de la population d'étude

Deux femmes sur dix étaient enceintes de jumeaux. Le terme de grossesse moyen au premier entretien était de 30 SA et de 32 SA au deuxième entretien.

Les patientes 6 et 7 sont les deux patientes perdues de vue qui n'ont pas pu être revues pour le second entretien.

Patiente	Grossesse désirée	Grossesse unique (=1), Gémellaire (=2)	Terme 1 (en SA)	Terme 2 (en SA)
1	Oui	1	34+6	36+3
2	Oui	1	30+4	31+3
3	Oui	1	29+3	30+2
4	Oui	1	24+5	35+5
5	Oui	1	35+3	37
6	Oui	1	29+2	-
7	Oui	1	31+3	-
8	Oui	1	29+4	30+6
9	Oui	2	30+3	32
10	Oui	2	22+3	23+5

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales de la population d'étude

Résultats principaux

Habitudes alimentaires

Alimentation et organisation au quotidien

Nous avons voulu savoir quelle était l'organisation alimentaire mise en place au quotidien par les femmes interrogées, hors contexte de diabète gestationnel. Les réponses ont été principalement de deux types.

Pour certaines, l'alimentation requérait une organisation plutôt simple à la fois à la maison et au travail, souvent car l'organisation de couple facilitait la préparation des repas. Cinq femmes sur dix ont rapporté recevoir de l'aide de leurs conjoints, voire de leur famille proche. Le rythme imposé par le travail favorisait également la prise de repas à des heures fixes. De plus, la plupart des lieux de travail disposaient de structures dédiées à la pause déjeuner, soit une salle de repos avec possibilité de réchauffer son repas préparé à l'avance, soit une cantine.

Pour d'autres, l'organisation pouvait parfois être compliquée à la maison du fait d'une alimentation différente de celle de leurs conjoints, d'une absence d'aide dans les tâches ménagères et en particulier la cuisine, et d'une fatigue le soir liée au travail. En effet, quatre femmes sur dix ont dit ne pas être aidée au quotidien (notamment par leurs conjoints), mais deux ont également dit que cela convenait à l'organisation mise en place au sein du couple.

Nous avons également demandé aux femmes interrogées si elles avaient la possibilité d'acheter ce dont elles avaient besoin lors de leurs achats alimentaires. Huit femmes sur dix ont affirmé n'avoir aucune difficulté ou restriction particulière. En revanche, deux femmes sur dix ont précisé qu'elles pouvaient être limitées dans leurs achats notamment du fait de facteurs économiques. En effet, l'une des deux a précisé que bien manger revenait « cher ». Pour l'autre, le budget en rapport avec la nourriture était déjà assez conséquent, et elle souhaitait donc respecter sa liste d'achat afin de ne pas dépasser son budget. Les changements alimentaires occasionnés par le diabète gestationnel sont donc susceptibles de se répercuter sur les achats alimentaires et d'occasionner des dépenses plus importantes, même si dans notre cas, les deux femmes interrogées ont aussi dit que la suppression de certains aliments allait modérer l'augmentation de leurs dépenses. Le budget alimentaire peut interférer avec les autres charges et priorités de l'ensemble de la famille lors du suivi d'un régime alimentaire.

Le fait d'avoir une famille nombreuse a été perçu comme pouvant être une difficulté supplémentaire lors des courses alimentaires, car cela impliquait un budget encore plus important.

Enfin, il ressort des entretiens qu'il existe des difficultés organisationnelles lors des achats alimentaires telles que le manque de temps, la répartition des tâches au sein du couple, le manque d'envie et la fatigue.

Notion de repas équilibré et rapport au sucre

Nous avons demandé aux patientes ce qu'était pour elles un repas équilibré. Les réponses ont été assez unanimes. Un repas équilibré serait un repas comprenant une entrée, un plat et un dessert avec une part de légumes, une part de féculents, une part de viande et un yaourt ou un dessert (par exemple un fruit). Certaines femmes ont rajouté que cela signifiait également manger en quantités « raisonnables ». Concernant les réponses à cette question, il existe un biais lié au fait que les femmes interrogées avaient pour huit d'entre elles déjà rencontré la diététicienne. Elles ont donc pu être influencées par la consultation.

La plupart des patientes ont dit ne pas toujours pouvoir suivre ce schéma de repas « idéal ». En effet, parmi les réponses, nous avons constaté que l'environnement familial avait une influence sur sa mise en pratique : les femmes n'ayant pas d'enfant ne ressentaient pas d'« obligation » à manger de façon équilibrée. Nous avons également retrouvé une influence liée à la vie sociale et professionnelle, puisque certaines femmes interrogées ont dit qu'il était difficile de respecter la préparation de repas équilibrés au quotidien lors de sorties à l'extérieur ou pendant les vacances (en opposition au travail). Il apparaît aussi que l'éducation reçue dans l'enfance par rapport à l'alimentation va influencer la façon de manger en étant adulte. Certaines femmes ont estimé avoir

été sensibilisées dès leurs plus jeunes âges à manger de façon équilibrée et ont donc eu plus de facilités à poursuivre ce modèle par la suite. « Je crois que c'est lié à mon éducation ». Mais cette mise en application est également rendue difficile par la représentation même du repas équilibré, puisque deux femmes ont dit ne pas toujours faire de repas équilibrés car cela faisait « trop » en termes de quantité, alors qu'une autre femme a expliqué que le repas idéal lui semblait au contraire trop restrictif. « Ca me paraîtrait l'idéal mais bon, un peu régime quoi ». Enfin, il semble que la mise en pratique d'une alimentation équilibrée dépende également de la présence d'une motivation particulière telle que le souhait de perdre du poids ou le fait d'être enceinte. Une patiente affirme « je pense que j'ai plus équilibré en étant enceinte, parce qu'inconsciemment j'ai plus fait attention ».

Six femmes interrogées sur dix ont affirmé ne pas avoir un rapport au sucre « addictif » : elles ne ressentaient pas le besoin d'en manger. « Je ne suis pas dans l'attitude incontrôlable ». Deux sur dix par contre déclarent avoir une relation addictive au sucre. L'une d'elles a expliqué ressentir des difficultés à modérer sa consommation de sucre et avoir un sentiment de honte après en avoir beaucoup mangé. Par exemple, concernant les biscuits qu'on trouve en supermarché, elle dit « quand j'en mange, j'en mange pas un, j'en mange un demi-paquet ». Pour la deuxième qui avait déjà commencé des restrictions liées au diabète gestationnel, l'arrêt total du sucre a engendré un sentiment de manque important. Sa réponse concernant la possibilité d'avoir un rapport addictif au sucre est : « je me le demande là, parce que ça me manque vraiment beaucoup ». Deux femmes sur dix ne se sont pas prononcées.

Cependant, même lorsque le sucre n'était pas ressenti comme étant un élément addictif, certaines patientes ont expliqué que leurs consommations de sucre dépendaient de différents facteurs, notamment psychologiques lors de « baisses de moral » par exemple (« ça appelle un peu plus le sucre »), et pouvaient donc évoluer selon les périodes, l'état de santé etc. C'est un rapport qui va se modifier avec le temps et qui n'est pas fixe à tout âge.

Antécédents de troubles du comportement alimentaire et de régimes

Lors de nos entretiens, nous avons voulu savoir s'il existait des antécédents de TCA chez les femmes interrogées. Une réponse évoque un antécédent de TCA. En effet, la patiente décrit un contrôle excessif de sa nourriture dans le passé (pesée de tous les aliments et tri soigneux) lié à une forte peur de grossir. Du fait du diabète gestationnel, cette patiente nous a confié avoir peur d'une « rechute » en raison de certaines demandes diététiques, telles que le fait de devoir peser les féculents avant de les manger. « Je me sens un peu en rémission [...], qu'est-ce qui fait que je ne vais pas me

remettre à regarder la nourriture comme je le faisais avant ». Elle a ainsi exprimé sa crainte de retomber dans des problèmes alimentaires qu'elle avait réussi à dépasser. Cette réponse tend à montrer qu'il peut parfois y avoir un risque de faire apparaître des angoisses liées à d'anciens (ou d'actuels) TCA. En cas d'antécédents de TCA connus chez une femme enceinte, il est donc important de porter une attention particulière lorsqu'un diabète gestationnel est diagnostiqué.

Concernant le fait d'avoir déjà suivi un régime au sens « strict » du terme, la plupart ont dit ne pas l'avoir fait, mais avoir « fait attention » à leur alimentation. L'expression a été reprise par quatre d'entre elles. Par cela, elles évoquaient l'évitement du grignotage entre les repas, le fait de manger mieux (plus de légumes notamment). Mais elles ne s'imposaient pas de fortes contraintes tous les jours comme celles de certains régimes connus ayant été cités lors des entretiens. Deux des femmes interrogées ont même dit percevoir ce type de régime comme étant mauvais pour la santé, et l'une d'elle a rajouté « le bon régime, je me suis rendue compte que c'est celui que tu peux faire tous les jours ».

Enfin, deux femmes interrogées sur dix avaient déjà eu un diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse et avaient donc déjà suivi le régime alimentaire prescrit dans ce cadre. En comparaison avec leurs vécus actuels, il en ressort que le fait d'avoir eu à suivre des règles hygiéno-diététiques la première fois était plus « stressant », plus « difficile » que la seconde.

Impact de la grossesse sur l'alimentation

Nous avons voulu savoir si la grossesse avait été la cause de changements dans les habitudes alimentaires des femmes interrogées puisque beaucoup d'entre elles ont trouvé que le fait d'être enceinte engendrait plus de fatigue et était plus « pénible ». Une femme enceinte de jumeaux a même précisé qu'elle ressentait que sa grossesse était plus « handicapante ».

Une partie importante de ces femmes ont dit ressentir des nausées, des envies ainsi que des dégoûts envers certains aliments et une augmentation de leur appétit. Ces changements ont impacté leurs façons de manger. Par exemple, une femme interrogée a dit ne plus cuisiner de la viande car l'odeur lui provoquait une forte sensation de dégoût.

De plus, certaines d'entre elles ont rappelé que la grossesse avait provoqué des changements dans leurs alimentations du fait des restrictions liées au risque de toxoplasmose (et de listéria) et de l'arrêt de la consommation d'alcool. Parfois, ces restrictions se traduisent par une modification plus globale de l'alimentation. En effet, une femme a dit manger plus de sucre car elle compensait tout ce qu'elle ne pouvait pas manger à travers celui-ci.

Certaines femmes ont également expliqué que du fait de leurs grossesses, leurs entourages leur donnaient des conseils alimentaires en leur disant de privilégier un type d'aliment en particulier, sans que cela ne soit basé sur des connaissances scientifiques clairement établies. Cette information nous permet de constater l'interférence des autres dans le déroulement de la grossesse, et particulièrement dans l'alimentation que devrait avoir une femme lors de sa grossesse.

Enfin, le dernier élément impactant les habitudes alimentaires pendant la grossesse semble être les pathologies obstétricales associées. Par exemple, certaines pathologies telle que la menace d'accouchement prématuré nécessitent un repos important, et peuvent donc compliquer l'organisation établie concernant la préparation des repas, la réalisation des courses alimentaires etc. De même, une patiente a confié manger plus pour « compenser » le retard de croissance intra-utérin de son enfant à naître.

