



HAL
open science

Diabète gestationnel : vécu des recommandations nutritionnelles pendant la grossesse par les femmes ayant accouchés au CH d'Antibes Juan-les-Pins

Pauline Gruel

► **To cite this version:**

Pauline Gruel. Diabète gestationnel : vécu des recommandations nutritionnelles pendant la grossesse par les femmes ayant accouchés au CH d'Antibes Juan-les-Pins. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03560178

HAL Id: dumas-03560178

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03560178>

Submitted on 7 Feb 2022

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.

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Diabète gestationnel : vécu des recommandations nutritionnelles pendant la grossesse par les femmes ayant accouchées au CH d'Antibes Juan-les-Pins

Pauline GRUEL

Née le 11 Avril 1996

A Le Havre, Seine-Maritime

Mémoire présenté et soutenu le 4 Juin 2021

Directrice de mémoire : Laura SCHUFT

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2021

Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE COTE D'AZUR

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Diabète gestationnel : vécu des recommandations nutritionnelles pendant la grossesse par les femmes ayant accouchées au CH d'Antibes Juan-les-Pins

Pauline GRUEL

Née le 11 Avril 1996

A Le Havre, Seine-Maritime

Mémoire présenté et soutenu le 4 Juin 2021

Directrice de mémoire : Laura SCHUFT

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2021

Remerciements

À Mme Laura SCHUFT, pour avoir encadré ce mémoire. Merci pour votre disponibilité et votre investissement.

À la maternité du Centre Hospitalier d'Antibes Juan-les-Pins, pour m'avoir permis de réaliser mes entretiens au sein de son service.

À la directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Nice, Mme MACCAGNAN, à l'ensemble de l'équipe pédagogique ainsi qu'aux professionnels de santé rencontrés lors de mes stages, pour leur enseignement au cours de ces quatre années.

À toutes les femmes qui ont eu la gentillesse de participer à mon étude.

À mes parents et ma famille pour leur encouragement et leur présence tout au long de ces années et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

À mes amies Mélanie, Manon, Cloé, Laura et Elisa, pour tous ces moments passés ensemble, sans qui ces années n'auraient pas été les mêmes. Vous les avez rendues magiques malgré les moments difficiles.

À Loïc, pour son amour, sa patience et son soutien au quotidien.

Table des matières

Remerciements	4
Table des matières	5
Liste des abréviations	7
Liste des tableaux	8
1. Introduction.....	9
2. Matériels et méthodes	15
2.1.Type d'étude	15
2.2.Population et lieu de l'étude	15
2.3. Constitution du guide d'entretien.....	16
2.4. Modalités de recueil et d'analyse des données	17
3. Résultats.....	18
3.1. Caractéristiques sociales de la population.....	18
3.2. Alimentation et activité sportive avant et pendant la grossesse.....	20
3.2.1.Pratique d'une activité sportive	20
3.2.2.Habitudes alimentaires et vécu des recommandations	21
3.3. Connaissance sur le diabète gestationnel et vécu de l'annonce des risques et complications du diabète gestationnel	23
3.4. Vécu du diabète gestationnel	26
3.4.1.Annonce du diabète gestationnel.....	26
3.4.2.Traitement mis en place.....	29
3.4.3.Suivi avec l'endocrinologue	30
3.4.4.Conseils reçus par les patientes	31
3.4.5.Surveillance du diabète gestationnel	33
3.4.6.Difficultés rencontrées.....	34

3.4.7.Sources de soutien	34
3.5. Pistes d'amélioration.....	35
4. Discussion.....	36
4.1. Interprétation des résultats	36
4.2. Limites de l'étude.....	40
5. Conclusion.....	42
Bibliographie.....	I
Liste des annexes.....	V
Résumé.....	XII

Liste des abréviations

- DG : diabète gestationnel
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- DT2 : diabète de type 2
- IMC : indice de masse corporelle
- SA : semaine d'aménorrhée
- HGPO : hyperglycémie par voie orale
- LGA : large for gestation age birth
- ASG : autosurveillance glycémique
- RCF : rythme cardiaque foetal
- HAS : Haute Autorité de Santé
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- TCA : troubles des conduites alimentaires
- PNNS : Programme National Nutrition Santé
- ETP : éducation thérapeutique du patient

Liste des tableaux

- Tableau I : Caractéristiques sociales des patientes de l'étude
- Tableau II : Classification en fonction de l'IMC
- Tableau III : Habitudes alimentaires et vécu des recommandations
- Tableau IV : Vécu de l'annonce des complications et des risques
- Tableau V : Vécu de l'annonce du DG et discours des professionnels de santé
- Tableau VI : Traitement du diabète gestationnel mis en place
- Tableau VII : Fréquence des rendez-vous chez l'endocrinologue

1. Introduction

Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum [1]. Cette définition englobe deux entités différentes :

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

En France, il est recommandé d'identifier et de dépister les femmes à haut risque afin de prévenir les complications maternelles, foetales et néonatales associées au DG non traité [2]. En effet, les patientes diabétiques présentent un risque augmenté de macrosomie foetale et de dystocie des épaules à la naissance, d'autant plus lorsqu'il existe des facteurs de risque surajoutés comme l'obésité [3]. Le risque de malformation foetale est également augmenté dans le cas d'un diabète de type 2 (DT2) méconnu avant la grossesse. Le DG est aussi associé à un risque accru de pré-éclampsie et de césarienne.

Le dépistage est donc recommandé en présence d'au moins un des facteurs de risques principaux :

- Un âge maternel supérieur à 35 ans,
- Un IMC supérieur à 25kg/m²,
- Des antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré,
- Des antécédents personnels de DG ou de nouveau-né macrosome.

La prescription d'une glycémie à jeun est faite à la première consultation prénatale pour ne pas méconnaître un DT2 :

- Une glycémie à jeun ≥ 1.26 g/l correspond à un DT2,
- Une glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l correspond à un diabète gestationnel.

Si cette glycémie revient normale, le dépistage est recommandé entre 24 et 28SA, avec une hyperglycémie par voie orale (HGPO) avec 75g de glucose et une mesure des glycémies à 0, 1h et 2h. Le diagnostic de DG est fait si au moins une valeur est pathologique :

- Une glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l,
- Une glycémie à 1h $\geq 1,80$ g/l,
- Une glycémie à 2h $\geq 1,53$ g/l.

Le dépistage d'un DG peut se faire aussi, plus tard dans la grossesse, en cas de biométries foetales au 97ème percentile ou d'hydramnios même sans facteurs de risque [2].

Dans les conditions actuelles de dépistage, la prévalence du DG est estimée entre 2 et 6%, mais peut être beaucoup plus élevée dans des populations spécifiques, la tendance étant à l'augmentation [2]. 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 [4]. Selon l'enquête périnatale de 2016, la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur a notamment une population de femmes enceintes âgée de plus de 35ans nombreuse (23,6%). Cependant, seulement 10,4% des femmes enceintes de cette région ont un IMC supérieur ou égal à 30kg/m² [5].

La surveillance et le traitement du DG sont considérés par le corps médical comme très importants lorsque celui-ci est diagnostiqué. En effet, la prise en charge permet une réduction de risques de macrosomies foetales, de nouveau-nés dits LGA (large for gestation age birth), de dystocies de l'épaule, d'hypertension gestationnelle et de pré-éclampsie [6]. Le traitement spécifique du DG consiste à adopter des mesures hygiéno-diététiques avec une surveillance glycémique pluriquotidienne (4 à 6 fois par jour) et la mise en place d'une insulinothérapie si les conseils diététiques ne suffisent pas. L'autosurveillance glycémique (ASG) permet de surveiller les patientes et d'indiquer l'insulinothérapie. Selon le CNGOF, l'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques [2]. La prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement du DG. L'apport calorique doit être évalué individuellement selon l'IMC préconceptionnel, la prise de poids gestationnelle et les habitudes alimentaires. Le fractionnement des repas, en favorisant la prise de collations dans la journée, est également une mesure recommandée. Une étude a montré une normalisation de la glycémie maternelle

chez 75-80% des patientes avec seulement cette prise en charge diététique ainsi qu'une réduction des complications néonatales [7]. Une activité physique régulière, en l'absence de contre-indication obstétricale, environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine est recommandée [2]. Concernant la surveillance obstétricale prénatale, en cas de DG équilibré et en l'absence d'autre pathologie ou facteur de risque associé, un suivi clinique identique aux autres grossesses peut être fait. Mais une surveillance (pression artérielle, recherche d'une protéinurie) à un rythme plus rapproché que le suivi prénatal mensuel peut être effectuée en présence de facteurs de risque surajoutés (obésité, manque d'équilibre glycémique, hypertension artérielle chronique), en raison du risque accru de pré-éclampsie. Une échographie supplémentaire en fin de grossesse peut être proposée. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) sera discuté en cas de DG mal équilibré, en tenant compte des facteurs de risques associés [2].

Cependant, l'impact de ces interventions change le contexte de la grossesse en une grossesse avec une surveillance quotidienne par les patientes et une surveillance médicale à un rythme plus rapproché, en cas de facteurs de risque associés. De plus, le risque de récurrence du DG varie de 30 à 84% et le DG expose à un risque accru de DT2. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le diagnostic et la prise en charge du DG entraîneraient notamment de l'anxiété pour les patientes [8]. Selon le CNGOF, des troubles psychologiques comme l'altération de la perception de soi peuvent apparaître suite à l'annonce du diagnostic de DG [2]. Notre travail s'intéresse alors à la réception de ce diagnostic et au vécu des recommandations nutritionnelles.

Les patientes tendent à s'adapter au diagnostic du DG et à rester motivées pour améliorer leur santé et surtout la santé foetale. En effet, dans une étude décrivant les expériences des femmes australiennes pour la gestion de leur DG, les patientes expliquaient que « penser au bébé » était une motivation pour mieux vivre les recommandations nutritionnelles du DG [9]. Certaines femmes cherchent à améliorer leur santé à travers des modifications durables de leur mode de vie. Après cette annonce, ces patientes ont ressenti la nécessité de modifier leur mode de vie [10]. Or, le diagnostic du DG entraîne souvent des effets négatifs, entraînant parfois un mauvais vécu des recommandations nutritionnelles. Les femmes atteintes de diabète gestationnel ont éprouvé des sentiments de choc, de

bouleversement, de déni, de peur et de culpabilité lors du diagnostic. Selon une étude menée en Australie, avant le diagnostic du DG, les connaissances et la sensibilisation des femmes sud-asiatiques à tout diabète est faible. Avec leurs partenaires, elles ressentent un bouleversement au moment du diagnostic [11]. Certaines femmes ont également éprouvées un sentiment de stress au diagnostic du DG [12]. Dans sa thèse, Landry Clark Mabika met également en évidence le sentiment de culpabilité des patientes lors de l'annonce du DG car elles se sentent responsables de son apparition [13].

Pour certaines patientes, les recommandations nutritionnelles n'ont pas toujours été simples à vivre. Plusieurs études du Canada ont montré que les femmes, atteintes de diabète gestationnel durant leur grossesse, ressentaient du stress et de l'anxiété : un stress des conséquences du non-respect du régime alimentaire sur le DG et l'anxiété liée à la peur des complications maternelles et néonatales. Le stress et l'anxiété ont provoqué chez certaines femmes des troubles des conduites alimentaires (TCA). Pour un certain nombre de patientes, le régime recommandé de plusieurs petits repas par jour pour aider à contrôler les niveaux de glycémie a conduit à la frustration et à l'inquiétude. Les femmes utilisant de l'insuline pour le contrôle de leur DG ont décrit ce processus comme frustrant et ont connu davantage de stress et d'anxiété [12][14]. L'utilisation de l'insuline est souvent associée à la peur et à la culpabilité. Les exigences exercées sur les femmes par les professionnels de santé pour se conformer au régime alimentaire et au traitement étaient stressantes pour beaucoup. Les changements alimentaires « forcés », les traitements pharmacologiques, les visites fréquentes à l'hôpital et le contrôle de l'ASG ont été une expérience écrasante et effrayante pour certaines patientes [15]. En 2017, un mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme a évalué le vécu du DG et de la prise en charge au CHU de Caen. Il montrait que certaines femmes avaient des difficultés à respecter les recommandations nutritionnelles et qu'elles ressentaient une « frustration alimentaire ». Il expliquait également que le fait d'avoir toujours un lecteur de glycémie sur soi et l'ASG par glycémies capillaires six fois par jour était contraignant [16]. Au niveau culturel et socio-économique, les conseils donnés n'étaient pas toujours adaptés et n'étaient pas toujours bien compris par les patientes. Des études montrent que les conseils diététiques ont été reçus difficilement dû à des habitudes alimentaires culturellement différentes. Le régime alimentaire s'est avéré difficile à gérer par la suite [12]. Un manque de compréhension au niveau culturel entre les patientes et les professionnels

de santé a été signalé par certaines femmes, ressenti comme un manque d'attention aux besoins individuels des patientes. Cela a conduit à une perte de confiance, à la confusion à propos du diabète gestationnel et à un sentiment de ne pas contrôler leur grossesse [17]. Certaines femmes de faible niveau socio-économique souffrant d'obésité maternelle et de DG ont trouvé les recommandations nutritionnelles irréalistes et auraient préféré avoir des conseils tenant compte de leur situation professionnelle et financière. Les patientes se sont parfois senties stigmatisées à cause des allusions fréquentes aux changements de poids et au style de vie [15]. Un article français, de Solenne Carof, décrivant les représentations sociales du surpoids et de l'obésité, montre que les soignés en surpoids ou obèses se sentent dans certaines situations discriminés et/ou stigmatisés avec des conséquences négatives sur leur prise en charge [18].

L'expérience des femmes en matière de soins et leur interaction avec les professionnels de santé étaient souvent un mélange de sentiment de bien-être mais aussi d'être trop surveillée. Une étude menée au Royaume-Uni a montré que la plupart des femmes étaient reconnaissantes du soutien reçu pendant la grossesse de la part des professionnels mais l'impact sur leur autonomie personnelle était perturbant. Elles se sentaient émotionnellement éprouvées. Ces femmes ont ressenti une valorisation quand elles donnaient naissance à un bébé en bonne santé, mais coupable et punies par leur comportement dans le cas contraire, se sentant alors stigmatisées, jugées pour leur DG qu'elles n'avaient pas su ou voulu gérer correctement [17]. Toutefois, une autre étude faite en France suggère qu'une bonne communication sur la prise en charge peut atténuer certains ressentis négatifs. L'étude a montré que, durant une journée dédiée à l'apprentissage des principes du traitement du DG, 64% des patientes ont eu davantage confiance en elles et d'autant plus pour les patientes en surpoids. Les patientes se sont senties accompagnées et entourées par les professionnels de santé [16].

Notre revue de la littérature nous montre que beaucoup d'études sur le vécu des recommandations nutritionnelles du DG ont été faites dans d'autres pays que la France avec une prise en charge et des populations d'un niveau socio-économique et culturel différents. Dans les autres études, effectuées dans des hôpitaux en France, il existe des journées dédiées à l'éducation thérapeutique des patientes. Or, au CH d'Antibes Juan-les-Pins, cela n'existe pas

pour la prise en charge des patientes atteintes d'un DG. Ces données nous amènent à nous questionner sur le vécu, en France, et tout particulièrement au CH d'Antibes Juan-les-Pins, des recommandations et des conseils au niveau de l'alimentation et de l'activité physique par les femmes enceintes atteintes de diabète gestationnel.

Les objectifs de cette étude ont été dans un premier temps de décrire les expériences médicales et nutritionnelles des femmes atteintes d'un diabète gestationnel. Dans un second temps, nous avons voulu considérer la manière dont les recommandations sont réceptionnées par les patientes, et de considérer les liens entre les conseils reçus, le vécu et la corpulence.

À partir de la littérature présentée ci-dessus, nous pouvons partir du postulat que le diagnostic est source d'anxiété par rapport à la santé du bébé, mais aussi par rapport aux injonctions supplémentaires à modifier la vie quotidienne, notamment vis-à-vis de l'alimentation et de l'activité physique. Il s'agit ainsi d'investiguer ce vécu dans un contexte français et d'accompagnement social et psychologique minime.

Selon les études ci-dessus, il existe une corrélation entre le niveau culturel et socio-économique, l'alimentation et l'activité physique et le suivi des conseils nutritionnels et la corpulence. Nous nous posons alors la question de savoir si les femmes diabétiques de corpulence élevée entretenaient de moins bonnes relations avec les professionnels de santé que les femmes avec un IMC normal. Nous nous intéressons alors à la manière dont l'IMC pourraient jouer un rôle dans la qualité des relations avec les professionnels de santé.

2. Matériels et méthodes

2.1.Type d'étude

Afin de répondre à nos questions, nous avons décidé de mettre en place une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs. En effet, à travers ces entretiens, nous avons cherché à connaître le vécu d'un panel de femmes, en fonction de leur corpulence. Cette approche, fréquemment utilisée dans les recherches en sciences humaines et sociales, permet de recueillir les ressentis et expériences au sein des dispositifs de soin à travers leurs discours, et ce autour d'un dialogue sans les enfermer dans des questions prédéfinies. Le guide d'entretien permet d'aborder tous les sujets voulus avec les patientes.

2.2.Population et lieu de l'étude

Pour cette étude, nous avons interrogé en suites de couches des femmes ayant accouchées au CH d'Antibes Juan-les-Pins atteintes de DG durant leur grossesse.

Au début de notre étude, nous voulions également interroger des patientes au CHU de l'Archet II à Nice. Nous avons pu réaliser 3 entretiens au début de notre étude. Nous avons décidé d'arrêter ces entretiens au CHU de l'Archet II car nous n'avons pas pu interroger beaucoup de patientes du fait de certaines pathologies impactant le suivi des recommandations pour le DG. Cependant ces entretiens nous ont permis de perfectionner et valider le guide.

Au CH d'Antibes Juan-les-Pins, il existe une prise en charge pluridisciplinaire. Au moment du diagnostic de DG, la patiente est vue par un médecin, une infirmière et une diététicienne. Les professionnels de santé donnent des informations concernant le DG ainsi que les risques et complications et donnent des conseils nutritionnel. Une surveillance glycémique est mise en place six fois par jour et la patiente est revue une semaine plus tard puis tous les 15 jours. En cas de nécessité d'une insulinothérapie, une surveillance obstétricale est mise en place avec trois monitoring par semaine (deux avec une sage-femme à domicile et un à l'hôpital). La surveillance glycémique reste la même. La patiente est revue à une semaine puis tous les 15 jours. Une échographie de croissance est aussi faite en fin de grossesse. Dans le contexte actuel de la Covid-19, les rendez-vous se font surtout par téléphone sauf nécessité

de voir la patiente. Depuis peu, une application « My Diabby » a été mise en place pour améliorer la surveillance et l'accompagnement des patientes à distance. Cette application permet aux patientes de partager leurs glycémies et leur traitement avec l'équipe médicale habituelle et de bénéficier d'un meilleur accompagnement. L'application est utilisée, en France, par 90% des femmes ayant un DG. Nous retrouvons également dans cette application des explications concernant le DG, des conseils sur l'alimentation, des menus et des recettes adaptées.

Le critère d'inclusion principal a été le diagnostic d'un DG par une HGPO ou une glycémie pré et/ou post prandiale pathologique chez des femmes enceintes d'une grossesse monofoetale. Les patientes étaient majeures et parlaient français. Étaient exclues de l'étude, les femmes ayant une grossesse pathologique ou des facteurs de risque amenant à la préconisation médicale de repos ou non pratique d'une activité physique.

2.3. Constitution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé pour avoir un mémento et aborder les mêmes thèmes avec toutes les patientes. Après quelques entretiens, ce guide a été amélioré pour mieux répondre à notre problématique.

Il a été construit selon différents thèmes :

- L'alimentation et l'activité sportive avant et pendant la grossesse : cela avait pour but de comprendre les habitudes des patientes et de comprendre l'impact que cela pouvait avoir eu sur le vécu.
- Les connaissances sur le DG : ces questions avaient pour but de savoir dans quelle mesure les connaissances pouvaient avoir un impact sur le vécu des recommandations nutritionnelles du DG.
- Le vécu du DG : il s'agit de comprendre le parcours de santé (au sein des institutions de soin) et la manière dont ce vécu a été ressenti et interprété par les femmes.
- Caractéristiques sociales des patientes : ces questions avaient pour but de décrire la population et de connaître leurs organisations familiales avant et pendant la grossesse et notamment avec le DG.

2.4. Modalités de recueil et d'analyse des données

Les entretiens ont été faits entre Septembre 2020 et Janvier 2021. Ils ont duré entre 15 et 30 minutes. Les patientes ont été interrogées en suites de couches entre J0 et J4 après leur accouchement. La prise de contact, par l'intervieweur, a été assurée par une demande systématique d'entretien les jours de présence de l'enquêtrice en maternité. Quinze femmes ont été interviewées, en suivant les règles éthiques pour une étude qualitative, à savoir la signature d'un formulaire de consentement éclairé précisant les objectifs de l'étude, le caractère volontaire et sans conséquence du choix de participation, la demande d'autorisation d'enregistrement et le caractère anonyme et confidentiel des données d'entretien.

Les patientes ont donc été interviewées à l'aide du guide d'entretien avec des questions de types ouvertes. Les entretiens ont été enregistrés, avec la permission des patientes, retranscrits sur ordinateur puis analysés. L'analyse s'est donc basée sur ces entretiens retranscrits. Les catégories d'analyse ont suivi les thèmes de notre guide d'entretien. Cette analyse de contenu a permis de regrouper les différents thèmes et pensées exprimés par les patientes par catégories et d'avoir une vision globale des expériences des femmes enceintes atteintes d'un DG. Les discours ont été ensuite mis en relation avec nos questions de recherches initiales.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociales de la population

Quinze patientes ont participé à cette étude. L'âge moyen est de 32,4 ans. Concernant l'IMC de notre population, on retrouve 1 patiente en insuffisance pondérale, 4 patientes ayant une corpulence « normale », 5 patientes en surpoids, 4 patientes en obésité modérée et 1 patiente en obésité sévère. L'IMC moyen est de 27,8kg/m². Notre population est majoritairement de nationalité française mais il y a également 2 patientes algériennes, 1 patiente tunisienne, 1 patiente moldave et 1 patiente canadienne. Nos patientes sont mariées, pacsées ou en concubinage sauf 1 patiente célibataire. Elles ont entre 0 et 3 enfants à charge. 6 patientes sur 15 été sans profession au moment de notre étude. Elles bénéficiaient toutes d'une mutuelle sauf 2 patientes ayant la CMU.