Changements alimentaires faits depuis la découverte du diabète gestationnel

Cette question avait pour but de recenser les changements alimentaires qui avaient été réalisés spontanément par les patientes avant qu'elles ne rencontrent un professionnel. La majorité des femmes interrogées avaient arrêté les aliments identifiés comme sucrés (biscuits, fruits, chocolat etc.). Elles ont expliqué avoir « fait plus attention » et avoir cherché à manger « plus équilibré » depuis le diagnostic. Deux sur dix ont aussi diminué les féculents.

Souvent, certaines femmes s'étaient renseignées auprès de connaissances ou sur internet, notamment lorsque le délai entre le diagnostic et l'HDJ était jugé comme « long ». Une des patientes avait pris rendez-vous chez une sage-femme libérale pour avoir plus d'informations sur le diabète gestationnel et son suivi.

Appréhension quant au régime alimentaire à suivre

Enfin, l'entretien se finissait par une question qui portait sur l'appréhension ressentie par les patientes quant au suivi du régime alimentaire préconisé. Quatre femmes sur dix ont dit ressentir une crainte du fait de plusieurs éléments. Les différentes peurs sont liées à l'inquiétude de ne pas « bien faire », d'être irrégulière dans le suivi et à la difficulté de résister à l'appel du sucre lorsque celui-ci avait été identifié comme étant un plaisir. Il y a eu également un questionnement lié à la pression sociale dans l'environnement professionnel. Le fait de refuser certains aliments lors de repas de travail était ressenti comme étant difficile. Le dernier motif d'angoisse retrouvé était lié à la crainte de tomber de nouveau dans des difficultés alimentaires lorsqu'il y avait déjà un passé de TCA.

Parmi les six autres femmes interrogées sur dix, deux se demandaient comment elles allaient adapter leur alimentation les premiers jours, et lors des réunions familiales autour de repas.

Cependant, la majorité des femmes ont mis en lien le fait d'être enceinte comme étant la source d'une motivation importante, ce qui atténuait les appréhensions possiblement présentes.

Adaptation alimentaire faite depuis le premier entretien

Ressenti personnel quant à la réussite du régime alimentaire

Nous avons questionné les femmes sur leur ressenti concernant le fait d'avoir réussi à suivre le régime alimentaire préconisé. Ensuite, nous avons confronté leurs réponses avec leurs adaptations réelles aux objectifs mis en place par la diététicienne initialement. Les objectifs étaient ceux qui avaient été donnés lors de la consultation avec la diététicienne et qui étaient repris sur une feuille spécifique dans leurs dossiers médicaux. Ceux-ci concernaient l'équilibre en nutriment, la suppression du sucre à assimilation rapide, le fractionnement des repas et le respect d'horaires fixes pour les repas. Les objectifs étaient différents en fonction des femmes puisqu'ils étaient adaptés à chacune d'elles. Ce procédé nous a permis d'évaluer de façon assez rigoureuse et objective l'observance des patientes au régime diététique dans le cadre du diabète gestationnel.

Une femme sur huit a jugé qu'elle n'avait pas bien suivi le régime alimentaire préconisé par les professionnels. En analysant ses réponses, un seul des trois objectifs mis en place avait été respecté. Une femme sur huit a dit qu'elle avait plus ou moins bien respecté le régime. Elle avait suivi un (voire deux) objectifs sur quatre qui avait été fixés. Les six autres femmes ont affirmé avoir bien respecté les consignes. Pour trois d'entre elles, tous les objectifs mis en place avaient été respectés, une femme avait suivi trois objectifs sur quatre, une autre avait suivi deux objectifs sur trois et la dernière n'avait pas fait de changement dans son alimentation ou très peu et avait donc respecté aucun voire un seul critère sur les trois mis en place.

Cette analyse nous permet de constater que globalement, les femmes ont une autoévaluation correcte sur le suivi du régime alimentaire mis en place pour le diabète gestationnel. Une seule femme a dit réussir le suivi de son régime alimentaire sans avoir fait de réels changements dans son alimentation. Ses glycémies dans le cadre de la surveillance prévue pour le diabète gestationnel étaient dans l'ensemble très correctes, et cela nous amène à penser que parfois le ressenti peut être faussé par des résultats glycémiques bons sans réelle observance. Ceci s'explique aussi car le terme « réussite » qui a été utilisé pendant l'entretien renvoie principalement à un équilibre glycémique correct in fine et non pas à l'adéquation strict aux objectifs diététiques mis en place. « J'ai testé mon NABIL Malika

niveau de glycémie avec mon repas habituel, c'était en dessous des moyennes. Donc du coup, j'ai pas changé ».

Les changements effectués

L'arrêt du sucre à assimilation rapide a été respecté par toutes les femmes.

Le fractionnement des repas avec le système des collations a été suivi dans l'ensemble, excepté parfois lorsque les patientes n'avaient pas d'appétit ou manquaient de temps.

Les horaires fixes des repas n'ont globalement pas été respectés pour différentes raisons. Les patientes ont dit s'adapter aux horaires du conjoint afin de partager les repas avec lui, ce qui pouvait décaler les heures de repas par rapport aux objectifs fixés. Elles ont aussi rapporté que parfois, le manque de temps et les nombreux rendez-vous (notamment à l'hôpital) contribuaient à la difficulté du respect des heures de repas prévues. Ceci est source de difficulté car le respect des horaires de repas est essentiel pour la surveillance glycémique pluriquotidienne nécessaire au suivi du diabète gestationnel. Un décalage de l'heure des repas induit un décalage voire des oublis de l'auto-surveillance.

L'équilibre en nutriments préconisé a quant à lui été plutôt respecté, excepté en ce qui concerne l'adaptation des portions de féculents, qu'il s'agisse d'une diminution de celles-ci ou d'une augmentation. En effet, les femmes ont expliqué que selon leurs appétits, il n'était pas possible de modifier leurs portions de féculents (par manque d'appétit ou au contraire par un appétit important et une habitude de quantités plus importantes).

L'analyse de nos entretiens montre que le mauvais suivi du régime alimentaire semble être corrélé au mauvais suivi de la surveillance glycémique. Effectivement, nous avons constaté auprès de la patiente qui disait n'avoir pas réussi à suivre le régime préconisé, que les glycémies capillaires n'étaient pas toujours réalisées car les mêmes contraintes semblaient entrer en compte. Ce résultat est intéressant en tant que professionnel de santé puisqu'il nous invite à nous interroger, lorsque l'on constate que le suivi glycémique est peu ou pas fait par une patiente, sur le réel suivi des consignes diététiques.

Patiente	Objectifs respectés	Equilibre glycémique correct au 2 ^{ème} entretien	Insuline à l'issu du 2 ^{ème} entretien	Insuline par la suite
1	1 / 3	Oui	Non	Non
2	0 à 1 / 3	Oui	Non	Non
3	1 à 2 / 4	Non	Non	Non
4	3 / 4	Non	Non	Oui
5	3 / 3	Oui	Non	-
6	-	-	-	-
7	-	-	-	-
8	2 / 2	Non	Non	Oui
9	2 / 3	Oui	Non	Non
10	1 / 1	Oui	Non	Non

Tableau 3 : Evaluation de l'observance en fonction des différents critères de jugement

L'équilibre glycémique correct correspond à des glycémies inférieures à 0,95g/L à jeun et à 1,20g/L en post-prandial (soit deux heures après le repas) pour au moins 80% d'entre elles.

En analysant ces résultats, nous pouvons constater d'une part que l'observance des femmes n'est pas toujours corrélée aux valeurs glycémiques obtenues. En effet, certaines femmes n'ont pas correctement suivi les objectifs fixés lors de la consultation diététique mais ont malgré tout un équilibre glycémique correct. Pour d'autres au contraire, tous les conseils avaient été respectés mais les glycémies étaient plus élevées que les objectifs glycémiques (« C'est vrai que franchement je ne vois pas ce que je peux améliorer de plus, à moins de manger dix fois moins »). Ceci pourrait être expliqué par les modalités de dépistage du diabète gestationnel car en effet, le diagnostic ne repose pas sur un élément clinique ou sur un seuil au-dessus duquel le déséquilibre glycémique et les complications augmenteraient de façon très nette. La survenue des complications liées au diabète gestationnel augmentent de manière proportionnelle au taux de glycémie pendant la grossesse [2].

D'autre part, les résultats glycémiques lors du 2^{ème} entretien semblent être « prédictifs » de la mise en place d'insuline à distance puisque pour quatre femmes sur cinq, les bons résultats glycémiques à quelques jours de l'HDJ ont eu pour conséquence l'absence de recours à l'insuline. Nous n'avons pas retrouvé le dossier médical de la dernière patiente donc nous n'avons pas pu savoir si elle été insulino-traitée in fine. Pour les trois autres femmes, les résultats glycémiques n'ont pas été bons, mais pour seulement une d'entre elles il n'y a pas eu d'insuline par la suite. Nous pouvons supposer que puisque cette femme n'avait pas réussi à suivre complètement le régime alimentaire lors du 2^{ème} entretien, la stratégie thérapeutique adoptée a été de renforcer le suivi

diététique, contrairement aux deux autres femmes pour qui l'insulino-thérapie a été instaurée, car elles avaient déjà toutes les deux réussi à respecter les objectifs diététiques mis en place.

Facteurs ayant eu un impact sur le suivi du régime alimentaire

Les difficultés

A travers notre analyse, nous avons identifié plusieurs difficultés pour les patientes lors du suivi du régime alimentaire. Nous avons tenté de repérer sur quels objectifs particuliers impactait chaque difficulté.

La vie quotidienne et familiale semble avoir un impact sur le fractionnement et les horaires des repas, de par l'adaptation des femmes aux horaires de leurs conjoints, le manque de temps et la fatigue.

L'environnement social, du fait de certaines pressions qui peuvent exister lors de regroupements entre amis, semble avoir un impact sur l'équilibre en nutriments, le fractionnement, les horaires et la surveillance glycémique.

De même, l'environnement professionnel est susceptible d'impacter sur l'ensemble des objectifs. Cela dépend évidemment du type de travail, mais une femme nous a expliqué qu'elle avait beaucoup de réunions, de diners d'affaire, de voyages professionnels et un manque de temps lié à sa charge de travail, et que cela rendait difficile le respect du régime et la surveillance glycémique. Elle a exprimé sa gêne et sa crainte d'être jugée et décredibilisée dans le cadre de son travail, du fait entre autre de l'incompréhension des gens face aux restrictions alimentaires qu'il y a pendant la grossesse, d'autant plus lorsqu'il y a du diabète gestationnel.

La surveillance médicale de la grossesse semble également interférer sur le fractionnement et les horaires de repas lorsque les rendez-vous sont nombreux (particulièrement lorsqu'il y a d'autres pathologies). Par exemple, une patiente a dit venir déjà trois fois par semaine à l'hôpital dans le cadre de la surveillance de sa grossesse et par conséquent cela rendait difficile la préparation de repas et le respect d'horaires fixes car elle se trouvait souvent en dehors de chez elle à l'heure du déjeuner.