Leurs caractéristiques sont détaillées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociales des patientes de l'étude

Patiente	Âge (ans)	IMC (kg/m ²)*	Nationalité	Situation maritale	Nombre d'enfants à charge	Profession	Type de couverture médicale
A	29	28,3	Canadienne	Mariée	0	Vendeuse	Mutuelle
B	25	26	Française	Concubinage	0	Serveuse	Mutuelle
C	37	22,5	Française	Mariée	2	Conseiller patrimonial	Mutuelle
D	34	31,6	Française	Concubinage	1	Cadre RH	Mutuelle
E	41	31,9	Algérienne	Mariée	3	Sans profession	Mutuelle
F	25	18,1	Française	Concubinage	0	Conseillère de vente	Mutuelle
G	35	25,8	Française	Célibataire	2	Sans profession	CMU
H	37	34,5	Française	Concubinage	0	Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social	Mutuelle
I	30	37,8	Française	Mariée	0	Sans profession	Mutuelle
J	36	30,8	Française	Pacsée	0	Enseignante	Mutuelle
K	29	23,6	Moldave	Concubinage	2	Vendeuse	Mutuelle
L	30	23,8	Tunisienne	Mariée	0	Sans profession	Mutuelle
M	34	30,8	Française	Concubinage	1	Sans profession	CMU
N	30	29,8	Française	Pacsée	0	Sans profession	Mutuelle
O	35	22,1	Algérienne	Mariée	0	Ingénieur en informatique	Mutuelle

* L'IMC a été classé selon les normes définies par l'OMS. Le tableau II rappelle cette classification [19]:

Tableau II : Classification en fonction de l'IMC

Insuffisance pondérale	< 18,5
Éventail normal	18,5 - 24,9
Surpoids	≥ 25,0
Préobésité	25,0 - 29,9
Obésité	≥ 30,0
Obésité modérée	30,0 - 34,9
Obésité sévère	35,0 - 39,9
Obésité morbide	≥ 40,0

Afin de mieux décrire notre population, nous nous sommes également intéressés à l'organisation des tâches domestiques dans la famille avant et pendant la grossesse, notamment avec le DG. Nous avons observé deux tendances avant la grossesse : un premier groupe de 11 femmes où les tâches de la vie quotidienne sont réparties équitablement avec leur conjoint et un deuxième groupe de 4 femmes qui s'en chargeaient toutes seules. Pour le premier groupe, nous avons constaté que 5 d'entre elles ont été davantage aidées par leur conjoint tandis que les 6 autres ont continué de répartir leurs tâches équitablement. En ce qui concerne le second groupe, nous avons constaté que 3 d'entre elles avaient été aidées par leur entourage. La dernière patiente (patiente D) explique avoir continué de s'occuper de tout en nous avouant : « J'aurai aimé être un peu plus aidée. La grossesse a été quand même très fatigante parce que j'ai pris un peu plus de poids que pour mon premier ».

3.2. Alimentation et activité sportive avant et pendant la grossesse

3.2.1. Pratique d'une activité sportive

Nous avons demandé aux patientes si elles pratiquaient une activité physique et l'impact de la grossesse sur ces pratiques éventuelles. Nous avons voulu connaître les habitudes des patientes et dans quelle mesure cela avait eu un impact sur le vécu des recommandations du DG.

Nous avons observé deux tendances avant la grossesse : un premier groupe de 11 femmes qui disaient avoir pour habitude de pratiquer une activité sportive et un second groupe de 4 femmes qui disaient ne pas en faire. Parmi le premier groupe, nous avons constaté que 6 patientes ont arrêté le sport à cause de la fatigue ou de douleurs ligamentaires. La patiente F a arrêté en début de grossesse par peur de faire une fausse couche puis a repris sur les conseils des professionnels de santé. Elle déclare à ce sujet : « Les professionnels de santé m'ont dit que je pouvais continuer à faire du sport ». Les 4 autres patientes ont continué leur activité sportive. Parmi elles, la patiente J faisait du yoga et des randonnées mais a dû arrêter les randonnées à cause du confinement et de la situation actuelle mais a continué à faire du yoga. Parmi le second groupe, nous avons constaté que trois patientes ont essayé de faire un peu de sport suite à leur suivi médical. La patiente G a dit : « On m'avait dit avec le

DG d'en faire un petit peu ». Quant à la dernière patiente, elle n'en a pas fait à cause de la fatigue et de raisons professionnelles.

3.2.2.Habitudes alimentaires et vécu des recommandations

Nous avons également demandé aux patientes quelles étaient leurs habitudes alimentaires pour connaître les difficultés rencontrées pour le suivi de leur nouveau régime lié au DG et le vécu de ces recommandations.

Nous avons séparé les réponses de nos patientes en trois catégories : une première catégorie de 5 femmes qui disent avoir une alimentation équilibrée, une deuxième catégorie composé d'une femme disant avoir de mauvaises habitudes d'alimentation (fast-food) et une troisième catégorie de 9 femmes qui se situe entre les 2 précédentes avec une alimentation en partie équilibrée mais avec des écarts plus ou moins fréquents (grignotage, fringale, attirance vers le sucre). Parmi les patientes ayant une alimentation équilibrée, on constate que 3 femmes sont frustrées mais s'habituent aux nouvelles habitudes alimentaires et 2 le vivent bien. La patiente B, ayant de mauvaises habitudes alimentaires, a mal vécu ses nouvelles habitudes alimentaires. En effet, elle explique : « Avec le DG, je l'ai très mal vécu. C'était frustrant de ne pas pouvoir manger ce que je voulais ». Parmi les patientes ayant une alimentation moyennement équilibrée, on constate que 4 femmes sont frustrées de leurs nouvelles habitudes alimentaires. Elles trouvent cela compliqué ou difficile. En effet, la patiente C explique avoir eu la « sensation d'être privé de tout ». 4 patientes sont frustrées, trouvent cela contraignant ou difficile mais s'y habituent. La patiente A ajoute avoir fait « le deuil du sucre ». Enfin, la patiente K explique l'avoir bien vécu.

Sur l'ensemble des patientes interrogées, plusieurs ont aussi trouvé des bons côtés. En effet, 3 patientes ont constaté avoir une prise de poids moins importante et 4 patientes ont acquis une base de connaissances leur permettant d'avoir un bon niveau alimentaire après la grossesse. Certaines patientes ont également parlé des changements d'alimentation pour prévenir les risques de toxoplasmose. Elles ont arrêté également la consommation de boissons alcoolisées. Mais ces changements alimentaires n'ont pas eu d'impact sur le vécu du DG.

Le tableau III permet de voir les liens entre les patientes et leur réponse et résume les types de catégories attribuées lors de l'analyse à chaque patiente.

Tableau III : Habitudes alimentaire et vécu des recommandations

Patiente	Alimentation	Vécu
A	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration mais la patiente s'est habituée aux nouvelles habitudes alimentaires
B	Mauvaises habitudes alimentaires	Mauvais vécu, sentiment de frustration « Avec le DG, je l'ai très mal vécu. C'était frustrant de ne pas pouvoir manger ce que je voulais »
C	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration, « sensation d'être privée de tout » mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse
D	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration
E	Alimentation en partie équilibrée	Les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais la patiente s'y est habituée
F	Alimentation équilibrée	Les nouvelles habitudes alimentaires sont contraignantes mais la patiente s'y est habituée. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse
G	Alimentation équilibrée	Bon vécu
H	Alimentation en partie équilibrée	Les nouvelles habitudes alimentaires sont compliquées
I	Alimentation équilibrée	Sentiment de frustration mais la patiente s'est habituée aux nouvelles habitudes alimentaires
J	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration, les nouvelles habitudes alimentaires sont contraignantes mais la patiente s'y est habituée. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse
K	Alimentation en partie équilibrée	Bon vécu
L	Alimentation équilibrée	Les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais la patiente s'y est habituée
M	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration de temps en temps mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse
N	Alimentation équilibrée	Bon vécu
O	Alimentation en partie équilibrée	Sentiment de frustration, les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse

3.3. Connaissance sur le diabète gestationnel et vécu de l'annonce des risques et complications du diabète gestationnel

Nous avons voulu connaître les connaissances des patientes sur le DG ainsi que sur les complications et les risques et savoir s'il y avait un impact sur leur vécu du DG. Après le diagnostic du DG, les patientes ont été informées par les médecins des complications et des risques : risque de pré-éclampsie, de macrosomie, de déclenchements, de dystocies des épaules au moment de l'accouchement, de césariennes, d'hypoglycémies néonatales, de développer un DT2 dans l'avenir.

Nous leur avons d'abord demandé si elles connaissaient le DG et de quelle manière elles l'avaient connu. 5 patientes ont répondu connaître cette pathologie par la famille, une grossesse précédente, des recherches sur internet ou encore par le travail. 10 patientes n'en avaient pas entendu parlé, elles n'avaient donc pas connaissance des complications et des risques. Certaines connaissaient d'autres types de diabètes (diabète de type 1 et 2) et ne pensaient pas qu'il pouvait exister un diabète pendant la grossesse. La patiente N nous explique : « Je ne savais pas qu'on pouvait être diabétique juste en étant enceinte. Pour moi, si on est diabétique c'était pour toute la vie mais pas juste pendant la grossesse ».

Nous les avons ensuite questionnées sur leurs connaissances, sur les risques et complications possibles. Les réponses étaient dans l'ensemble correctes mais concernaient principalement les complications liées au fœtus. Concernant le nouveau-né, les complications et risques cités sont la macrosomie (selon 14 patientes) et les hypoglycémies néonatales (selon 3 patientes). Pour elles-mêmes, les complications et risques cités sont la pré-éclampsie (selon 1 patiente), le diabète de type 2 dans l'avenir (selon 6 patientes). 4 patientes ont également cité des risques de déclenchement, 2 patientes des risques de césariennes et 3 patientes de problèmes au moment de l'accouchement (dystocie des épaules). 2 patientes nous ont aussi rapporté que les médecins les avaient informées que le DG devait disparaître après l'accouchement normalement, information rassurante pour les patientes. Toutes les patientes ont dit avoir reçu ces informations de la part des médecins. 3 patientes ont également fait des recherches sur internet mais certaines ne l'ont pas fait pour ne pas stresser davantage ou avoir

peur. 2 patientes ont également reçu, en plus de celles données par les médecins, des informations de la part de leur famille.

Enfin, nous les avons interrogées sur leur réaction à l'annonce des complications et des risques du DG. Différentes réactions ont été observées. 4 patientes ont expliqué avoir eu peur des complications et risques, de césarienne et de déclenchement et aussi de développer un diabète de type 2 à la suite de la grossesse. 9 patientes ont également expliqué avoir peur pour la santé du fœtus mais également peur de la macrosomie pour l'accouchement. 2 patientes ont aussi ressenti un certain stress mais aussi de la culpabilité. En effet, la patiente C explique : « J'ai pensé au pire en me disant que j'avais fait quelque chose de pas bien pour bébé ». Enfin 2 patientes ont expliqué ne pas avoir eu peur de ces complications ou risques. La patiente G nous a rapporté : « Toutes ces informations ne m'ont pas spécialement fait peur car je connaissais des personnes de ma famille qui n'ont pas eu de problèmes. ».

Le tableau IV permet de faire le lien entre les complications et les risques donnés et/ou recherchés et la réception par les patientes.