Enfin, les habitudes alimentaires de chaque femme semblent aussi être un facteur rentrant en compte dans le suivi du régime et impacteraient le fractionnement et l'équilibre en nutriments des repas, par la sensation de faim ou le manque d'appétit.

Il apparaît au final que la relation au sucre et la sensation de manque, qui auraient pu être un frein à l'arrêt du sucre tel que décrit lors du premier entretien (source d'appréhension), ne semble

pas impacter l'arrêt du sucre à assimilation rapide. Cependant, cela a été ressenti par certaines femmes comme étant une difficulté réelle.

Les aides et motivations

Nous avons également cherché à repérer les éléments aidants pour ces femmes.

De même que l'environnement familial et social peut représenter une difficulté au suivi du régime diététique, il peut parfois être une aide lorsque les proches font preuve de soutien, moral et logistique. En parlant de son conjoint, une patiente a dit : « il a pris en compte mon régime pour qu'il soit adapté à moi, mais aussi à lui sans qu'il y ait de manque particulier ». Une femme a aussi dit que le fait qu'elle n'ait pas encore d'enfants lui facilitait le suivi du régime.

Les femmes ayant déjà suivi un régime pour le diabète gestationnel ont expliqué que cela avait été une aide pour elle car elles connaissaient déjà ce qu'il fallait faire.

Enfin, les supports écrits ont également contribué à faciliter le suivi du régime par la transmission d'informations claires.

Parmi les aides et les motivations exprimées au cours des entretiens, nous avons retrouvé le ressenti d'un meilleur bien-être moral et physique dû au régime. En effet, les femmes ont pour certaines constaté une stabilisation de leurs prises de poids et un bien-être moral à manger équilibré. Ces éléments constituent une motivation, parfois à long terme, pour ces patientes. « Finalement je suis mieux dans ma peau comme ça [...], c'est un régime qui me fera du bien [...], ce n'est pas que pour le diabète ».

Le fait de devoir suivre ces règles pour une durée limitée s'est révélé être une source de motivation supplémentaire.

Le dernier élément retrouvé à travers les entretiens est le souhait d'éviter l'insuline et les complications à long terme comme le diabète de type 2, qui là encore va permettre de trouver une motivation. Le but est d'éviter de faire ça toute sa vie. « Là déjà quelques mois de régime alimentaire, on sent que c'est lourd ».

Place de la grossesse

Nous avons demandé aux femmes quelle était la place de la grossesse dans le suivi du régime, puisqu'il s'agit d'une spécificité peu recherchée et peu retrouvée dans la littérature. Le but était de savoir si la grossesse représentait une aide à travers une motivation possible, ou au contraire, rendait le respect du régime plus difficile du fait de l'état de grossesse qui a provoqué plus de fatigue et de restrictions supplémentaires chez les femmes interrogées.

Le résultat a été pour six femmes sur les huit que la grossesse représentait une motivation très grande à respecter le régime. Une patiente a dit qu'effectivement « à la limite [elle était] tellement contente d'être enceinte, que c'est [le régime] un petit facteur par rapport au bonheur d'être enceinte ». La santé de leurs enfants à naître était au cœur de leurs efforts mis en place afin de réussir le régime alimentaire, bien que d'autres éléments rentraient en jeu parfois. En effet, pour deux d'entre ces six femmes, le fait d'être enceinte représentait une motivation en soi, mais elles avaient aussi le souhait personnel de poursuivre à long terme pour elle-même. Pour trois autres, leurs motivations étaient dues seulement à leurs grossesses car elles ont dit que la difficulté aurait été plus grande si elles n'avaient pas été enceintes, voire qu'elles n'auraient pas respecté le régime. Une patiente a même dit qu'elle ressentait de la culpabilité lorsqu'elle mangeait « mal » pendant sa grossesse, alors que ce n'était pas le cas en dehors de celle-ci. La dernière ne s'est pas prononcée sur le fait de suivre le régime alimentaire si elle n'avait pas été enceinte. Une femme sur huit n'avait pas d'avis car elle n'avait pas le sentiment d'avoir suivi de régime puisqu'elle n'avait quasiment rien changé à son alimentation. La dernière femme sur les huit était indécise sur le fait que la grossesse soit une motivation particulière bien qu'elle le ressentait ainsi, car elle a dit avoir observé des comportements différents au sein de son entourage. En effet, les femmes proches d'elle n'avaient pas particulièrement modifié leur façon de se nourrir malgré les interdits alimentaires.

Vécu du régime alimentaire

Nous avons tenté d'aborder le vécu du régime alimentaire chez ces femmes. Pour deux patientes sur les huit interrogées, le vécu a été plutôt positif puisque le régime n'a pas été ressenti comme étant « difficile » à suivre. Pour deux autres femmes, celui-ci a été négatif. L'une d'elle l'a qualifié de « frustrant » puisque la grossesse qui serait habituellement un moment où l'on « profite » s'était transformée en une accumulation de requêtes et de limitations. « Les rares choses qu'on avait encore le droit de manger, on y a plus le droit, c'est dur ». Une autre femme avait déjà parlé d'une thématique proche lors du premier entretien où elle nous avait dit « comment est-ce que vous voulez qu'on soit tranquille si vous voulez qu'on se pique les doigts toutes les trente secondes pour vérifier qu'il y ait pas un truc qui va de travers ? ». Le vécu d'une prescription pendant la grossesse peut donc se confronter aux représentations personnelles que celle-ci va susciter. L'absence de symptôme dans le diabète gestationnel (hormis les sensations de malaises lors d'hypoglycémies) semble rendre plus difficile l'acceptation de la prise en charge globale. Pour la deuxième femme, le vécu a été négatif à cause du manque important de sucre. Pour deux autres patientes, le vécu a été ambivalent puisqu'il a été ressenti à la fois comme étant positif et négatif. Le côté positif est le fait que ce régime les forçait à arrêter leurs mauvaises habitudes et leur donnait des pistes d'amélioration pour le futur. Par contre,

elles ont trouvé dans le même temps que celui-ci était une complication supplémentaire et une difficulté dont on souhaite la fin. Enfin, les deux dernières femmes interrogées ont eu un vécu « neutre », puisqu'elles ont dit avoir vécu le régime comme étant une priorité ou n'avoir pas eu l'impression d'en faire un du tout.

Nous pouvons donc observer à partir de notre analyse que plusieurs sentiments peuvent coexister dans le vécu des femmes suivant un régime alimentaire dû au diabète gestationnel. Cela semble fonction aussi de l'évolution de la maladie et de la motivation présente chez les patientes.

Par rapport au cas particulier d'antécédent de TCA, la femme concernée n'a que peu suivi le régime du fait de ses glycémies de bases correctes. Elle a pu mettre de la distance avec ses problèmes antérieurs et ne s'est pas sentie « rechuter » ou perturbée par le fait d'avoir été confrontée de nouveau à un contrôle de sa nourriture.

Autres résultats

Connaissances et informations reçues

Connaissances sur le diabète gestationnel

Nous avons posé une question aux patientes qui concernait les connaissances qu'elles avaient du diabète gestationnel ainsi que de ses complications et de ses risques. Les réponses ont été très hétérogènes, mais l'ensemble était correct. Cependant, tous les risques n'étaient pas connus de toutes les femmes. Quatre femmes ont déclaré qu'elles ne savaient pas « grand-chose ». Concernant le nouveau-né, les risques et complications qui ont été cités sont la macrosomie (le risque le plus connu), le diabète de type 2 et l'obésité à long terme et les hypoglycémies néonatales. Pour elles-mêmes, les complications retenues ont été les hypoglycémies avec la « fatigue » allant de pair, l'hypertension artérielle et le diabète de type 2 à long terme. Parfois, les patientes étaient mieux renseignées sur les complications liées à elles plutôt qu'à celles liées au fœtus.

Ce manque d'information a, pour certaines, été favorisé par le circuit de soin mis en place à Port-Royal, car beaucoup d'entre elles ont été directement adressé à l'HDJ après leurs tests pathologiques sans avoir vu au préalable un professionnel médical. Les informations qu'elles ont pu avoir ont été transmises par le biais d'un support papier, qui pour certaines femmes avaient été très clair, et pour d'autres moins, notamment pour celles maîtrisant moins le français. Quelques femmes ont également reçu des informations par l'entourage ou par internet. Une avait pris l'initiative de contacter sa sage-femme libérale afin d'avoir plus d'informations sur le diabète gestationnel.

Nous avons également interrogé les femmes sur leurs ressentis vis-à-vis du diabète gestationnel. Encore une fois, les réponses ont été très variées. Quelques patientes ont dit ressentir le diabète gestationnel comme étant une « contrainte » dans la vie quotidienne, surtout lorsqu'il y avait d'autres pathologies obstétricales associées, ce qui avait pour effet d'ajouter des rendez-vous à l'hôpital et de favoriser la fatigue de ces femmes. D'autres ont expliqué qu'elles l'avaient mal accepté. En effet, une patiente ne comprenait pas pourquoi on lui avait prescrit l'HGPO alors qu'elle ne présentait pas de facteurs de risque, et avait mal accepté le résultat de celui-ci puisque le taux de glycémie qu'elle avait eu à H1 était légèrement supérieur au seuil retenu. La difficulté à accepter le diabète gestationnel peut donc être corrélée au dépistage de celui-ci, et il semble alors important d'informer au maximum les patientes à qui l'on propose le dépistage. Cette patiente a également expliqué que pour elle, la macrosomie ne constituait pas forcément un problème en soi (tant que celle-ci était « raisonnable »), dans la mesure où elle s'inscrivait dans une histoire familiale puisque sa mère avait accouché sans complication d'enfants macrosomes et en bonne santé. Elle a aussi dit que la prise en charge apparaissait comme trop « lourde » et que cela faisait « beaucoup » notamment du fait d'une accumulation des requêtes d'ordre médical pendant la grossesse. « Je trouve que c'est beaucoup pour pas grand-chose ». « OK c'est neuf mois, mais ça fait déjà beaucoup ». Enfin pour d'autres femmes, le mot diabète avait fait « peur » car elles n'avaient eu aucune explication initialement à ce propos. « Je pense que le diabète quand on connaît pas, c'est un mot qui fait peur ».

Compréhension de l'hospitalisation

Concernant cette question, les réponses ont aussi été variées. Pour les femmes, l'hospitalisation a été l'occasion de vérifier les glycémies et faire un bilan, rencontrer des professionnels, apprendre à faire la surveillance glycémique, recevoir une éducation alimentaire, faire un exemple de journée type, éviter le recours aux médicaments en améliorant le régime quand celui-ci était déjà mis en place. L'ensemble de ces réponses était correct, on peut donc constater que le but de l'hospitalisation avait été bien compris. Néanmoins, l'intérêt de celle-ci n'a pas toujours été saisi puisque certaines femmes ont eu l'impression d'entrer dans un protocole très compliqué et non nécessaire (pas d'utilité d'être sur un lit). L'hospitalisation a également engendré de la « peur » chez une patiente car elle n'avait pas eu d'informations sur le déroulement de celle-ci.

La présence du conjoint (lorsque cela a été le cas) a été appréciée, puisque l'alimentation est une affaire touchant toute la famille. Cela permettait d'inclure le conjoint dans les changements alimentaires qui devaient se faire afin que ce dernier les comprenne mieux. De plus, cela a été l'occasion pour une femme de se « déculpabiliser » puisque les professionnels présents rappelaient

que le diabète gestationnel n'était pas dû à une faute ou un excès des femmes enceintes, mais qu'il survenait du fait de la grossesse.

Conseils hygiéno-diététiques

Dans l'ensemble, les conseils reçus lors de l'entretien avec la diététicienne ont été compris et assimilés, notamment en ce qui concerne la suppression du sucre d'assimilation rapide, le fractionnement des repas et l'équilibre en nutriment. Particulièrement le sucre car « quand on entend diabète, on entend tellement sucre que du coup c'est pas dur à éliminer ». L'instauration d'horaires fixes pour les repas a été cependant moins bien retenue.

Pour sept femmes sur dix, les conseils qui ont été donnés par la diététicienne et par les professionnels de manière générale étaient adaptés à leurs alimentations de base et tenaient compte des particularités. Quelques femmes ont dit avoir apprécié la démarche de vouloir corriger ce qui existait plutôt que de tout modifier et « chambouler ». Une femme a trouvé en revanche que les conseils n'étaient pas adaptés à sa façon de vivre et qu'elle ne respecterait pas certains objectifs trop difficiles à mettre en place, comme par exemple les horaires. « C'est pas du tout adapté à mon mode de vie. Je ne vais pas complètement changer, arrêter de dormir, manger... Non ça ne marchera pas ». Les deux autres femmes ne se sont pas réellement prononcées sur cette question. Parfois, des femmes ont trouvé qu'elles manquaient de repères et d'équivalence par rapport à certains plats culturels et traditionnels (par exemple des plats en sauce ou plus gras etc.), mais que malgré tout, les conseils reçus s'adaptaient plutôt bien à leurs alimentations.

Pour certaines femmes, recevoir des conseils diététiques a été positif puisque cela a été pour elles l'occasion d'une éducation alimentaire à plus long terme. En parlant de sa première expérience du diabète gestationnel, une patiente dit « l'éducation alimentaire pour le diabète gestationnel ça m'a beaucoup aidée pour comprendre certaines choses ». Pour d'autres, ces conseils ont été ressentis comme étant des contraintes non justifiées et contradictoires (par exemple le fait de ne pas grignoter entre les repas et de faire des collations). Cela pouvait parfois engendrer un stress supplémentaire pendant la grossesse, puisqu'une femme a eu l'impression que sa grossesse était surmédicalisée.

Pistes d'amélioration

En fin d'entretien, nous avons demandé aux patientes quels moyens auraient pu être mis en place pour leur permettre de mieux réussir l'ensemble des changements alimentaires qui leur sont demandés. Finalement, nous avons pu mettre en évidence cinq points distincts à travers notre analyse.

Le premier a été une normalisation plus grande de ce sujet dans le monde du travail et une acceptation des femmes enceintes dans la vie professionnelle. En effet, ce problème ne concerne pas seulement le diabète gestationnel mais également les gens avec une maladie chronique de façon plus générale (diabète de type 1 ou 2, dyslipidémies etc.). Une femme a expliqué qu'il semblait nécessaire de savoir imposer ses contraintes sans sentiment de honte ou de jugement. De même, la grossesse ne devrait pas être l'occasion de jugement et difficulté supplémentaire au sein de son travail.

La deuxième idée retrouvée concernait l'implication des hommes dans la grossesse de leurs conjointes par le biais également du monde de l'entreprise, en favorisant la possibilité pour eux d'assister aux rendez-vous importants lors de la grossesse. Une femme a rappelé que son enfant à naître était également celui de son mari et qu'elle ne souhaitait pas rester seule face aux différents événements liés à sa grossesse. Le fait d'inclure les conjoints en général dans la grossesse permettrait de mieux les sensibiliser pour qu'ils puissent apporter un soutien plus important à leurs femmes, principalement au niveau de la nourriture, afin qu'elles puissent être avec des personnes qui mangent comme elles ou qui respectent. Par exemple, une femme a expliqué que c'est lorsque son conjoint a assisté à l'échographie prévue dans la surveillance du RCIU de son enfant qu'il a réalisé qu'elle devait se reposer. « Là il a entendu ». Le même principe s'appliquerait au régime diététique en cas de diabète gestationnel, d'autant plus que l'alimentation est au cœur de la prise en charge.

Le troisième point, assez proche des deux autres, a été l'amélioration de l'acceptation de la maladie dans la société en général par une meilleure sensibilisation. Cela permettrait plus de compréhension de la part des gens proches des personnes touchées par une maladie nécessitant une prise en charge sur une longue durée, et moins de jugement afin de limiter les tentations et les freins à la mise en place des objectifs diététiques. Une femme expliquait qu'en effet, « il y a toujours pour les gens une marge de « oh, c'est pas grave » ».

En quatrième point, quelques femmes ont expliqué que le maintien d'une activité professionnelle permettait de rester occupée dans la journée et leur donner un rythme qui éviterait de faire des « fixations » sur les aliments.

Enfin, certaines patientes ont précisé qu'elles auraient aimé avoir plus d'idées de recettes pour leur faciliter la préparation des repas, ainsi que des supports plus ludiques. Une femme a raconté que lors de sa première grossesse, elle avait eu un diabète gestationnel également et avait fait une journée entière d'éducation alimentaire dans un autre hôpital. Elle a précisé avoir appréciée énormément le fait de bénéficier de supports, comme par exemple des fruits en plastique, afin de rendre la journée plus ludique et de recevoir des informations plus concrètes. D'autres femmes auraient aussi aimé avoir la possibilité de faxer leurs résultats de glycémies directement à l'hôpital afin de ne pas avoir à se déplacer, car cela leur engendrait des complications organisationnelles supplémentaires et une fatigue plus importante.

A l'unanimité, les femmes interrogées ont dit ne pas ressentir le besoin d'une aide supplémentaire de la part des professionnels de santé (excepté par le biais de supports écrits), mais que leurs observances dépendaient plus d'un travail personnel à faire, ainsi que de la facilité à le faire au sein du monde du travail et de son entourage.

Discussion

Résumé et discussion des principaux résultats

Dans un premier temps, cette étude a permis de mettre en évidence des freins et des éléments facilitateurs au suivi du régime alimentaire chez une femme enceinte ayant un diabète gestationnel.

A partir de notre analyse, nous avons repéré trois points importants qui ont impacté de façon négative le suivi du régime. Tout d'abord, l'environnement familial, social et professionnel a pu constituer un frein. En effet, les femmes ont expliqué avoir eu des difficultés à le respecter lors de regroupement entre amis et de dîners professionnels. D'autre part, la surveillance médicale de la grossesse a également été une source de difficultés, particulièrement lorsqu'il y a eu d'autres pathologies associées, car cela représentait plus de déplacements, de rendez-vous et de fatigue. Enfin, le vécu personnel est entré en compte dans l'observance de ces femmes, à travers les différentes sensations physiques et corporelles qu'elles ont ressenties durant la mise en place du régime diététique (par exemple l'appétit important, la sensation de satiété et la fatigue).

A l'inverse, nous avons identifié plusieurs éléments qui ont favorisé leurs observances. L'entourage familial et social a été une aide importante lorsque celui-ci apportait du soutien et de la motivation aux patientes. De même, nous avons constaté que les supports matériels mis en place par les professionnels afin d'expliquer les règles hygiéno-diététiques avaient été une source d'aide. Nous avons également vu que le fait d'avoir déjà eu l'expérience du diabète gestationnel et d'avoir ressenti un meilleur bien-être dû au régime a eu une influence positive sur les patientes. Par ailleurs, la grossesse a aussi été perçue comme une source de motivation importante, de même que le fait de devoir suivre un régime sur une durée limitée. Pour finir, le dernier facteur retrouvé dans cette étude a été le souhait chez certaines patientes d'éviter la médication.

Il existe donc différents facteurs qui influencent l'observance des femmes ayant un diabète gestationnel. Ces facteurs peuvent être séparés en deux grandes dimensions. La première dimension contient l'ensemble des facteurs liés à des croyances et des expériences propres à chaque patiente, par exemple le fait d'avoir le sentiment que le régime a un effet positif sur son organisme et son moral. La seconde dimension comprend les facteurs externes à la patiente notamment les personnes gravitant autour d'elle. On retrouve par exemple la famille, les amis et les collègues de travail. Ces deux dimensions singularisent les patientes dans leurs histoires, leurs contraintes et leurs croyances,

ce qui va modifier leurs comportements face à une prescription médicale. Il semble donc essentiel d'en tenir compte lors de l'élaboration d'un projet thérapeutique.

Nous ne retrouvons pas dans la littérature d'étude spécifique sur les éléments entrant en jeu dans le suivi du régime alimentaire chez des femmes ayant un diabète gestationnel. Ainsi, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux existant actuellement. Néanmoins, nous avons retrouvé dans l'étude de Tiv and al., certaines caractéristiques de patients souffrant de diabète de type 2 qui seraient plus à risque d'une mauvaise observance. Ainsi, un âge inférieur à 45 ans, une difficulté à gérer la prise de médicaments, une mise en pratique des recommandations reçues jugée trop lourde, une origine géographique autre qu'europpéenne, un manque de soutien familial ou social, des difficultés financières et une inquiétude vis-à-vis de l'avenir semblent être corrélés à une moins bonne observance [19]. Nos résultats sont en faveur de la littérature concernant le fait que le manque de soutien familial et social représente un obstacle au suivi du régime. L'inquiétude vis-à-vis du futur est également un résultat que nous retrouvons dans notre étude puisque différentes interrogations ont été exprimées lors de nos entretiens concernant l'évolution de la maladie avec la mise en place d'un traitement médicamenteux et la volonté de préserver la santé de leurs enfants à naître et leurs propres santés, cependant ces inquiétudes étaient sources de motivation chez les patientes et n'étaient pas liées à une mauvaise observance. En effet, la gravité et l'évolutivité de la maladie est un facteur qui va jouer sur l'observance [20]. Les recommandations jugées trop lourdes et les difficultés financières ont également été retrouvées dans notre étude, mais leurs liens avec le respect du régime alimentaire n'ont pas pu être démontrés. Les autres facteurs retrouvés dans l'étude de Tiv and al. n'ont pas pu être analysés dans notre contexte.

Notre hypothèse principale est validée partiellement puisque nous avons montré que l'environnement familial et social avait un impact sur l'observance. Cependant, il n'a pas été possible de mettre en lien l'environnement culturel et économique des patientes avec leurs observances. Notre hypothèse est donc infirmée.