Tableau IV : Vécu de l'annonce des complications et des risques

Patiente	Connaissance du DG	Complications et risques	Ressentis lors de l'annonce
A	Connu par la famille	Donné par le médecin : macrosomie	Peur de la macrosomie pour l'accouchement
B	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie, déclenchement, césarienne	Peur des complications de césarienne et de du risque de déclenchement
C	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie, déclenchement, DT2 dans l'avenir	Peur pour la santé du fœtus. Sentiment de stress et de culpabilité « J'ai pensé au pire en me disant que j'avais fait quelque chose de pas bien pour bébé »
D	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie	Peur pour la santé du fœtus
E	Connu par une grossesse précédente	Donné par le médecin : macrosomie	Peur de la macrosomie pour l'accouchement
F	Non connu	Donné par le médecin et par des recherches sur internet : macrosomie, césarienne, problème à l'accouchement	Peur de la macrosomie pour l'accouchement
G	Connu par la famille	Donné par le médecin et la famille : macrosomie	Aucunes craintes « Toutes ces informations ne m'ont pas spécialement fait peur car je connaissais des personnes de ma famille qui n'ont pas eu de problèmes. »
H	Connu par le travail	Donné par le médecin : macrosomie, hypoglycémie néonatale, déclenchement, DT2 dans l'avenir	Peur pour la santé du fœtus, peur de développer un DT2
I	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie, hypoglycémie néonatale, déclenchement, problème à l'accouchement, DT2 dans l'avenir	Peur des complications et des risques
J	Non connu	Donné par le médecin et par des recherches sur internet : macrosomie, pré-éclampsie, problème à l'accouchement, DT2 dans l'avenir, le DG disparaît après l'accouchement	Peur des complications et des risques
K	Non connu	Donné par le médecin : hypoglycémie, néonatale, DT2 dans l'avenir, le DG disparaît après l'accouchement	Sentiment de stress
L	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie	Peur pour la santé du fœtus
M	Non connu	Donné par le médecin et la famille : macrosomie, DT2 dans l'avenir	Peur de la macrosomie pour l'accouchement
N	Non connu	Donné par le médecin : macrosomie	Aucunes craintes
O	Connu par des recherches sur internet	Donné par le médecin et par des recherches sur internet : macrosomie	Peur pour la santé du fœtus

3.4. Vécu du diabète gestationnel

Un tableau (annexe III) résume les différents vécu de notre population afin d'avoir une vision plus globale du vécu des recommandations nutritionnelles des patientes atteintes d'un DG.

3.4.1. Annonce du diabète gestationnel

Nous avons voulu savoir les circonstances de l'annonce du DG à notre groupe de femmes.

Pour cela, nous nous sommes d'abord intéressés à la personne qui leur a annoncé : pour 13 femmes c'est un gynécologue, pour 1 femme c'est une sage-femme et pour la dernière, elle l'a appris via la lecture de ses résultats. Nous avons ensuite demandé à quel moment de la grossesse elles ont appris ce DG. Pour 5 patientes, il a été annoncé au début de la grossesse sur une glycémie à jeun lors du bilan de début de grossesse et pour 10 patientes aux 6 et 7ème mois après avoir effectué une HGPO. Enfin, nous avons voulu connaître le discours du professionnel de santé pour la suite de la grossesse. Toutes les patientes ont été d'abord envoyées chez un endocrinologue, 2 patientes ont été informées qu'elles allaient avoir une surveillance plus rapprochée pour leur bébé et 4 d'entre elles ont été informées pour la première fois de faire attention à leur alimentation et leur poids.

Nous nous sommes également intéressés au vécu émotionnel de cette annonce. 8 patientes ont eu peur, 7 ont été stressées, 3 patientes ont été surprises et 3 patientes ont été déçues se disant que cela allait être horrible et qu'elles n'allaient pas y arriver. Quelques patientes ont également ressenti un sentiment d'angoisse, de culpabilité, d'inquiétude, de choc. La patiente A explique : « On sait que ça va être difficile et qu'il va y avoir une surveillance en plus pour le bébé ». Les raisons de ces sentiments ont été une crainte pour le fœtus, pour le déroulement de la grossesse, de l'inconnu, d'avoir fait quelque chose de mal, de l'utilisation de l'insuline, de la prise en charge diététique. La patiente J ajoute être déçu parce qu'elle désirait avoir une grossesse peu médicalisée. La patiente G s'est sentie stressée à cause de son début de suivi jugé insuffisant. Enfin, la patiente H explique : « Connaissant les

effets secondaires, j'ai eu un peu de stress. On se demande ce qu'il va se passer s'il ne se règle pas notamment pour le bébé en cas de prématurité et pour moi si je devais devenir diabétique. ». La patiente O ajoute tout de même que le diagnostic du DG l'a soulagée car elle allait être surveillée. Suite aux réactions des patientes, les professionnels de santé ont eu différents discours. Pour 10 patientes, les médecins ont été rassurants en expliquant notamment comment la suite de la grossesse allait se passer et en donnant les différents conseils pour la prise en charge du DG. La patiente C ajoute : « Elle a essayé de nous déculpabiliser en nous disant que ce n'était pas de notre faute et que c'est quelque chose qui arrive ». Pour 2 patientes, les médecins n'ont pas pris le temps de rassurer ou d'expliquer comment la grossesse allait se dérouler. La patiente E explique : « les médecins m'ont dit que le diabète pouvait rester après la grossesse surtout avec l'utilisation d'insuline. Ils n'ont pas pris en compte mon stress ». Pour 3 patientes, la prise en charge n'a pas été satisfaisante. La patiente H explique : « Quand il a fallu mettre en place les mesures diététiques, on me disait 'C'est parce que vous mangez trop de sucre et que vous mangez mal'. Ils ne prenaient pas forcément en compte aussi l'environnement et le contexte et n'arrivaient pas trop à le comprendre. Je n'ai pas ressentie de jugement mais la prise en compte holistique de la situation n'est pas forcément mise en place. ». Mais une fois accueilli au CH d'Antibes Juan-les-Pins, elles ont été rassurée pour la suite de la grossesse.

Le tableau V permet de résumer le ressenti des patientes lors de l'annonce du DG et de voir les différents discours des professionnels de santé.

Tableau V : Vécu de l'annonce du DG et discours des professionnels de santé

Patiente	Annonce	Vécu	Discours des professionnels de santé
A	Par un gynécologue	Angoisse pour le déroulement de la grossesse	La patiente n'a pas été rassurée par la suite par le médecin, il n'a pas pris le temps d'expliquer
B	Par un gynécologue	Peur car la patiente ne connaissait pas, déçu	Le médecin a été rassurant, il a dit de ne pas s'alarmer
C	Par un gynécologue	Peur car la patiente ne connaissait pas, culpabilité, pleurs	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer et déculpabilisant
D	Par un gynécologue	Surprise, stressée pour le foetus mais moins pour la patiente	Le médecin a été rassurant en donnant les conseils sur l'alimentation
E	Par un gynécologue	Peur pour le foetus	Les médecins n'ont pas pris en compte ce stress
F	Par un gynécologue	Peur pour le foetus, surprise car la patiente n'avait pas d'antécédents	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer
G	Par un gynécologue	Stressée car la patiente s'est sentie mal suivi pendant le 1er mois	La patiente ne sait pas pourquoi le professionnel de santé a mal suivi son DG, il n'y avait pas de jugement de sa part. La prise en charge a été rassurante au CH d'Antibes Juan-les-Pins pour la suite de la grossesse
H	Par un gynécologue	Stressée car elle connaissait les complications et les risques	Les médecins n'ont pas pris en compte ce stress. Mais la prise en charge a été rassurante au CH d'Antibes Juan-les-Pins pour la suite de la grossesse
I	Par un gynécologue	Surprise car la patiente ne connaissait pas, inquiète pour le déroulement de la grossesse	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer.
J	Par un gynécologue	Déçu car la patiente souhaitait une grossesse peu médicalisée	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer
K	Par un gynécologue	Peur pour le foetus, pleurs	La patiente ne sait pas pourquoi le professionnel de santé a mal suivi son DG, il n'y avait pas de jugement de sa part. La prise en charge a été rassurante au CH d'Antibes Juan-les-Pins pour la suite de la grossesse
L	Par un gynécologue	Peur pour le foetus	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer
M	Par une sage-femme	Peur pour le foetus, choquée car ne connaissait pas	La sage-femme a été rassurante en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer
N	Par un gynécologue	Peur pour la suite de la grossesse et pour le foetus	Le médecin a été rassurant, il a dit de ne pas s'alarmer
O	A la lecture des résultats	Déçu car sait qu'il y des risques pour le foetus mais soulagée de savoir pour pouvoir surveiller les glycémies	Le médecin a été rassurant en expliquant comment la suite de la grossesse allait se passer

3.4.2.Traitement mis en place

Six patientes ont bénéficié uniquement d'un régime pour le traitement de leur DG. Neuf patientes ont été mises sous insuline pendant leur grossesse car leur DG n'était pas équilibré uniquement avec le régime alimentaire. Suite aux traitements, toutes nos patientes avaient un DG équilibré. Le tableau VI indique notamment le moment de la mise en place de l'insuline.

Tableau VI : Traitement du diabète gestationnel mis en place

Patiente	Traitement
A	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline
B	Sous régime
C	Sous régime pendant 1 semaine puis sous insuline
D	Sous régime
E	Sous régime pendant 1 semaine puis sous insuline
F	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline
G	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline
H	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline
I	Sous régime pendant 1 semaine et demi puis sous insuline
J	Sous régime
K	Sous régime
L	Sous régime
M	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline
N	Sous régime
O	Sous régime pendant 1 mois puis sous insuline

Nous avons voulu connaître la réaction des patientes suite à la mise en place de l'insuline. Une patiente (patiente C) des 9 patientes concernées nous annonce l'avoir très mal vécu car cela faisait une piqûre en plus et que c'était contraignant et répétitif, 4 des 9 patientes concernées l'ont mal vécu. En effet, cela a provoqué chez ces patientes du stress, de la peur et même des pleurs dans l'un des cas. La patiente K explique : « Quand on m'a annoncé que je devais faire de l'insuline, j'ai un peu pleuré. Ça m'a fait peur pour bébé et parce que je ne me voyais pas m'injecter des produits tout le temps ». 4 des 9 patientes concernées l'ont bien vécu, la patiente G a même déclaré : « Je me suis dit que ça faisait du bien au bébé ».

3.4.3. Suivi avec l'endocrinologue

La fréquence des rendez-vous chez l'endocrinologue n'a pas été la même pour toutes les patientes. Ceci s'explique par des différences cliniques et/ou par le fait que nos patientes n'ont pas été toutes suivies au CH d'Antibes Juan-les-Pins mais aussi par des professionnels de santé extérieurs. La patiente N n'a été vue que 2 fois par l'endocrinologue car il a jugé que son DG était bien équilibré et qu'il n'était pas nécessaire d'avoir d'autres rendez-vous pour la surveillance de son DG. Le tableau VII montre les différents suivis des patientes.

Tableau VII : Fréquence des rendez-vous chez l'endocrinologue

Patiente	Fréquence des rendez-vous
A	Tous les mois par téléphone en dehors du CH d'Antibes Juan-les-Pins
B	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
C	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
D	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
E	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
F	Tous les 15j par téléphone puis toutes les 3 semaines-1 mois en dehors du CH d'Antibes Juan-les-Pins
G	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
H	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
I	Tous les mois par téléphone en dehors du CH d'Antibes Juan-les-Pins
J	Tous les mois par téléphone en dehors du CH d'Antibes Juan-les-Pins
K	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
L	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
M	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins
N	Endocrinologue vu 2 fois pendant la grossesse en dehors du CH d'Antibes Juan-les-Pins
O	Tous les 15j par téléphone au CH d'Antibes Juan-les-Pins

Nous nous sommes alors demandés comment les patientes avaient vécu cette surveillance. 11 ont bien vécu cette surveillance car il n'y avait pas besoin de se déplacer pour certaines femmes et les échanges avec les médecins se faisaient par mails ou via l'application « My Diabby ». La patiente I ajoute : « C'était bien pratique que ça se passe par téléphone. La période était assez anxiogène car on disait que les diabétiques, les personnes en surpoids et les femmes enceintes étaient des sujets à risque ». La patiente J a trouvé cette surveillance répétitive mais l'a trouvée tout de même utile. Elle explique : « C'était bien de l'avoir tous les

mois quand même car elle me remotivait quand j'en avais besoin ». 3 patientes ont trouvé cette surveillance difficile et ont trouvé le médecin strict. La patiente C explique : « Si j'avais fait un excès, elle mettait le doigt dessus alors que le reste de la semaine était bien ».