Dans un second temps, cette étude a eu pour but de s'intéresser aux connaissances des patientes sur leur pathologie et aux informations qu'elles avaient reçues dans ce cadre. Nous avons constaté que la plupart des femmes avaient des connaissances sur les risques du diabète gestationnel à court et à long terme bien que quelques-unes ont eu le sentiment qu'elles ne connaissaient pas « grand-chose ». Toutes les complications évoquées étaient justes mais n'étaient pas exhaustives. Par exemple, certaines femmes avaient plus d'informations sur les risques qu'elles encouraient et moins sur ceux qu'encouraient leurs fœtus, alors que pour d'autres femmes, le contraire a été constaté. Cela

a pu être expliqué par le circuit mis en place à Port-Royal, car beaucoup de patientes n'avaient pas rencontré de professionnel médical entre le moment du diagnostic et l'HDJ. L'analyse des entretiens montre également que les femmes ne vivent pas le diabète gestationnel de la même façon. Certaines patientes ont évoqué des contraintes engendrées par celui-ci, d'autres ont eu du mal à accepter la pathologie et ont trouvé la prise en charge trop lourde et compliquée, d'autres encore ont ressenti de la peur au début. En ce qui concerne l'hospitalisation, le but de celle-ci a été relativement bien compris. Les femmes ont repris les différents points abordés au cours de l'hospitalisation, notamment la consultation diététique et l'apprentissage de la surveillance glycémique. Cependant, certaines femmes n'ont pas compris l'intérêt d'être hospitalisée une demi-journée. Cela leur a semblé non nécessaire, générateur de stress et chronophage. En ce qui concerne les informations reçues sur le suivi du régime, la majorité des femmes a trouvé que les conseils diététiques étaient adaptés à leurs alimentations. Les objectifs relatifs à l'arrêt du sucre à assimilation rapide, le fractionnement des repas et l'équilibre en nutriments ont été globalement bien retenus. En revanche, l'instauration d'horaires fixes a été moins bien assimilée par les femmes. Dans l'étude de Tiv and al., on retrouve également parmi les facteurs favorisant la mauvaise observance : une relation avec le médecin où le patient déclare décider seul, un besoin ressenti d'informations sur le traitement du diabète et d'accompagnement éducatif en plus du suivi médical habituel. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé ces résultats. Cela peut s'expliquer par le fait d'une temporalité relativement courte entre le diagnostic et la réalisation des entretiens, contrairement à l'étude de Tiv and al. qui évaluait l'observance chez des patients chroniques atteints de diabète de type 2.

Ainsi, notre hypothèse secondaire qui était que l'information transmise par le professionnel de santé et la compréhension de la maladie par les patientes jouaient un rôle dans leurs observances n'a pas pu être démontré. Notre hypothèse est donc infirmée. En revanche, nous retrouvons des éléments qui semblent indiquer que l'acceptation et le vécu relatifs au diabète gestationnel influencent l'observance des patientes.

Dans le livre *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*, les auteurs nous expliquent les raisons conditionnant les choix de santé qui sont fait par chacun d'entre nous. Ces choix sont nourris par les représentations personnelles que le patient se fait de sa maladie, de sa vulnérabilité et de sa capacité à se soigner, motivées à la base par un désir. Les croyances sont les moyens qui nous permettent de réaliser ce désir. Ils donnent un exemple : « je désire faire baisser ma température, je vais donc prendre des antibiotiques car je crois que ce sera efficace » [16]. Alors, pourquoi le désir semble parfois être en contradiction avec ce qui semblerait être la meilleure « option » d'un point de vue médical ? Les auteurs expliquent que la récompense de l'observance

thérapeutique apparaît comme lointaine et abstraite, alors que celle de la non-observance est « concrète, immédiate, presque visible » [16]. Ces deux options vont se croiser lors de moments de « tentations » ou de difficultés, pour choisir celle qui est la plus « raisonnable » sur le moment. Le choix le plus raisonnable n'est alors pas forcément celui qui conditionne notre santé future mais celui qui aura notre préférence immédiate [16] [21]. Ce phénomène est naturel et compréhensible. Alors comment améliorer l'observance ?

Dans notre étude, les patientes interrogées ont évoqué différentes pistes de progrès afin d'améliorer leurs observances. Le premier thème a été celui de la sensibilisation et de la normalisation au sein de la société du diabète gestationnel, et plus généralement des femmes enceintes, particulièrement dans le monde du travail. Cela réduirait les contraintes qui s'exercent sur elles au quotidien par leurs entourages. Le deuxième thème retrouvé a été l'implication plus importante des conjoints dans le suivi de la grossesse surtout au moment de la mise en place du régime alimentaire suite à la découverte du diabète gestationnel. Enfin, le dernier thème a été la mise en place de supports plus ludiques et d'idées de recettes au moment de l'apprentissage et de l'éducation alimentaire.

Ces idées indiquent une volonté d'agir essentiellement sur ce qui les entoure et les freine. Dans la littérature, nous retrouvons de nombreux auteurs qui se sont intéressés à l'observance, et plus particulièrement à son amélioration. La mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le patient constitue la base de ce travail. Il faut savoir ensuite aider le patient à acquérir des croyances de santé qui le tournent vers l'avenir en favorisant l'habitude (ne pas rappeler qu'il faut respecter un certain nombre d'impératifs sur une longue période) et les « récompenses » intermédiaires. Ces éléments semblent favoriser la prise de conscience, la motivation et l'engagement des patients [16].

Enfin, il semble dommage que la pratique d'une activité physique, lorsque l'état des femmes le permet, ne soit pas plus mis en avant dans la prise en charge du diabète gestationnel. En effet, celle-ci a été très peu abordée bien que les données actuelles de la science ont permis d'établir un lien avec l'équilibre glycémique.

Implications et perspectives

L'adhésion par la patiente à son projet thérapeutique semble essentielle à sa réussite car elle pourrait limiter le risque d'échec. La mise en place d'insuline ne serait pas le résultat d'une faible observance mais bien d'une intolérance glucidique réelle nécessitant un traitement médicamenteux.

Dans l'étude de Tiv and. al, le besoin ressenti d'accompagnement éducatif en plus du suivi médical habituel constituait un des critères favorisant la mauvaise observance. Le terme d'éducation est ici très intéressant car il semble s'opposer à la simple idée qu'informer suffise à « générer » de l'observance. L'éducation thérapeutique, contrairement à l'information, a pour but d'aider le patient à devenir l'acteur principal de ses soins et de sa santé, afin d'en faire un véritable partenaire thérapeutique [16]. (« Ce n'est pas parce que j'ai toute cette information que j'ai toujours bien fait. J'adore tout le contraire de ce qui est bien pour la santé »).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1996 l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elle « 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 » [22] [23]. L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologie, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Le but n'est pas seulement que le patient acquiert des compétences d'auto-soins, mais également qu'il acquiert des compétences d'adaptation basées sur son vécu et son expérience antérieure [23]. Cela implique la mise en place d'activités de sensibilisation, d'apprentissage et d'un soutien psychologique. L'ETP est destinée non seulement aux personnes concernées par une maladie chronique mais également à leurs proches lorsque ceux-ci souhaitent s'impliquer davantage. La Haute Autorité de Santé (HAS) propose en 2007 plusieurs étapes dans la construction d'un projet d'éducation thérapeutique. Ces étapes sont l'élaboration d'un diagnostic éducatif, la définition d'un programme personnalisé avec les priorités d'apprentissage, la planification de séances d'ETP puis la réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme [23].

Dans cette vision, le contrat thérapeutique scellant « l'alliance thérapeutique » ne concerne pas le patient et le soignant mais concerne le malade « rationnel » et le malade « émotionnel », où le soignant joue le rôle d'un tiers facilitateur [24]. Il va aider le patient à acquérir des ressources qui lui sont propres afin d'assurer la meilleure prise en charge thérapeutique. Il s'agit d'un élément important car le soignant a réellement intérêt à modifier son approche s'il souhaite améliorer l'observance des patients, puisqu'actuellement, la relation soignant-soigné moderne tend uniquement à proposer la meilleure prestation à l'aide d'une objectivation scientifique sans tenir compte de la propre « expertise » du patient [23]. Cette difficulté s'explique aussi par une angoisse présente chez le soignant qui, s'il ne donne pas l'ensemble des informations relatives au suivi de la maladie et ne réagit pas proportionnellement à ce que lui dit le patient, aura l'impression de ne pas lui venir en aide comme il se doit [16].

L'ETP apporte des éléments de réponse clés à propos de notre sujet car le diabète gestationnel nécessite un engagement important de la part des femmes (pluriquotidien sur une

période de plusieurs mois), qu'il faut réussir à faire perdurer, non seulement dans le but de voir leurs grossesses et leurs accouchements se dérouler dans des conditions optimales, mais aussi à plus long terme car ce sont des patientes plus à risque de développer un diabète de type 2 dans le futur. Cependant, l'ETP ne s'adapte pas entièrement au diabète gestationnel et à la grossesse puisque par définition, le contexte n'est pas le même qu'une maladie chronique. De plus, à travers nos entretiens, nous avons vu que la grossesse engendre une motivation qui est centrale dans l'observance. Cet élément important est absent du contexte des maladies chroniques. Il serait donc intéressant de développer un modèle d'ETP adapté aux particularités qui découlent de la grossesse en se basant sur les principes fondamentaux de celle-ci. La clé d'une bonne observance dans le cadre du diabète gestationnel résiderait donc dans l'accompagnement des femmes à travers une aide personnalisée favorisant leur « capacité », associé à l'intégration des contraintes sociales s'exerçant sur elles.

Dans ce contexte, il semble que la sage-femme pourrait avoir un rôle très intéressant dans la prise en charge des femmes ayant un diabète gestationnel. Son implication au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, diététiciens) pourrait être complémentaire et permettrait, au-delà du suivi purement médical, de dépister les éléments qui vont impacter l'observance des patientes. En effet, notre métier de sage-femme implique une surveillance médicale adaptée et nécessaire de la grossesse, mais également un accompagnement plus global de la femme enceinte face aux multiples changements qu'elle voit survenir au moment de sa grossesse. Nous sommes donc au cœur de leurs suivis à travers l'ensemble des sphères médicale, psychologique et sociale. Notre rôle de promotion de la santé nous amène également à parler d'équilibre alimentaire avec l'ensemble de nos patientes pendant leurs grossesses, diabétiques ou non, puisque celles-ci constituent une période propice à la sensibilisation à la santé.

Terminons cette discussion avec une citation particulièrement intéressante issue d'un entretien : « Je ne sais pas s'il y a des gens qui ont une alimentation équilibrée parfaite tout le temps, donc forcément... »

Forces et limites

Une des forces de cette étude est l'originalité de sa problématique. En effet, bien qu'il existe dans la littérature des articles traitant de l'observance, nous n'avons pas retrouvé d'étude traitant des facteurs influençant le suivi du régime diététique pendant la période particulière de la grossesse.

Un autre point fort est que ce sujet aborde un véritable problème de santé publique puisque le diabète gestationnel a un réel impact sur la santé du couple mère-enfant à court moyen et long terme.

La principale limite de cette étude est son échantillon faible. En effet, certains facteurs comme l'influence de l'environnement économique n'ont pas pu être réellement étudiés car la population n'a pas été assez hétérogène. Toutes les femmes avaient en effet une sécurité sociale et une mutuelle, alors qu'une situation sociale plus précaire aurait pu être liée à plus de difficultés dans le suivi du régime du fait des difficultés économiques.

Il existe aussi un biais d'information car lors d'un entretien, des données ont été perdues suite à un souci logistique.