3.4.4. Conseils reçus par les patientes

Les patientes ont reçu des conseils concernant l'alimentation et la pratique de l'activité physique. Toutes les patientes ont retenu qu'elles devaient faire essentiellement attention à leur alimentation et seulement une patiente, avec un IMC classé en obésité sévère (patiente I), a retenu qu'elle devait aussi faire en plus du sport.

Nous nous sommes alors intéressés à la réaction lors de l'annonce de ces conseils à tenir et leur application au quotidien. 9 patientes ont bien vécu cette annonce. La patiente C ajoute : « On avait pensé à manger plus sainement ». Parmi ces patientes, 3 ont trouvé cela compliqué au quotidien mais ont dit s'y habituer, 3 ont mal vécu cela (difficile, frustrant, restrictif et stressant) au quotidien et 3 l'ont bien vécu au quotidien. La patiente J ajoute : « C'est certainement dû à mon histoire car c'était la première fois qu'un régime fonctionnait ». 5 patientes ont eu peur et ont trouvé cela stressant et compliqué. La patiente B explique : « Je me suis demandée comment j'allais réussir à gérer ». Parmi ces patientes, 3 ont mal vécu au quotidien et 2 ont trouvé cela compliqué mais s'y sont habituées. La patiente F a trouvé les conseils évasifs et donc compliqué à mettre en place sur le moment et n'a pas bien vécu ces conseils au quotidien. 2 patientes ont également évoqué un sentiment de colère sur le moment. Elles ont trouvé ces conseils compliqués à mettre en place mais s'y sont habituées au quotidien. La patiente I explique : « Quand on m'a donné tous ces conseils, ça m'a un peu énervé car on se dit pourquoi moi, pourquoi ça me tombe dessus et puis au final on accepte parce qu'on a pas le choix ».

À travers leur discours, nous avons également voulu connaître les relations qu'entretenaient les patientes avec les professionnels de santé suite à l'annonce des conseils et durant leur suivi, surtout en fonction de leur IMC. La plupart des patientes ont dit entretenir de bonnes relations avec les professionnels de santé. La patiente F, en insuffisance pondérale, a eu de bonnes relations avec les médecins et s'est sentie bien entourée. 4 patientes, de

corpulence « normale », ont eu également de bonnes relations avec les professionnels de santé. La patiente O ajoute : « Je savais que je pouvais les appeler quand je voulais ». 5 patientes étaient en surpoids. Parmi elle la patiente A n'a pas eu de bonnes relations avec les médecins car ils ne lui ont pas donné beaucoup d'explications et n'étaient pas assez rassurant selon elle. Les 4 autres patientes ont cependant eu de bonnes relations. La patiente G ajoute : « Je pense que quand on nous donne de bons conseils tout se passe bien ». 4 patientes, en obésité modérée, ont eu de bonnes relations avec les professionnels de santé. La patiente H explique : « j'avais des professionnels qui ont toujours été rassurant. ». La patiente I, en obésité sévère, a également eu un bon relationnel avec les professionnels de santé. La patiente I explique : « J'ai été super bien entourée du côté médical ».

Nous avons alors voulu savoir si les conseils donnés tenaient compte des habitudes des patientes. Pour 12 d'entre elles, les conseils étaient adaptés. En effet, la patiente E ajoute : « J'ai pu faire le ramadan en gardant le régime, je ne mangeais pas de sucreries et j'essayais de modérer ce que je mangeais. La gynécologue m'a dit qu'il n'y avait pas de souci à le faire, si j'étais stable ». Mais pour 3 patientes les conseils étaient peu adaptés. La patiente C nous explique : « Les menus n'étaient pas les mêmes pour toute la famille ».

Certaines patientes nous ont rapporté que la grossesse avait été une motivation pour suivre ces conseils et mieux les vivre. Certaines patientes ont également dit vouloir continuer ces conseils alimentaires après la grossesse pour perdre du poids et avoir une alimentation plus saine. En effet, la patiente M nous explique : « Le positif c'est au niveau du poids et puis maintenant j'ai de bonnes bases pour l'alimentation pour manger plus sainement. Je me dis que je vais peut être réussir maintenant à perdre du poids pour ne plus être en surpoids ».

Un tableau en annexe II permet de faire le lien entre l'IMC des patientes, la réception et le vécu des conseils nutritionnels au quotidien. Il permet de voir aussi les relations entretenues avec les professionnels de santé.

3.4.5. Surveillance du diabète gestationnel

Une surveillance glycémique et parfois obstétricale est nécessaire pour le bon suivi des patientes. Nous avons voulu savoir quelle surveillance spécifique ont reçue les patientes en plus par rapport à leur DG et le vécu de cette dernière.

Au niveau des glycémies toutes les patientes ont bénéficié d'un lecteur de glycémie avec des glycémies capillaires à effectuer 6 fois par jour. 12 patientes ont trouvé cette surveillance contraignante, répétitive et difficile au quotidien. La patiente B ajoute qu'elle trouvait cela embêtant : « C'était un peu gênant de devoir se faire une piqûre au restaurant ». 4 patientes expliquent devoir mettre une alarme pour ne pas oublier de faire les glycémies capillaires en post-prandial. La patiente L ajoute tout de même que cette surveillance est rassurante. 3 patientes expliquent qu'elles se sont habituées à cette surveillance.

Au niveau de la surveillance obstétricale, certaines patientes ont bénéficié de monitoring foetal et d'une surveillance échographique plus rapprochée. 3 patientes rapportent avoir eu 3 monitoring par semaine dont 2 avec une sage-femme à domicile et 1 à l'hôpital. Toutes les patientes ont trouvé cela rassurant car « on entend bébé », mais la patiente I a trouvé cela trop fréquent et contraignant et indique : « Au début je ne comprenais pas pourquoi j'avais 3 monitoring par semaine. Je trouvais ça de trop. Et au final, on comprend qu'il y a besoin d'un suivi pour le bébé pour ne pas qu'il y ait de souci, que ça ne devienne pas un trop gros bébé » et ajoute que la venue d'une sage-femme à domicile est intrusif au début : « Au début c'était très intrusif d'avoir les sages-femmes à domicile mais comme c'est pour ma fille on s'y habitue ». La patiente E trouvait cette surveillance tout de même fatigante. Elle explique : « C'était fatigant, avec 3 enfants à la maison ». 8 patientes ont trouvé que les échographies étaient rassurantes et ont eu un bon vécu de cette surveillance car elles pouvaient avoir une idée du poids de leur enfant. Pourtant pour 2 patientes cette surveillance était au contraire un moment de peur et de stress. Une patiente rapporte un sentiment de pression et d'obsession sur le poids de bébé. 4 patientes ont dit ne pas avoir eu de surveillance particulière au niveau obstétricale pendant la grossesse.

3.4.6. Difficultés rencontrées

Pendant notre entretien, une question abordait les difficultés rencontrées pendant la grossesse liées au DG. 4 patientes ont expliqué avoir eu des difficultés pour la préparation des repas. En effet, le DG oblige à avoir une organisation différente des repas, de nouvelles habitudes alimentaires et de rythmer ses journées en fonction des repas. La patiente B a rapporté ne pas avoir le même repas que le reste de la famille : « Je ne mangeais plus comme le reste de la famille. J'ai dû expliquer à mes enfants pourquoi moi je ne mangeais pas la même chose. ». 2 patientes ont mentionné des difficultés au moment des repas en famille. La patiente B a expliqué : « C'est difficile de faire attention pendant les repas de famille, on ne peut pas manger n'importe quoi ». La patiente C a ajouté : « C'est dur rien que pour aller manger chez des amis, on est obligé d'avoir notre repas avec nous ». 7 patientes ont expliqué avoir eu des difficultés pour trouver l'équilibre dans l'alimentation et s'habituer au régime alimentaire. Ce régime a été vécu comme contraignant, difficile et frustrant. 3 patientes expliquent qu'elles ont ressenti une fatigue nerveuse avec une grossesse difficile moralement et mentalement. La patiente D explique : « Se contraindre tous les jours à se restreindre c'est pas évident et c'est fatigant ». 2 patientes expliquent avoir rencontré des difficultés liés à la Covid-19 et au confinement. L'éloignement de la famille n'a pas été toujours évident à gérer. En effet, la patiente I explique : « Ma seule difficulté a été lié au confinement car je suis très famille et ça m'aurait encore plus aidé de voir ma famille ». Enfin, 3 patientes ont rapporté n'avoir rencontré aucune difficulté.

La patiente B rapporte tout de même : « Je suis soulagée d'avoir accouché, de ne plus avoir à faire ça, de ne plus faire attention à ce que je mange ».

3.4.7. Sources de soutien

Nous avons voulu connaître les personnes ou certains moyens qui les ont aidés pour suivre et mieux vivre les conseils et les recommandations.

Nous avons observé 3 catégories en terme de types de discours à ce sujet :

- 3 patientes ont rapporté avoir fait des recherches sur internet, sur des groupes ou des forums. La patiente A explique : « On pouvait partager les journées un peu difficiles et une personne pouvait nous répondre, nous donner des conseils, nous rassurer ».
- 14 patientes ont expliqué avoir reçu de l'aide de la part de leur famille et notamment de leur conjoint. Au quotidien, la présence de la famille permet de réconforter et d'encourager les patientes. La patiente C explique : « Quand mon mari voyait que je craquais, il me disait les mots pour me réconforter et m'encourager ». Certains compagnons ont également accompagné leur femme au niveau du régime alimentaire. La patiente F explique : « Mon compagnon s'est adapté un peu aussi pour ne pas me tenter ». La patiente A explique : « Ma belle-mère se renseignait et cuisinait toujours quelque chose d'adapté à mon diabète ».
- 10 patientes rapporte avoir reçu également de l'aide de la part des professionnels de santé. La patiente H explique avoir reçu « un accompagnement médical positif ». La patiente J ajoute : « l'endocrinologue m'a donné un livre de recettes pour m'aider à diversifier mon alimentation. ».

3.5. Pistes d'amélioration

En fin d'entretien, nous avons demandé aux patientes ce qui aurait pu être mis en place pour leur permettre de mieux vivre les recommandations nutritionnelles qui leur sont données. Nous avons pu mettre en évidence deux axes d'amélioration suggérés. Tout d'abord, 5 patientes auraient apprécié avoir plus de supports comme des fiches avec des menus ou les aliments pouvant être mangé ou pas mais également des sites internet, des groupes ou des forums permettant d'échanger avec d'autres femmes atteintes de DG. Des patientes auraient apprécié également une application avec des recettes pour avoir plus d'idées et pour faciliter la préparation des repas. Enfin, la mise en place de réunions sur l'alimentation aurait été apprécié par une patiente (patiente K) avec deux types d'objectifs : un soutien social à travers une mise en lien avec d'autres femmes qui partagent le même diagnostic et une éducation et une information à ce sujet. 9 patientes expliquent ne pas ressentir le besoin d'une aide supplémentaire car elles avaient été bien entourées par les professionnels de santé et leur famille.

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats

Les mesures hygiéno-diététiques font partie du traitement initial du DG. Nos résultats montrent que la plupart des patientes qualifient leur régime alimentaire comme partiellement équilibré avant la grossesse en faisant des écarts plus ou moins fréquents. La plupart de nos patientes se sont alors senties frustrées du régime alimentaire. En effet, dans un mémoire de 2013, le régime alimentaire lié au DG semblait difficile pour 41,3% des femmes. Le mode de vie des patientes était alors changé, pendant la grossesse, par ces modifications alimentaires, pouvant être moins bien accepté [20]. Dans notre étude, cette modification semble être appréciée par certaines femmes qui ont exprimé ce côté « positif » des modifications, malgré leurs frustrations initiales. Certaines patientes ont eu une prise de poids peu importante et ont acquis des connaissances pour une meilleure alimentation. Malika Nabil explique dans son mémoire sur le suivi du régime alimentaire du DG que cette alimentation « forçait », d'après les patientes, à arrêter les mauvaises habitudes et leur permettaient d'avoir une nouvelle alimentation sur le long terme [21].

Une activité physique compatible avec la grossesse est un élément majeur pour la prise en charge du DG. Dans notre étude, les professionnels de santé ont peu parlé de la pratique d'une activité physique et les patientes ont donc été moins sensibilisées. Pourtant, plusieurs études ont montré que la pratique d'une activité physique permettait d'améliorer les glycémies post prandiales et de diminuer le recours à l'insuline [22]. De plus, le maintien d'une activité physique permet de diminuer de 50% le risque de DG en améliorant la sensibilité à l'insuline [23]. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) précise que la grossesse est compatible avec la pratique d'une activité physique « raisonnable » comme la marche, la natation ou la gymnastique d'entretien [24]. Il serait donc intéressant de mettre davantage en avant la pratique d'une activité sportive dans les conseils donnés par les professionnels de santé.

Nos résultats montrent principalement que les patientes ne connaissent pas l'existence du DG. Pourtant dans un mémoire mené au CHU d'Angers, 79,5% des patientes avaient déjà

entendu parler du DG. [20]. Des informations concernant le DG ainsi que les complications et les risques sont données au moment du diagnostic. Dans notre étude, toutes les patientes interrogées déclarent avoir reçu des informations par des professionnels de santé. Ces informations ont fait peur à la majorité de nos patientes notamment pour la santé du fœtus. Ces données corrélaient avec celles de Marielle André dans son mémoire : parmi les patientes considérant que le DG constituait un risque, 23 femmes s'inquiétaient pour leur enfant et 12 pour elle et leur enfant [20]. Une étude de cohorte observationnelle montre des résultats similaires : la préoccupation primordiale des patientes est la santé de leur enfant [25].

Dans notre étude, l'annonce du DG a essentiellement été faite par un professionnel de santé suite à l'HGPO. Cette annonce a provoqué notamment un sentiment de stress et de peur. Ces résultats corrélaient avec la thèse de Landry Clark Mabika : elle explique que les patientes ont globalement mal vécu l'annonce du DG avec comme expressions « très difficile à assumer, choc, effondrée, inconsolable, très angoissée » [13]. Cependant, une étude effectuée au CHU d'Angers montre que l'anxiété des patientes après l'annonce du DG tendait à diminuer tout au long de la prise en charge et notamment après une séance multidisciplinaire et collective [20]. Nos patientes ont été en général mises sous insuline entre 1 semaine et 1 mois. La mise en place de l'insuline n'a pas été bien vécue par la plupart de nos patientes. Cela a entraîné une peur, un stress voire même des pleurs. Dans un mémoire de 2013, des patientes ont expliqué avoir « peur de l'aiguille » et penser « ne pas y arriver ». 40% des patientes ont déclaré que ces injections ont été difficiles pour elles [20]. Toutes nos patientes déclarent avoir reçu des conseils de la part des professionnels de santé. L'annonce de ces conseils a été essentiellement bien vécue mais ils ont été plus difficiles à vivre au quotidien. Elles les ont trouvés principalement difficiles, compliqués, frustrants et stressants. Nos résultats vont dans le même sens que ceux dans un mémoire de 2018 : les femmes enceintes ayant un DG modifient en partie leur alimentation et trouvent les conseils diététiques difficiles à mettre en oeuvre [26]. Certaines patientes nous ont déclaré que la grossesse avait été une motivation pour suivre à vivre ces conseils au quotidien. Nos résultats corrélaient avec ceux d'un mémoire sur le suivi du régime alimentaire des femmes ayant un DG : la majorité des femmes ont expliqué que le fait d'être enceinte avait été la source d'une motivation importante [21]. La plupart des participantes de notre étude ont trouvé que les conseils donnés étaient adaptés à leurs habitudes : respect de la religion, respect de certains régimes

alimentaires (végétariens). Malika Nabil explique, dans son mémoire, que sept femmes sur dix ont trouvé les conseils adaptés à leurs alimentations de base en tenant compte des particularités, même si pour certaines il manquait certains repères et équivalences pour certains menus culturels et traditionnels [21]. Quelques unes de nos patientes ne les ont pas trouvé adaptés car la préparation des repas était différente pour toute la famille ou encore à cause de certains modes de vie et habitudes alimentaires. Avoir des conseils hygiéno-diététiques adaptés et personnalisés est quelque chose de très important. En effet, une étude canadienne montre qu'en l'absence de ces conseils, les patientes demandent plus facilement à leur entourage ou sur internet [27]. Mais la famille ou les amis n'ont pas forcément les connaissances médicales nécessaires pour donner des conseils et peuvent alors communiquer de fausses informations et croyances. Il en est de même pour les recherches sur internet. Notre étude montre que certaines patientes ont la volonté de continuer d'appliquer les conseils hygiéno-diététiques après leur grossesse. Une étude de 2015 montre que certaines femmes voient une stabilisation de leurs prises de poids et un bien-être moral à manger équilibré [21].

La surveillance des glycémies passe par l'ASG 6 fois par jour avant les repas et 2 heures après. Cette surveillance est apparue comme contraignante, répétitive et difficile au quotidien pour la plupart des femmes de notre population. Émilie Bous explique dans son mémoire que seulement 33% des femmes trouvent l'ASG contraignant et difficile [28]. Les patientes ayant de l'insuline ou ayant un DG déséquilibré reçoivent une surveillance obstétricale plus importante. Les échographies et les monitoring ont été pour la plupart des femmes rassurants. Les patientes ont alors eu un bon vécu de cette surveillance. Dans une étude sur les facteurs facilitant le respect des règles de prise en charge du DG, 80% des femmes enceintes étaient satisfaites de la prise en charge du diabète par l'équipe médicale de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges. Néanmoins, la surveillance médicale de la grossesse a été plus difficile et fatigante, particulièrement lorsqu'il y a des pathologies associées, car il y avait plus de déplacement et de rendez-vous [28].

Plusieurs difficultés ont été rencontrées par nos patientes. Ces difficultés sont essentiellement liées au régime alimentaire, jugé contraignant, difficile et frustrant. Le DG a aussi été trouvé difficile mentalement au quotidien, trouvant la pathologie difficile à vivre. Nos patientes ont alors rencontré des difficultés pour la préparation des repas et à s'habituer

au régime alimentaire. Dans une étude australienne, les femmes ont décrit ressentir des difficultés à trouver le temps entre le travail, les tâches ménagères et les obligations familiales. Il a fallu, pour ces femmes, trouver le temps de cuisiner, s'adapter au nouveau régime alimentaire, préparer des repas différents pour la famille [29]. D'autres études montrent que la pratique d'une activité physique a été difficile pour certaines femmes. En effet, 25% des patientes avaient eu des difficultés à développer une activité physique [28]. Cette difficulté n'a pas été retrouvée dans nos résultats. La notion d'activité physique n'a peut-être pas été assez développée par les professionnels de santé.

Le soutien social et des professionnels de santé est un élément important à prendre en compte dans le vécu des recommandations du DG. Notre étude montre que la famille et les amis apportaient réconfort et encouragement. Nos patientes ont principalement très bien vécu l'accompagnement des professionnels de santé. Il n'y avait pas de sentiment de jugement. Plusieurs études montrent que le soutien psychologique de la part de la famille et des professionnels de santé est très important pour les aider et les encourager. En effet, une revue de la littérature de 2020 explique que les femmes qui n'avaient pas de famille se sentaient seules et isolées [30]. Une autre étude faite en Afrique du Sud explique que plusieurs femmes ont eu un soutien de la part des professionnels de santé mais que certains professionnels de santé les critiquaient si les glycémies étaient élevées et leur reprochaient d'avoir un DG parce qu'elles étaient en surpoids [31]. Il en est de même dans notre étude : certaines patientes ont reçu certaines remarques concernant leurs glycémies élevées ou leur alimentation, mais sans jugement de la part des professionnels de santé.

L'IMC est le seul indice validé par l'OMS pour évaluer la corpulence d'un individu. Pour rappel, pour le calculer, il faut diviser le poids (en kg) par la taille (en m) au carré [19]. Notre population a majoritairement un IMC supérieur ou égal 25kg/m². Pourtant, l'enquête périnatale de 2016 montre que 31,8% de la population globale des femmes enceintes ont un IMC supérieur ou égal 25kg/m² [5]. Plusieurs études concluent qu'un poids maternel élevé entraîne un risque plus important de DG [34]. Une étude américaine réalisée entre 2004 et 2006 explique qu'il existe un risque de 46,2% de développer un DG avec un IMC élevé [35]. Une de nos hypothèses était que les femmes diabétiques de corpulence élevée entretenaient de moins bonnes relations avec les professionnels de santé que les femmes avec une corpulence

« normale ». En effet, le surpoids et l'obésité peuvent engendrer notamment une peur de jugement, ainsi qu'un jugement réel sur elles dans les interactions avec les soignants. Notre étude montre que les professionnels de santé entretiennent principalement de bonnes relations avec les patientes, peu importe leurs corpulences. Émilie Tina explique dans son mémoire que 70% des patientes avec un IMC supérieur à 25 kg/m² et ayant participé à une journée d'ETP ont davantage eu confiance en elles grâce à la bienveillance et au soutien de l'équipe soignante [15]. Cependant, nos résultats ne permettent pas de mettre en lien le vécu et/ou les relations avec les soignants dans le cadre de la prise en charge et de la surveillance avec les caractéristiques sociales. Un mémoire, de 2015 sur les facteurs facilitant le respect des règles de prise en charge du DG, montre que selon les ressources mensuelles, l'équilibre glycémique est plus ou moins respecté : pour les catégories de ressources supérieures à 1500€ par mois, l'équilibre glycémique est globalement respecté mais pour les catégories de ressources inférieures à 1500€, il est bien moins respecté [28].

4.2. Limites de l'étude

Plusieurs limites ressortent de notre étude.

L'élaboration d'un guide d'entretien ainsi que le déroulement des entretiens avec les patientes s'est avéré être un exercice nouveau et difficile. En effet, il a été difficile dans les premiers entretiens de réussir à relancer les patientes pour avoir des réponses plus précises et développer leurs propos. Cela a aussi nécessité plusieurs modifications du guide d'entretien pendant les premiers entretiens. Ces études qualitatives nécessitent une certaine expérience qui a fait défaut en début d'étude.

Toutes nos patientes n'ont pas été suivies uniquement au CH d'Antibes Juan-les-Pins. En effet certaines femmes ont été envoyées par leur gynécologue chez un endocrinologue extérieur. Les pratiques étant différentes entre les praticiens, cela rend très divers les parcours cliniques des patientes ainsi que les pratiques, protocoles et conseils des professionnels de santé, rendant plus difficile leur mise en lien avec les vécus.