Conclusion

Ce travail nous a permis de mettre en évidence le rôle de l'environnement familial, social et professionnel dans le suivi du régime diététique chez les femmes ayant un diabète gestationnel. Celui-ci peut avoir un impact aussi bien positif que négatif. Nous n'avons pas pu mettre en lien l'environnement culturel et économique des patientes avec leurs observances. De même, la qualité des informations transmises par le soignant et les connaissances des patientes sur leur maladie ne semblent pas avoir un impact sur le respect du régime alimentaire. Cependant, ces résultats sont à nuancer du fait de notre faible échantillon qui ne nous a pas permis de conclure réellement sur nos hypothèses. A travers l'analyse de nos entretiens, nous avons retrouvé d'autres éléments influençant l'observance des femmes interrogées tels que les expériences et le vécu personnels, la surveillance accrue de la grossesse et la présence d'une motivation particulière et en premier lieu la grossesse.

Nous avons également pu faire ressortir des pistes d'amélioration et d'aide grâce aux différents entretiens qui ont été menés, telles que l'intégration plus importante des femmes enceintes (ayant un diabète gestationnel) dans la société et le monde du travail, et le renforcement de l'implication des conjoints dans le suivi de la grossesse.

La réussite du régime alimentaire chez ces patientes semble également résider dans leur adhésion au projet thérapeutique mis en place. Cette adhésion pourrait être facilitée par la mise en pratique du concept d'éducation thérapeutique, adapté au contexte de la grossesse. Il serait donc intéressant de mener une étude qui monterait un protocole basé sur l'éducation thérapeutique et évaluerait son efficacité dans l'amélioration du suivi du régime diététique et du bien-être des femmes enceintes ayant un diabète gestationnel.

Bibliographie

1. World Health Organisation, *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication*, 1999
2. CNGOF, Société francophone du diabète, *Recommandations pour la pratique clinique : Le diabète gestationnel*, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342, 2010
3. Kelly J. Hunt, PhD and Kelly L. Schuller, PhD, *The Increasing Prevalence of Diabetes in Pregnancy*, Obstet Gynecol Clin North Am. 2007 June; 34(2) 173-vii, 2007
4. Oded Langer, Yariv Yogev, Orli Most, Elly M.J. Xenakis, *Gestational Diabetes : The Consequences of Not Treating*, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2005
5. Poolsup N, Suksomboon N, Amin M, *Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus : A Systematic Review and Meta-Analysis*, PLoS ONE9(3) e92485, doi:10.1371/journal.pone.0092485, 2014
6. Major CA, Henry MJ, De Veciana M, Morgan MA, *The effects of carbohydrate restriction in patients with diet-controlled gestational diabetes*, Obstet Gynecol, 1998
7. Fernandez G, *Relations entre alimentation et santé dans la famille et leur construction dans des espaces intergénérationnels. Quels enjeux pour les mères de famille ?*, Cahiers d'économie et sociologie rurales, n°82-83, 2007
8. Faustine Régnier, Ana Masullo, « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie* 2009/4 (Vol. 50), p. 747-773. DOI 10.3917/rfs.504.0747
9. « Chapitre 5 - Alimentation et évolution de la consommation », in CIHEAM, *MediTERRA 2008*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Annuels », 2008 (), p. 149-171
10. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, *Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation, Rapport du groupe de travail « Toxoplasma gondii » de l'Afssa*, décembre 2005

11. Institut de Veille Sanitaire, *Prévention de la listériose chez les femmes enceintes, les patients immunodéprimés et les personnes âgées*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 1995 n°23

12. Smedley J, M Jancey J, Dhaliwal S, Zhao Y, MDR Monteiro S, and Howat P, *Women's reported health behaviours before and during pregnancy: A retrospective study*, Health Education Journal January 2014 73: 28-40, first published on January 8, 2013 doi:10.1177/0017896912469570

13. Fischler Claude, *La douceur et l'autocontrôle*, in Marie-Sylvie Billaux, *Le goût du sucre Autrement « Mutations »*, 2010 p. 71-77.

14. Grimaldi A, "L'observance du diabétique de type 2 a-t-elle un sens ?" in Houchang Guilyardi, *La livre de chair Association Psychanalyse et Médecine « Hors collection »*, 2012 p.37-42

15. Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L., *Compliance in Health Care*, John Hopkins University Press, 1979

16. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A, *Education thérapeutique : Prévention et maladies chroniques*, Elsevier Masson Abreges, 2013, 3^{ème} édition, 370p

17. Fournier Tristan, *Suivre ou s'écarter de la prescription diététique. Les effets du « manger ensemble » et du « vivre ensemble » chez des personnes hypercholestérolémiques en France, Sciences sociales et santé*, 2012/2 Vol. 30, p. 35-60. URL : www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2012-2-page-35.htm. DOI : 10.3917/sss.302.0035

18. Reach G, *Non-observance thérapeutique et addiction, deux manifestations de l'impatience*, Psychotropes, 2009/4 Vol. 15, p. 71-94. DOI : 10.3917/psyt.154.0071

19. M Tiv, F Mauny, J Veil, C Fournier, A Weill, E Eschwege, A Fagot-Campagna, A Penfornis, *Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT2)*, étude Entred 2007-2010

20. Halimi S., *Diabète Education, Santé-Education 2002*, 2002

21. Ainslie G, *Picoeconomics : the strategic interaction of successive motivational states within the person*. Cambridge : Cambridge University Press ; 1992

22. Rapport de l'OMS-Europe, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, publié en 1996, traduit en français en 1998

23. Haute Autorité de Santé, *Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation*, recommandations juin 2007 issues d'une des parties du guide méthodologique : « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » - Guide méthodologique – juin 2007

24. Grimaldi A, La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques, *conférence lors de la XXIe journée de l'Ordre, Paris, le 6 novembre 2008*

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien n°1

Patiente :

Date :

Terme :

	Réponses, expressions
Histoire personnelle	
Est-ce que vous êtes en couple ?	
Avez-vous des enfants ? Des personnes à charge ?	
Est-ce que vous travaillez ?	
Comment ça se passe au quotidien à la maison ? Au travail ? (problèmes, pénibilité, épanouissement)	
Avez-vous déjà eu des problèmes alimentaires en particulier ? Avez-vous déjà suivi un régime ? Comment l'avez-vous vécu ?	
Est-ce que c'était une grossesse voulue/surprise ? Quel impact cela a-t-il eu sur votre quotidien/alimentation ?	
Environnement et alimentation	
Comment vous définiriez un repas équilibré ? Est-ce que vous pouvez en préparer en général ? Si non, pourquoi (famille, économie, temps, autre)	
Par rapport à votre alimentation habituelle, quels changements avez-vous déjà effectués quand vous avez su que vous aviez un diabète de la grossesse ? Pourquoi ces changements en particulier ?	

Est-ce que vous pouvez acheter ce que vous voulez quand vous faites des courses alimentaires ? Si non pourquoi (famille, économie, autre)	
Est-ce que vous êtes aidée au quotidien ? (famille, autre)	
Personnellement, comment vous décririez votre rapport à la nourriture, au sucre ?	
Est-ce que vous préparez des plats « traditionnels » ? Sont-ils plutôt sucrés ? Trouvez-vous que les conseils des professionnels tiennent compte de votre alimentation ou bien sont-ils trop généraux ?	
Connaissance sur le diabète et infos comprises	
Est-ce que vous avez compris pourquoi vous êtes hospitalisée ? Pourquoi on vous conseille de suivre un régime ?	
Qu'est-ce que le diabète ?	
Quels conseils avez-vous retenus des professionnels (diététicienne, G/O, SF...) ?	
Est-ce que vous ressentez de l'appréhension quant au régime à suivre ?	

Annexe 2 : Grille d'entretien n°2

Patiente :

Date :

Glycémies :

Insuline : oui/non

	Réponses, expressions
Alimentation depuis 1^{er} entretien	
Lecture à la patiente de son alimentation type vu avec la diététicienne (jaune) et des objectifs fixés par celle-ci pour la suite (fiche blanche)	
Diriez-vous que vous avez réussi à suivre le régime jusqu'à maintenant ? Pourquoi ?	
Quels sont les changements que vous avez faits ? Quelles sont les choses que vous n'avez pas réussi à changer ? (proportions, aliments interdits, heure, collations...) Pourquoi d'après vous ?	
Facteurs influençants et vécu du régime	
Quel est votre vécu du régime jusqu'à présent ? positif/négatif	
Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées? Pourquoi ? (soutien, délai, économiques, infos inadaptées, pression sociale, personnelles, autre...)	
Est-ce qu'il y a des choses, des moyens, des personnes qui vous ont aidés à suivre le régime ? Pourquoi ?	

<p>Quelle est la place de la grossesse dans le régime : est-ce que cela vous a aidée ou au contraire est-ce que ça a été un frein ? Pourquoi ?</p>	
<p>Pistes d'amélioration</p>	
<p>Selon vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux suivre le régime par la suite ? (aide extérieure, RDV, AT, autonomie, explications adaptées avec supports pédagogiques...)</p>	

Annexe 3 : Exemple de retranscription du premier entretien

Entretien 5.1 (le 23/10/15)

- Vous êtes en couple j'ai vu.
- Oui.
- Est-ce que vous avez des enfants, des personnes à charge ?
- Non.
- Vous travaillez ?
- Oui.
- Vous faites quoi ?
- Je suis gardienne d'immeuble.
- Vous êtes en arrêt en ce moment ?
- Oui, depuis le 15 septembre.
- D'accord. C'est pour votre congé maternité ?
- Non. C'est parce que j'avais eu une menace d'accouchement prématuré.
- Comment ça se passe au quotidien à la maison, au travail ?
- Je reste le plus souvent... Depuis que je suis en MAP ?
- Oui, actuellement là.
- Je reste le plus souvent allongée mais là un petit peu moins qu'au départ, parce qu'au départ j'étais à 28SA, donc c'était encore en très grande prématurité. Là dans une semaine se sera bon donc je m'autorise un peu, enfin je me lève pas non plus beaucoup mais, un peu plus qu'à 28SA quoi. A 28SA, je faisais vraiment rien.
- D'accord. Et du coup comment ça se passe pour la préparation des repas, les courses tout ça ?
- C'est mon conjoint qui fait tout ça. Moi j'essaie le midi, enfin voilà c'est les fois où je m'autorise à me lever pour faire à manger quand lui il a pas le temps parce qu'il rentre pour déjeuner le midi. Et puis voilà. C'est les seules fois où je peux me lever.
- Donc finalement vous êtes assez aidée au quotidien ?
- Oui, très très aidée.
- Est-ce que vous avez déjà eu des problèmes alimentaires particuliers ?
- Non.
- Rien de spécial ?
- Non.
- Est-ce que vous avez déjà suivi un régime ?
- En fait, euh j'ai pris beaucoup de poids à l'arrêt du tabac, il y a 5 ans. Et avant cet arrêt, mais c'est pas forcément un régime parce que j'étais pas vraiment en surpoids, mais je faisais attention à ce que je mangeais et là j'avais beaucoup perdu. Et quand j'ai arrêté de fumer, j'ai pris, j'ai dû prendre 15 kilos, parce que je grignotais beaucoup en fait pour compenser l'arrêt du tabac. Alors j'en ai perdu, j'ai pas reperdu tout ce que j'avais pris, parce que j'étais partie de 55kilos et je suis arrivée à 77kilos presque, quand j'ai arrêté. Et là avant ma grossesse je faisais 69 kilos donc... J'ai pas retrouvé mon poids.
- C'est après que vous ayez arrêté de fumer que vous avez entamé un régime c'est ça ?
- Non c'était avant. Mais même avant d'entamer le régime, j'étais moins que ce que j'avais pris.
- Et c'était quel type de régime ?
- Oh c'était que je faisais attention quoi. Je mangeais plus trop de pain, plus trop de sucreries. Parce que je suis très sucré à la base. Donc voilà j'essayais de limiter ça.
- Du coup votre relation avec le sucre elle est un peu addictive ou pas ? Vous diriez que c'est comment ?