Nos patientes ont été vues après leur accouchement. Cela peut constituer un biais car elles ont pu oublier certaines informations sur leur suivi ou sur l'évolution de leur ressenti, expériences et/ou réception des informations. De futures recherches pourraient mieux évaluer leurs expériences médicales et nutritionnelles en effectuant un premier entretien après leur rendez-vous avec l'endocrinologue et le diététicien pour comprendre le vécu de l'annonce du DG et sur la suite de leur prise en charge. Puis, les patientes pourraient être revues pour un deuxième entretien à la fin de la grossesse pour comprendre le vécu du DG et sa surveillance au quotidien.

5. Conclusion

Notre étude avait pour objectif principal de décrire les expériences médicales et nutritionnelles des femmes atteintes d'un DG. Nous avons pu constater que l'annonce du diagnostic du DG entraîne un sentiment de stress et de peur pour les femmes, notamment pour la santé de leur fœtus. Il en est de même pour l'instauration de l'insuline lorsque le régime alimentaire ne suffit pas à contrôler les glycémies. Les conseils nutritionnels donnés aux patientes sont souvent vécus difficilement au quotidien et frustrants. Cependant, même si les professionnels de santé parlent de la pratique d'activité physique compatibles avec la grossesse, les patientes ne sont pas réceptives à cette recommandation. Pourtant, il est prouvé que la pratique d'une activité physique permet d'améliorer les glycémies post prandiales et de diminuer le recours à l'insuline et surtout permet de diminuer de 50% le risque de DG. Il serait donc intéressant d'aborder la pratique d'une activité physique dès le début de la grossesse.

La plupart des patientes de notre étude n'ont pas ressenti le besoin d'une aide supplémentaire pour mieux vivre les recommandations nutritionnelles du DG. Cependant, certaines patientes auraient apprécié plus de supports (fiches, sites internet ou applications) ou la mise en place d'une journée d'éducation pour avoir une prise en charge de leur DG avec plus d'autonomie. Il existe, par exemple, au CHU de Caen, une journée consacrée à l'apprentissage des principes du traitement du DG où les patientes voient infirmière, sage-femme, diététicienne et médecin. L'ETP fait alors partie de la prise en charge des patientes ayant un DG au CHU de Caen. Globalement, les patientes étaient satisfaites du programme d'ETP et 78% des patientes ont l'impression de participer aux décisions de prise en charge. La communication avec les professionnels de santé a été facilité pour 87% des femmes [15]. Une journée d'éducation thérapeutique collective du patient avec médecin, sage-femme, infirmière, diététicien et psychologue pourrait ainsi permettre de diminuer ce stress et cette peur.

Notre second objectif était de comprendre la manière dont les recommandations et les conseils des professionnels de santé étaient réceptionnées notamment en fonction de leur corpulence. Nous avons pu constater que, dans notre population, les femmes diabétiques avec

un IMC supérieur ou égal à 25kg/m² semblent entretenir, selon leur discours, les mêmes relations avec les professionnels de santé que les patientes avec un IMC entre 18,5 - 24,9kg/m². Notre étude a permis de voir également que le soutien de l'entourage et des professionnels de santé est très apprécié des femmes atteintes d'un DG. En effet, ils apportent réconfort et encouragement lorsque les patientes en ont besoin. Les professionnels de santé étaient pour certains stricts avec leurs patientes mais aucun jugement de leur part n'a été ressenti.

Les entretiens semi-directifs ont permis aux patientes de s'exprimer librement sur leur ressenti, sans être enfermées dans des questions. Les différents thèmes de notre sujet ont pu être abordés dans un ordre différent selon les réponses des patientes. La mise en place d'un questionnaire n'aurait pas permis ce type d'échange avec les patientes. L'un des points forts de notre étude est donc d'avoir recueilli des informations permettant d'aborder le DG. En effet, le DG représente un problème de santé publique important ayant un impact sur la future santé des femmes et de l'enfant à naître. Étudier le vécu de cette pathologie peut permettre de mieux l'appréhender en tant que professionnel de santé et de mieux accompagner nos patientes.

Bibliographie

- [1] World Health Organisation, Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complication, 1999
- [2] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Société francophone du diabète, Recommandations pour la pratique clinique : Le diabète gestationnel, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342
- [3] Langer O., Yogev Y., Most O., Xenakis E.M.J., Gestational diabetes: The consequences of not treating. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2005 ;192 (4) : 989-997
- [4] Hunt K.J., Schuller K.L., The Increasing Prevalence of Diabetes in Pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2007 ; 34 (2) : 173-199
- [5] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2016.
- [6] Poolsup N., Suksomboon N., Amin M., Effect of Treatment of Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. Plus One. 2014 ; 9(3): e92485
- [7] Major CA, Henry MJ, De Veciana M, Morgan MA. The effects of carbohydrate restriction in patients with diet-controlled gestational diabetes. Obstet Gynecol 1998;91:600-604
- [8] HAS, Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel, 2005
- [9] Carolan M., Women's experiences of gestational diabetes self-management: A qualitative study. Midwifery. 2013 ; 29 (6) : 637-645
- [10] Kaptein S., Evans M., McTavish S., Feig D.S., Lowe J., Lipscombe L.L., The Subjective Impact of a Diagnosis of Gestational Diabetes Among Ethnically Diverse Pregnant Women: A Qualitative Study. Can J Diabetes. 2015 ; 39 (2) : 117-122

- [11] Bandyopadhyay M., Small R., Davey M.A., Oats J.J.N., Forster D.A., Aylward A., Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2011 ; 51 (4) : 360-364
- [12] Leung Hui A., Sevenhuysen G., Harvey D., Salomon E., Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *Diabetes Educ.* 2014 ; 40 (5) : 668-677
- [13] Clark Mabika L. Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance au traitement chez des femmes enceintes : étude comparative. Thèse de Médecine, Metz, 2018, 353p.
- [14] Neufeld Tait H., Food perceptions and concerns of aboriginal women coping with gestational diabetes in Winnipeg, Manitoba. *J Nutr Educ Behav.* 2011 ; 43 (6) : 482-491
- [15] Jarvie R., Lived experiences of women with co-existing BMI \geq 30 and Gestational Diabetes Mellitus. *Midwifery.* 2017 ; 49 : 79-86
- [16] Tina E. Diabète gestationnel : vécu de la pathologie et de la prise en charge au CHU de Cean. Mémoire de Sage-Femme, Cean, 2017, 64p.
- [17] Parsons J., Sparrow K., Ismail K., Hunt K., Rogers H., Forbes A., Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 ; 18 (1) : 25
- [18] Carof S; Les représentations sociales du corps « gros ». Un enjeu conflictuel entre soignés et soignés. *Anthropologie et santé.* 2017 ; 14
- [19] Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. Série de Rapports techniques 2003;(894)

- [20] André M. Le vécu des femmes suivies pour un diabète gestationnel. Étude prospective, monocentrique et descriptive, basée sur trois questionnaires, incluant 122 patientes prises en charge au CHU d'Angers du 8 août 2013 au 28 novembre 2013. Mémoire de Sage-femme, Angers, 2014, 61p.
- [21] Nabil M. Le suivi du régime alimentaire par les femmes ayant un diabète gestationnel. Mémoire de Sage-femme, Paris, 2016, 63p.
- [22] Jacqueminet S., Jannot-Lammotte M-F. « Prise en charge thérapeutique du diabète gestationnel ». J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. 2010. n°39, p. S251–S263
- [23] Dempsey JC, Butler CL, Williams MA, No need for a pregnant pause: physical activity may reduce the occurrence of gestational diabetes mellitus and preeclampsia. *Exerc Sport Sci Rev*, 2005;33(3):141-149
- [24] Programme National Nutrition Santé. Le guide nutrition pendant et après la grossesse, livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. Septembre 2007, 52p
- [25] Trutnovsky G., Panzitt T., Magnet E., Stern C., Lang U., Dorfer M. Gestational diabetes: women's concerns, mood state, quality of life and treatment satisfaction. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(11):2464-2466
- [26] Sorlin C. Éducation thérapeutique des femmes enceintes : impact sur la prise en charge du diabète gestationnel. Étude cas-témoins réalisée auprès de 60 patientes atteintes de diabète gestationnel. Mémoire de Sage-femme, Lyon, 2018, 59p.
- [27] Hui A.L., Sevenhuysen G., Harvey D; Salamon E. Food choice decision-making by women with gestational diabetes. *Can J Diabète*. 2014;38(1):26-31
- [28] Bous E. Diabète gestationnel : quels facteurs facilitent le respect des règles de prise en charge du diabète gestationnel. Mémoire de Sage-femme, Limoges, 2015, 58p.

- [29] Carolan M., Gill G.K., Steele C. Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12:99
- [30] Craig L., Sims R., Glasziou P., Thomas R. Women's experiences of a diagnosis of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):15
- [31] Muhwava L.S., Murphy K., Zarowsky C., Levitt N. Perspectives on the psychological and emotional burden of having gestational diabetes amongst low-income women in Cape Town, South Africa. *BMC Women's Health*. 2020;20(1): 231
- [34] Suzan Y., William M. Callaghan, Shin Y. Kim, Christopher H. Schmind, Joseph Lau, Lucinda J. England, Dietz P. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30(8):2070-2076
- [35] Shin Y. Kim, Lucinda J. England, Hoyt G. Wilson, Bish C., Glen A. Satten, Dietz P. Percentage of Gestational Diabetes Mellitus Attributable to Overweight and Obesity. *Am J Public Health*. 2010;100(6):1047-1052

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien.

Patiente (numéro d'enregistrement) :

Date :

Activité physique et alimentation (avant et pendant la grossesse).

- Quelles sont vos habitudes au niveau de l'activité physique/alimentation ?
- Quel impact la grossesse a-t-il eu sur votre activité sportive/alimentation avant le diabète gestationnel et après le diabète gestationnel ?
- Comment avez-vous changé vos habitudes pendant votre grossesse ?

Connaissance sur le diabète.

- Avez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant votre grossesse ? Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) ?
- Que connaissez-vous des complications et risques sur le diabète gestationnel ?

Vécu des recommandations.

- Qui vous a annoncé votre diabète gestationnel et comment ? Quand ? Quelle a été votre réaction ? Qu'avez-vous ressenti ? Qu'avez-vous pensé ?
- Comment est traité votre diabète gestationnel ?
- Quels conseils avez-vous retenus des professionnels ? Comment avez-vous réagi à ces conseils de prise en charge ? Comment avez-vous vécu ces conseils au quotidien ?
- Est-ce que vous trouvez que les conseils qu'on vous donne en général tiennent compte de votre alimentation et activité physique ?
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ? Pourquoi ?
- Des personnes ou certains moyens vous ont-ils aidés pour suivre les conseils et les recommandations ? Qu'est ce qui vous a facilité ?
- Comment vous paraît la surveillance du diabète gestationnel ?
- Comment avez-vous vécu votre diabète gestationnel ?

- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait vous aider à mieux vivre le diabète gestationnel ?

Données socio-démographiques.

- Quelle est votre âge ?
- Quelle est votre origine ?
- Quel est votre poids ?
- Quelle est votre taille ?
- Est-ce que vous travaillez ? (sécurité sociale et mutuelle)
- Est-ce que vous êtes en couple ?
- Avez-vous déjà des enfants ou des personnes à charge ?
- Comment organisez-vous dans la famille pour les tâches du travail domestiques, habituellement ? Pendant la grossesse ?