- Non je pense que c'est une question de goût. Après effectivement si j'ai des baisses de moral, là que j'ai pu avoir tout au long de ma vie, effectivement peut être que le sucre... Ca appelle un peu plus le sucre mais addictif, j'irai pas jusque-là non.
- Vous contrôlez quand même assez ?
- Oui.
- C'était une grossesse voulue ?
- Oui.
- Et quel impact ça a eu sur le quotidien ? Bon là du coup vous êtes arrêtée, au lit etc. Mais dans l'alimentation est-ce que ça a modifié des choses ou pas ?
- En fait au début de ma grossesse, moi qui étais très sucré, j'étais très salé. Et au début de ma grossesse jusqu'à là récemment, je mangeais plus salé, le sucre même m'écœurait presque en fait. J'avais pas cette envie de sucre comme... Donc ça, ça s'est un peu modifié.
- Et dans le type d'aliments aussi peut-être ?
- Oui, enfin tout ce qui était sucré ça m'écœurait vite en fait. Mais j'en avais même pas envie.
- Et c'est revenu un peu après ?
- Oui c'est revenu après. Là mais récemment.
- Et donc avant qu'on vous fasse le test pour le diabète gestationnel, vous aviez la même alimentation qu'avant la grossesse dans les quantités ?
- Dans les quantités, curieusement je mangeais moins parce que comme j'avais des aigreurs à l'estomac, enfin j'en ai toujours d'ailleurs, et que j'étais vite rassasiée en fait.
- D'accord. Peut-être que vous mangiez plus souvent ?
- Oui.
- Comment vous définiriez un repas équilibré ?
- Comment je le définis ou comment je mange moi ?
- Non, vous dans votre...
- Dans mon alimentation de tous les jours ou dans ma vision ?
- Non, dans votre vision du repas équilibré, qu'est-ce que ce serait ?
- Ce serait une entrée, un plat, un dessert quoi. Avec beaucoup de légumes, peu de féculents et peu de sucre. Voilà (rires).
- Et le dessert ce serait quoi par exemple ?
- Un yaourt ou un laitage.
- D'accord. Et l'entrée ?
- L'entrée ce serait des crudités, des tomates. C'est ce qu'on fait de temps en temps mais ça fait beaucoup après, une entrée, un plat... Donc c'est pour ça qu'en général, l'entrée, on la prend pas.
- Et justement par rapport à ce schéma, cette idée, vous arrivez à le faire souvent ?
- Pour l'entrée non. Ça va être soit une salade mais on va manger que ça, soit on va... C'est rare qu'on prenne une entrée, un plat.
- Et du coup, pourquoi ?
- Ca fait trop je trouve.
- Et pour tout ce que vous me disiez du coup, les légumes, tout ça, vous... ?
- Oui, ça j'aime bien les légumes.
- Là quels changements vous avez commencés à faire depuis qu'on vous a dit que vous aviez un diabète gestationnel ? C'est un peu ce que vous expliquiez tout à l'heure.
- Voilà. Là j'ai supprimé le sucre, donc tout ce qui est sucre rapide : chocolat, le sucre, les yaourts sucrés, la confiture. Et puis, je prenais... Même avant ma grossesse je buvais pas mal de coca que j'avais arrêté là parce que j'étais pas très sucre et qui est revenu là. Voilà.
- Et donc ça aussi vous avez... ?
- Oui.
- Quand vous faites des courses alimentaires, vous ou votre conjoint, vous pouvez acheter ce que vous voulez ça c'est pas un souci ? Même vous quand vous avez des envies, il les achète derrière ?

- En fait avant, quand j'ai perdu les kilos avant d'arrêter de fumer, pour me limiter au niveau chocolat tout ça, j'en prenais pas en fait. Comme ça si j'avais envie à un moment précis, ça me permettait d'aller l'acheter mais pas de les avoir sous la main. Alors mon conjoint c'est un peu compliqué parce que lui il est pareil, il est sucré et salé, enfin il est les deux. Mais du coup il en achète et peut-être qu'effectivement on est un peu plus tentés. Si j'en avais moins à la maison, peut être que du coup j'en aurais moins envie.
- Et là vous pensez que si vous lui dites qu'il faut mieux éviter d'en acheter il le fera ?
- (rires) Je sais pas. Ben, oui, enfin ça me viendrait pas à l'idée de lui dire parce que si je peux pas je peux pas. Je sais me raisonner aussi. Je vais pas... Enfin, voilà après je suis pas dans l'attitude incontrôlable.
- Oui même s'il y en a vous en prendrez pas forcément.
- Voilà.
- OK. Est-ce que vous trouvez que les conseils qu'on vous donne en général, que ce soit la diététicienne ou d'autres intervenants possibles, tiennent compte de votre alimentation ? Sont trop générales ? [Est-ce que c'est adapté ?]
- Non, parce qu'elle m'a posé la question de ce que je mangeais déjà à la base donc voilà. Après, effectivement elle a répondu à mes questions sur ce que je mangeais ou là sur ce que je pouvais plus manger après donc c'est clair.
- D'accord.
- Dans les conseils qu'elle vous a donné ou même pareil en général, d'autres professionnels, qu'est-ce que vous avez le plus retenu, qu'est-ce que vous allez appliquer ?
- J'ai retenu qu'en fait il fallait quand même suivre... Que c'était assez strict quand même. Du coup que ça demandait une discipline. Pas seulement de se piquer avant chaque repas et après, mais aussi de vraiment peser les aliments, ce que j'ai jamais fait. Et puis c'est cette collation-là, même si on a pas faim, de la prendre. Donc ça c'est des choses que je vais devoir appliquer et qui vont être peut être un peu contraignant.
- Par rapport à ça, vous avez un peu d'appréhension ?
- Non après je pense que c'est mécanique. Après je serai habituée.
- Donc comme vous serez habituée, ça sera plus facile. Mais pour les premiers jours du coup ?
- Je pense que oui, pour les premiers jours ce sera... Et puis oui la crainte de pas bien faire. De toute façon, je me dis que ce n'est pas pour longtemps.
- Ça ça vous aide ? Ça vous motive ?
- Oui beaucoup. Parce qu'on m'aurait dit ça à l'époque où j'avais fait le HGPO par exemple, à 6 mois de grossesse, je me serais dit... Là voilà. Je sais qu'au pire ce sera un mois, au mieux ce sera 15 jours, 3 semaines.
- D'accord, OK. Qu'est-ce qui vous semble... Parce que vous avez dit que c'est très strict de contrôler ce qu'on mange, de prendre des collations, et ça c'est par rapport à quoi que vous sentez que ça va être compliqué ? C'est en termes d'organisation ?
- Pas compliqué mais contraignant. Oui, enfin contraignant. Ne pas manger euh, en plus il faut manger toujours aux heures précises. En plus, moi j'ai tendance à manger quand j'ai faim quoi (rires), donc j'ai pas trop de... Surtout là, quand on travaille encore on a un rythme, on arrive à manger à peu près aux mêmes heures. Mais quand on travaille pas, quand on est inactive, on mange vraiment quand on a faim quoi. Là je sais que je vais devoir respecter les horaires.
- Donc c'est un peu l'organisation et se forcer à faire ce que vous auriez pas fait d'habitude.
- Oui. Est-ce que vous avez compris le but de l'hospitalisation ? Pourquoi on vous a hospitalisé aujourd'hui ?
- Oui.
- Qu'est-ce que vous avez compris du coup ?
- Que mes taux étaient pas bons. Donc du coup qu'il fallait surveiller pour le bébé et pour moi. Enfin voilà, pour le bien de nous deux. (petits rires).
- Et par rapport à ça, qu'est-ce que vous savez sur le diabète de grossesse, quelles conséquences il peut y avoir ?

- Je sais que ça peut créer de l'hypertension, que ça peut créer un accouchement prématuré. Déjà j'avais ce risque-là. Enfin voilà, que ça peut avoir des complications.
- De quel type ? Vous avez parlé d'hypertension, prématuré. Il y a d'autres choses que vous avez en tête ?
- Non c'est ce que j'ai en tête.
- Et sur le diabète en lui-même qu'est-ce que vous en savez ? Qu'est-ce que vous connaissez du diabète ?
- Pas grand-chose parce que ma famille elle est pas touchée. Je sais que le papa, mon conjoint, est diabétique donc voilà. Mais il a pas d'insuline, il est pas traité, il a juste un régime à vie. Mais voilà c'est pas encore... Mais bon, j'ai déjà vu des gens avec des gros soucis au niveau... Enfin voilà, quand on se blesse, c'est compliqué la cicatrisation. Ça peut vite dégénérer en fait.
- Par rapport à ça justement, est-ce que vous trouvez qu'on vous donne assez d'informations ? Est-ce que vous trouvez que c'est complet ?
- Vous me parliez de risque là, les risques vraiment pour le bébé et pour moi... Pour moi je sais que ça peut être de l'hypertension et un accouchement prématuré mais après sur les conséquences réelles que ça peut avoir... Si après je sais que ça peut créer aussi un diabète pour moi plus tard donc c'est à surveiller mais...
- Donc peut être que pour vous, vous avez plus d'infos que pour le bébé ?
- Oui que pour le bébé.
- Et qui vous a donné les infos ? Des professionnels quand on vous a dit que... ?
- Non mais je vais beaucoup sur internet en fait pour voir ces risques-là. J'ai pioché un peu les infos à droite à gauche. Et ce qu'on m'a dit aussi ici. On m'a dit certaines choses.
- Aujourd'hui ?
- Enfin même avant. Peut-être pas effectivement en détails parce que j'ai pas posé moi non plus les questions.
- Vous n'étiez pas encore concernée du coup à ce moment-là ?
- Oui. Enfin quand on m'a fait l'HGPO, qu'on m'avait dit que c'était un gros bébé et qu'il fallait éliminer cette possibilité-là, on m'en avait dit un peu.
- OK. Je pense qu'on a tout vu pour le premier entretien. Est-ce que vous vous avez des choses à rajouter ?
- Non. Rien de particulier.
- Merci beaucoup.