Annexe II : Lien entre IMC, réception et vécu au quotidien des conseils nutritionnels

Patiente	IMC	Réception	Vécu au quotidien	Relation avec les professionnels de santé
A	Surpoids	Peur	Mauvais vécu, conseils pas adaptés mais la grossesse a été une motivation	Mauvais relationnel, la patiente dit avoir reçu peu d'explications
B	Surpoids	Peur « Je me suis demandée comment j'allais réussir à gérer »	Compliqué mais s'y est habitué, conseils peu adaptés mais la grossesse a été une motivation	Bon relationnel
C	Normal	Bon vécu « on avait pensé à manger plus sainement »	Mauvais vécu, conseils pas adaptés « Les menus n'étaient pas les mêmes pour toute la famille »	Bon relationnel
D	Obésité I	Bon vécu	Mauvais vécu, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon relationnel
E	Obésité I	Stressant	Mauvais vécu mais conseils adaptés « J'ai pu faire le ramadan en gardant le régime, je ne mangeais pas de sucreries et j'essayais de modérer ce que je mangeais. La gynécologue m'a dit qu'il n'y avait pas de souci à le faire, si j'étais stable »	Bon relationnel
F	Insuffisance pondérale	Conseils évasifs et compliqués à mettre en place	Mauvais vécu, conseils adaptés La patiente décrit une volonté de continuer après la grossesse	Bon relationnel, la patiente s'est sentie bien entourée
G	Surpoids	Bon vécu	Bon vécu, conseils adaptés	Bon relationnel « Je pense que quand on nous donne de bons conseils tout se passe bien »
H	Obésité I	Stressant	Mauvais vécu, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon relationnel « j'avais des professionnels qui ont toujours été rassurant. »
I	Obésité II	Stressant. La patiente a eu un sentiment de colère « Quand on m'a donné tous ces conseils, ça m'a un peu énervé car on se dit pourquoi moi, pourquoi ça me tombe dessus et puis au final on accepte parce qu'on a pas le choix »	Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon relationnel « J'ai été super bien entourée du côté médical »
J	Obésité I	Bon vécu	Bon vécu « C'est certainement du à mon histoire car c'était la première fois qu'un régime fonctionne », conseils adaptés	Bon relationnel
K	Normal	Bon vécu	Bon vécu, conseils adaptés	Bon relationnel
L	Normal	Bon vécu	Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés	Bon relationnel

Patiente	IMC	Réception	Vécu au quotidien	Relation avec les professionnels de santé
M	Surpoids	Bon vécu	Complicé mais s'y est habitué, conseils adaptés La patiente décrit une volonté de continuer après la grossesse : « Le positif c'est au niveau du poids et puis maintenant j'ai de bonnes bases pour l'alimentation pour manger plus sainement. Je me dis que je vais peut être réussir maintenant à perdre du poids pour ne plus être en surpoids »	Bon relationnel
N	Surpoids	Bon vécu. La patiente a eu un sentiment de colère	Complicé mais s'y est habitué, conseils adaptés	Bon relationnel
O	Normal	Bon vécu	Mauvais vécu, conseils adaptés	Bon relationnel « Je savais que je pouvais les appeler quand je voulais »

Annexe III : Vécu des recommandations nutritionnelles et du suivi du DG

Patiente	Vécu du régime alimentaire	Vécu de l'annonce du DG	Vécu de l'annonce des complications et des risques du DG	Vécu de la mise en place de l'insuline	Vécu au quotidien des conseils nutritionnels donnés	Vécu de la surveillance endocrinologique du DG	Vécu de la surveillance glycémique	Vécu de la surveillance obstétricale
A	Sentiment de frustration mais la patiente s'est habituée aux nouvelles habitudes alimentaires	Angoisse pour le déroulement de la grossesse	Peur de la macrosomie à l'accouchement	Stressée	Mauvais vécu, conseils pas adaptés mais la grossesse a été une motivation	Surveillance difficile	Répétitif	Peur et stress car peur du poids du foetus
B	Mauvais vécu, sentiment de frustration	Peur car la patiente ne connaissait pas, déçu	Peur des complications de césarienne et de du risque de déclenchement		Complicé mais s'y est habitué, conseils peu adaptés mais la grossesse a été une motivation	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant	Rassurant
C	Sentiment de frustration, mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse	Peur car la patiente ne connaissait pas, culpabilité, pleur	Peur pour la santé du foetus, sentiment de stress et de culpabilité	Contraignant et répétitif	Mauvais vécu, conseils pas adaptés	Surveillance difficile avec un médecin strict	Difficile	Rassurant
D	Sentiment de frustration	Surprise, stress pour le foetus	Peur pour la santé du foetus		Mauvais vécu, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Répétitif	
E	Les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais la patiente s'y est habituée	Peur pour le foetus	Peur de la macrosomie à l'accouchement	Peur	Mauvais vécu mais conseils adaptés	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant	Fatigant
F	Les nouvelles habitudes alimentaires sont contraignantes mais la patiente s'y est habituée. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse	Peur pour le foetus, surprise	Peur de la macrosomie à l'accouchement	Bon vécu	Mauvais vécu, conseils adaptés La patiente décrit une volonté de continuer après la grossesse	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant, la patiente explique mettre une alarme pour ne pas oublier le dextro en post-prandial	

Patiente	Vécu du régime alimentaire	Vécu de l'annonce du DG	Vécu de l'annonce des complications et des risques du DG	Vécu de la mise en place de l'insuline	Vécu au quotidien des conseils nutritionnels donnés	Vécu de la surveillance endocrinologique du DG	Vécu de la surveillance glycémique	Vécu de la surveillance obstétricale
G	Bon vécu	Stressée car la patiente s'est sentie mal suivie pendant le 1er mois	Aucunes craintes	Bon vécu	Bon vécu, conseils adaptés	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	La patiente s'est habituée à faire les glycémies capillaires	
H	Les nouvelles habitudes alimentaires sont compliquées	Stressée	Peur pour la santé du fœtus, peur de développer un DT2		Mauvais vécu, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant, la patiente explique mettre une alarme pour ne pas oublier le dextro en post-prandial	Rassurant
I	Sentiment de frustration mais la patiente s'est habituée aux nouvelles habitudes alimentaires	Surprise car la patiente ne connaissait pas, inquiète pour le déroulement de la grossesse	Peur des complications et des risques	Stressée	Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés et la grossesse a été une motivation	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant, la patiente explique mettre une alarme pour ne pas oublier le dextro en post-prandial	Fréquent et contraignant, intrusif
J	Sentiment de frustration, les nouvelles habitudes alimentaires sont contraignantes mais la patiente s'y est habituée. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse	Déçu car la patiente souhaitait une grossesse peu médicalisée	Peur des complications et des risques		Bon vécu, conseils adaptés	Surveillance répétitive mais	Répétitif	Sentiment de pression, d'obsession sur le poids du fœtus

Patiente	Vécu du régime alimentaire	Vécu de l'annonce du DG	Vécu de l'annonce des complications et des risques du DG	Vécu de la mise en place de l'insuline	Vécu au quotidien des conseils nutritionnels donnés	Vécu de la surveillance endocrinologique du DG	Vécu de la surveillance glycémique	Vécu de la surveillance obstétricale
K	Bon vécu	Peur pour le fœtus, pleur	Sentiment de stress	Peur	Bon vécu, conseils adaptés	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	La patiente s'est habituée à faire les glycémies capillaires	Peur et stress car peur du poids du fœtus
L	Les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais la patiente s'y est habituée	Peur pour le fœtus	Peur pour la santé du fœtus		Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Répétitif mais rassurant	
M	Sentiment de frustration de temps en temps mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse	Peur pour le fœtus, choquée car ne connaissait pas	Peur de la macrosomie à l'accouchement	Bon vécu	Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés La patiente décrit une volonté de continuer après la grossesse	Bon vécu avec l'application permettant d'avoir des échanges facilement avec les médecins et infirmières	La patiente s'est habituée à faire les glycémies capillaires	Rassurant
N	Bon vécu	Peur pour la suite de la grossesse et pour le fœtus	Aucunes craintes		Compliqué mais s'y est habitué, conseils adaptés	Surveillance difficile avec un médecin strict	Répétitif	Rassurant
O	Sentiment de frustration, les nouvelles habitudes alimentaires sont difficiles mais cela a permis de ne pas avoir une prise de poids importante pendant la grossesse. La patiente ajoute que cela donne des bonnes bases au niveau alimentaire pour après la grossesse	Déçu car sait qu'il y a des risques pour le fœtus mais soulagée de savoir pour pouvoir surveiller les glycémies	Peur pour la santé du fœtus	Bon vécu	Mauvais vécu, conseils adaptés	Bon vécu car il n'y a pas besoin de se déplacer	Contraignant, la patiente explique mettre une alarme pour ne pas oublier le dextro en post-prandial	Rassurant

UNIVERSITE COTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ECOLE DE SAGES-FEMMES du CHU de NICE

Titre : Diabète gestationnel : vécu des recommandations nutritionnelles pendant la grossesse par les femmes ayant accouchées au CH d'Antibes Juan-les-Pins

Mots-clés : Diabète gestationnel, grossesse, nutrition

Résumé

Objectif : Décrire les expériences médicales et nutritionnelles des femmes atteintes d'un diabète gestationnel ayant accouchées au CH d'Antibes Juan-les-Pins.

Matériel et Méthodes : Etude qualitative unicentrique réalisée au CH d'Antibes Juan-les-Pins de Septembre 2020 à Janvier 2021, à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 15 femmes ayant eu un diabète gestationnel durant leur grossesse, afin de connaître leur vécu, en fonction de leur corpulence.

Résultats : Pour la majorité des femmes interrogées, le diagnostic d'un diabète gestationnel a été source de stress et a provoqué un sentiment de peur pour la santé du fœtus. Les conseils nutritionnels ont été principalement difficiles à vivre et frustrants. Cependant, les recommandations concernant l'activité physique ont été très peu appliquées par les femmes. La plupart des femmes se sont senties soutenues par les professionnels de santé et ont entretenu de bonnes relations.

Discussion et conclusion : La mise en place d'une journée d'éducation thérapeutique du patient avec médecin, sage-femme, infirmière, diététicien et psychologue permettrait une réduction de ce stress et cette peur. Cette journée aurait comme objectifs un soutien social à travers une mise en lien avec d'autres femmes atteintes d'un diabète gestationnel, une éducation et une information grâce à des supports (fiches, sites internet ou applications). De plus, la pratique d'une activité physique devrait être un sujet abordé dès le début de la grossesse afin de sensibiliser au mieux les femmes.

Title : Gestational diabetes : experience of nutritional recommendations during woman's pregnancy who gave birth at Antibes Juan-les-Pins hospital

Key-words : Gestational diabetes, pregnancy, nutrition

Abstract

Objective : Describe the medical and nutritional experiences of women with gestational diabetes who gave birth at Antibes Juan-les-Pins hospital.

Method : Single-center qualitative study carried out at the Antibes Juan-les-Pins hospital from September 2020 to January 2021, using semi-structured interviews with nearly 15 women who had gestational diabetes during their pregnancy, in order to know their experiences, depending on their corpulence.

Results : For the majority of women interviewed, the diagnosis of gestational diabetes was stressful and caused a feeling of fear for the health of the fetus. The nutritional advice was mainly difficult and frustrating. However, the recommendations regarding physical activity have received very little implementation by women. Most of women felt supported by health professionals and had good relationships.

Discussions and conclusion : Setting up a therapeutic patient education day with a doctor, midwife, nurse, dietitian and psychologist will reduce this stress and fear. The objective of this day would be social support through a link between women with gestational diabetes, education and information through supports (files, websites or applications). In addition, the practice of a physical activity should be a subject addressed at the beginning of pregnancy in order to better sensitize women.