Annexe 4 : Exemple de retranscription du deuxième entretien

Entretien 5.2 (le 03/11/15)

- Parfait. Du coup par rapport à la 1^{ère} fois, donc vous avez parlé de votre alimentation, que globalement il y avait des choses positives parce que vous aviez déjà retiré les sucres, il y avait juste le jus de fruits je crois.
- Oui.
- Et le fait que vous mangiez soit des légumes soit des féculents mais pas forcément les 2 ensemble. Du coup par rapport à ça et des objectifs après qu'elle vous a donnés sur les heures etc., est-ce que vous avez réussi à suivre le régime ?
- Oui oui je l'ai suivi assez correctement, d'ailleurs ça se voit sur les tests de glycémie. Alors après il y a eu des fois au niveau des heures notamment, parce que comme moi je travaille plus depuis un petit moment et que je me cale par rapport à mon conjoint, au niveau des horaires, c'est vrai que parfois on est un peu en décalé et que ça peut parfois jouer sur les heures de prise de repas par rapport... Mais bon en général, j'essaie de maintenir les mêmes horaires.
- Dans ce cas-là, vous faites des petites collations habituellement ?
- Oui c'est ça, donc ça va assez bien.
- Vous avez réussi à faire et légumes et féculents, à ne plus prendre le jus de fruits le matin ?
- Oui, oui. C'est dur le jus de fruits du matin mais j'y arrive.
- A un moment vos glycémies étaient équilibrées (?). Donc là on vient de le dire un peu, mais du coup est-ce qu'il y a des choses que vous n'avez pas réussi à changer par rapport à ce qu'on vous a dit ?
- Non non.
- A part les heures parfois mais bon ça c'est plus... ?
- Oui. Non non j'arrive à respecter ce qu'ils me disent pas de souci.
- Pour notamment les fruits aussi maintenant vous les prenez en collation ?
- Oui.
- D'accord, par rapport à ça, qu'est-ce qui a été difficile peut être dans le suivi du régime ?
- C'est quand j'avais faim, d'attendre soit la collation soit le repas, et puis tout ce qui est sans sucre, le thé sans sucre j'ai un peu de mal, les yaourts nature sans sucre c'est un peu compliqué. Euh après au niveau quantités je mange plus qu'avant.
- Oui c'était un des objectifs aussi.
- Oui, je mange plus qu'avant mais plus équilibré du coup, parce que moins sucré. En début de grossesse j'étais pas trop sucrée, et puis... J'ai toujours été plus sucrée que ça d'ailleurs mais en début de grossesse j'étais... Ça m'écœurait très vite. Et au moment où j'ai refait les tests HGPO, avant, juste un peu avant de refaire le 2^{ème} test du diabète, j'avais à nouveau des envies de sucre. Donc oui c'est parfois un peu dur, ou alors de me cantonner, parce que dans les collations j'avais droit à 3 biscuits petits beurre (rires). Voilà, c'est dur de se limiter à 3.
- C'était peut-être pas suffisant par rapport à votre appétit ou plutôt vos envies ?
- Ben les 2.
- Finalement le repas et la collation c'était pas trop, ça suffisait pas ?
- Non, des fois ça allait, des fois c'était compliqué.
- Et est-ce qu'il y a eu d'autres difficultés par rapport aux objectifs ?

- Non non juste ça.
- Dans l'organisation ?
- Non, dans l'organisation non.
- Est-ce que par contre au contraire il y a eu des moyens, des personnes qui vous ont aidé à mieux suivre le régime, et si c'est le cas, qu'est-ce qui vous a aidée du coup ?
- Mon conjoint c'est lui qui a fait à manger jusqu'à présent, donc oui il essayait beaucoup d'équilibrer la façon de manger pour nous 2, parce qu'on faisait pas 2 plats différents donc oui, en mettant des féculents et des légumes il m'a beaucoup aidée dans ce sens. Voilà il a pris en compte mon régime pour qu'il soit adapté à moi mais aussi à lui sans qu'il ait de manque particulier.
- Ok d'accord. Pas d'autres choses ? C'est pas forcément les professionnels qui vous ont aidé ou bien les fiches, les supports ?
- Non non ça été clair en hôpital de jour, ça a été assez clair. Et puis je regardais si j'avais un trou de mémoire, je regardais ce qu'il m'avait donné comme régime, c'était assez bien fait donc il suffisait de le suivre.
- Oui, il y avait les bonnes infos.
- Oui.
- Du coup comment vous avez vécu ces 1ers jours de régime globalement ?
- J'ai hâte que ça se termine quand même, mais en même temps voilà je sens que c'est plus sain quand même, donc peut-être que je ne suivrai pas à la lettre plus tard s'il n'y a pas un diabète qui s'installe, ce que je souhaite, mais en tous cas ça donne des pistes sur une alimentation plus équilibrée, plus variée, moins sucrée même pour après donc c'est une bonne chose finalement.
- Et le vécu un peu plus négatif c'est par rapport à quoi du coup ?
- C'est le fait de ne pas pouvoir manger quand on a faim en fait. De respecter... Il y a des fois où j'ai eu envie d'un fruit, je me suis dit c'est pas l'heure (rires) voilà. C'était plus ça, c'était plus manger, ou même la gourmandise.
- Se restreindre. Par rapport à ça, enfin à ces difficultés, globalement est-ce qu'il y a des choses qui pourraient aider à mieux respecter ce régime ou à le faciliter en tous cas ?
- Je trouve qu'il est pas très contraignant parce qu'il y a des choses dont j'ai le droit en fait, tout est dans la mesure, d'être dans la juste mesure des choses, et ça c'est valable pour toute la vie du coup.
- Mais par rapport aux envies, est-ce qu'il y a des choses qui auraient pu être mises en place ?
- Non je crois pas, après, la raison, ma raison (rires) ? Gérer mieux que ce que j'ai géré là. Après il y a peut-être des moments où ce sera vraiment très très dur, où je craquerais mais...
- Finalement c'est un travail personnel ?
- Oui juste des choses à mettre en place à part d'autres personnes, c'est plus moi. Là c'est plus ou moins facile parce qu'il y a un enjeu et voilà, si c'était pour moi, rien que pour moi, peut-être que j'aurais plus de difficultés. Là il y a une motivation enfin... Donc c'est un peu contraignant mais c'est pas si difficile que ça, après on s'y fait et on se dit que c'est pour le bébé aussi. S'il y a plus le bébé c'est sûr que ce serait peut-être plus difficile, s'il n'y avait pas eu cette motivation.
- OK. Donc c'était ma prochaine question, donc c'est parfait, la place de la grossesse, là c'était plus une aide plutôt qu'une difficulté. D'accord. Au niveau des aides du coup, c'est plus un travail personnel c'est pas forcément plus de RDV ?
- Les RDV depuis l'hôpital de jour j'en ai pas eu.
- Oui, ça ne vous aurait pas plus aidée forcément ?
- Je crois pas non.

- Et là vous êtes déjà arrêtée mais si ça n'avait pas été les cas est-ce que vous pensez par exemple qu'un arrêt de travail ça peut, ça vous aide à bien vous investir dans le régime ou c'est plus compliqué en travaillant ou bien pas forcément ?
- Pas forcément, je pense que ça aurait été même plus dur parce qu'on est moins occupée et du coup quand on se fixe sur une obsession et qu'on a pas la tête prise par autre chose, on peut vite focaliser et justement on peut vite craquer quoi. Je le vois plus comme ça donc je ne pense pas que ça m'aurait été... Après peut être qu'en dépense d'énergie peut être que ça m'aurait manqué de ne pas manger à ma faim, mais là j'avais pas besoin d'énergie parce que je ne faisais rien donc... Peut-être ça, mais au niveau de la difficulté à appliquer le régime, ça aurait été, moralement enfin psychologiquement, ça aurait été plus dur en arrêt qu'être en étant... Je pense que du coup j'aurais fait une fixation.
- Oui, là vous êtes en arrêt déjà ?
- Oui je suis en arrêt.
- C'était plus difficile du coup que si... ?
- Oui parce que notre attention elle peut être détournée, si c'est ça avait été vraiment une obsession c'est comme tout, si on est occupé ailleurs...
- Oui, finalement pour l'organisation des repas vous vous seriez arrangée...
- Oui enfin, et puis il y avait pas trop de difficultés parce que j'avais... Peut-être le soir ça aurait été plus compliqué parce que je finis assez tard, je finis à 19h30 donc ça m'aurait repoussé, enfin bon quoique de toutes façons on ne mange pas avant entre 20h/21h donc ça aurait pas changé grand-chose. Non ça aurait été gérable les horaires de repas. Et on est 2 donc c'est pas, il y a pas trop de difficultés.
- Oui c'est une bonne aide en fait.
- Même si lui des fois craque sur des viennoiseries, du chocolat, qu'il ne se rend pas compte qu'il mange devant moi (rires). C'est bien, ça m'apprend aussi à gérer ça quoi parce que les gens ils ne vont pas forcément tous me préserver.
- Oui il y a une pression sociale...
- Oui et là je ne peux pas leur dire de ne pas manger. Là j'ai une amie qui est venue, elle m'a offert, elle est venue avec un gâteau d'anniversaire parce que c'était mon anniversaire. Un gros gâteau au chocolat, 3 chocolats, ben je l'ai pas mangé quoi voilà donc. Et pourtant je voyais sa déception parce qu'elle est venue avec son gâteau et elle me disait « même un petit bout ».
- Oui. Les gens vous pensez qu'ils sont assez sensibilisés, assez réceptifs à ça ou c'est encore un petit peu difficile aujourd'hui ?
- Je pense que oui, ils ne se rendent pas compte en fait, ils se disent « oh un petit truc ça peut pas faire de mal, c'est pas ça qui va changer quelque chose », ou même mon conjoint des fois me le disait « oh mais c'est bon » quand je pesais mes tranches de pain « c'est bon, c'est pas... ». Alors il sait comment je suis, il respecte, il le fait. Oui il y a toujours pour les gens une marge de « oh c'est pas grave » (rires).
- C'est un peu comme l'alcool pendant la grossesse.
- C'est ça, ou la cigarette.
- Et juste la dernière question, parce que là on a tout abordé, sur les horaires de repas, vous avez réussi ? Parce que là vous me dites que vous mangez comme avant aux mêmes heures finalement, elle vous avait dit déjà que c'était bon ces heures-là où il fallait décaler un petit peu ?
- Non c'était bon. Après c'est que des fois on peut pas le suivre à la lettre, enfin c'est un peu compliqué. Déjà c'est pas facile, moi je voulais partager mes repas avec mon conjoint tant que

c'était possible et comme il rentrait de son travail à midi, enfin voilà on avait la possibilité de faire des repas ensemble donc c'était quand même plus agréable que de faire tout seul. Parfois c'était un peu compliqué, ou il rentrait tard et comme c'est lui qui faisait à manger, ça décalait un peu et donc du coup se piquer 2h après des fois ça m'amenait à me piquer vers 23h30-minuit donc c'était un peu... Et du coup pour la glycémie du soir elle sautait (rires). Mais le matin j'avais faim.

- Ah oui vous sentiez la différence quand vous ne preniez pas collation le soir. La glycémie était plus basse peut-être ?
- Elles étaient un peu plus basses pour le coup le matin que quand j'avais ma collation. C'est pas arrivé... Voilà ça a dû m'arriver 3 ou 4 fois, ça reste quand même exceptionnel.
- D'accord merci beaucoup, ça m'a aidée.
- Tant mieux si ça vous a aidé.

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.