



HAL
open science

Diabète gestationnel non insulino-dépendant : incidence sur le vécu de la grossesse

Charline Courtuat

► **To cite this version:**

Charline Courtuat. Diabète gestationnel non insulino-dépendant : incidence sur le vécu de la grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04152600

HAL Id: dumas-04152600

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04152600v1>

Submitted on 5 Jul 2023

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

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



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITÉ DE CLERMONT- AUVERGNE

**DIABÈTE GESTATIONNEL NON INSULINO-DÉPENDANT :
INCIDENCE SUR LE VÉCU DE LA GROSSESSE**

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR
COURTUAT Charline

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITÉ DE CLERMONT- AUVERGNE

**DIABÈTE GESTATIONNEL NON INSULINO-DÉPENDANT :
INCIDENCE SUR LE VÉCU DE LA GROSSESSE**

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR
COURTUAT Charline

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à ma formation et à la réalisation de ce mémoire et en particulier :

A Madame *Aurélie MEJEAN-LAPAIRE*, pour sa grande disponibilité et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Merci d'avoir accepté la direction de ce mémoire ;

A Madame *DE CARVALHO*, responsable de la documentation électronique à la Bibliothèque Universitaire Santé de Clermont-Ferrand, pour son aide concernant la partie bibliographie de ce travail ;

A Monsieur *THIEBLOT*, professeur d'endocrinologie, pour le temps accordé à la relecture de la revue de la littérature et pour son avis expert sur mon travail ;

Aux femmes ayant participé à l'étude, pour leur disponibilité et leurs témoignages enrichissants et indispensables à l'étude ;

Aux sages-femmes et femmes rencontrées en stage tout au long de mon cursus d'étude, pour leurs conseils, leur confiance, leurs témoignages et expériences enrichissantes ;

A ma famille et belle-famille, pour leur soutien et leur présence au cours de mes années d'étude. Une pensée particulière pour ma mamie qui, je l'espère, serait fière de ce que j'ai accompli ;

A *Théo*, mon fiancé, pour avoir toujours cru en moi, m'avoir soutenue et encouragée au cours de ces années d'étude. Merci également pour tous ces moments de bonheur, lors de périodes de stress et de travail intense ;

A *Léonie, Eléa et Laurie*, mes amies, pour cette belle aventure de quatre années à vos côtés, qui grâce à vous a été plus douce ; remplie de joie, de rire, de soutien et d'entraide ;

Et à toutes les personnes que je ne cite pas par manque de place mais à qui je pense.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASG : Autosurveillance Glycémique

CNGOF : Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CSP : Code de la Santé Publique

DG : Diabète Gestationnel

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GAJ : Glycémie à Jeun

g : Gramme(s)

g/L : Gramme par Litre

HGPO : Hyperglycémie Provoquée Per Os

HPL : Hormone Lactogène Placentaire humaine

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

Kg : Kilogramme(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SEGA : Hôpital de Semaine d'Endocrinologie et d'Addictologie

SF : Sage-Femme

SFD : Société Francophone du Diabète

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

Sommaire

Introduction

Revue de littérature

1. La grossesse : des modifications physiologiques systématiques 3
2. Le diabète gestationnel : une pathologie surajoutée aux modifications physiologiques de la grossesse 5
3. Rôle de la sage-femme auprès des femmes ayant des facteurs de risque de diabète gestationnel ou avec un diabète gestationnel..... 17

Méthode

1. Population 20
2. Méthode..... 20

Résultats

1. Caractéristiques des participantes à l'étude 23
2. L'annonce du diagnostic de diabète gestationnel..... 23
3. Le début de la prise en charge du diabète gestationnel..... 26
4. Le suivi médical et paramédical du diabète gestationnel 31
5. Le vécu de la grossesse avec un diabète gestationnel 36
6. La prise en charge du diabète gestationnel à la maternité..... 41

Discussion

1. Atteinte des objectifs..... 43
2. Forces et faiblesses de l'étude..... 43
3. Discussion des résultats de l'étude..... 45
4. Projet d'action 56

Conclusion

Bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction

La prévalence du diabète a nettement augmenté au niveau mondial entre 1980 et 2014, le nombre de personnes atteintes étant alors passé de 108 à 422 millions. En 2014, 8,5% des personnes de plus de 18 ans étaient atteintes de diabète. Il apparaît aussi, qu'il y a plus de diabète dans les pays à faibles et moyens revenus que dans les pays à revenus élevés (1). Il existe trois types de diabète : de type 1 (caractérisé par une production insuffisante d'insuline), de type 2 (caractérisé par une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme), et gestationnel qui survient au cours de la grossesse (1).

Pour freiner le développement croissant de cette pathologie, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande une alimentation saine, une activité physique régulière, un indice de masse corporelle normal et l'éviction du tabac. Le respect de ces recommandations participe à la prévention et retarde l'apparition du diabète de type 2 (1). Par ailleurs, un dépistage régulier du diabète, un régime alimentaire sain (en évitant le sucre et les graisses saturées), un minimum d'activité physique (au moins 30 minutes par jour d'activité d'intensité modérée) et l'insuline, participent au traitement du diabète et permettent d'éviter ou de retarder ses complications (1). La prise en charge du diabète, quel qu'il soit, nécessite un suivi pluridisciplinaire, une surveillance régulière et un mode de vie adapté. Le diabète gestationnel est une pathologie transitoire qui bouleverse a priori le suivi prénatal et le mode de vie des femmes enceintes. La sage-femme fait partie des professionnels de santé amenés à suivre des femmes atteintes de diabète gestationnel. Pour une meilleure compréhension de ce qu'elles vivent, nous nous questionnons sur l'incidence du diabète gestationnel sur leur vécu de la grossesse.

L'étude qui est présentée dans ce travail vise ainsi à apprécier les répercussions du diabète gestationnel (sur la vie quotidienne, sur le suivi médical, etc.) et à décrire la prise en charge mise en place pour le suivi de celui-ci.

Une revue de littérature expose dans la partie qui suit une synthèse explicative des modifications physiologiques de la grossesse, ainsi que le mécanisme amenant à un diabète gestationnel. Sont ensuite évoqués les complications possibles de la grossesse du fait de cette pathologie, les facteurs de risque prédisposants à un diabète gestationnel, le dépistage et le suivi du diabète gestationnel.

Cette partie se poursuit par une explication de la méthode utilisée pour la mise en œuvre de ce travail de recherche.

Les résultats de l'étude sont ensuite présentés, analysés puis discutés avant d'envisager des perspectives conciliant au mieux les attentes et les besoins des femmes au regard du sujet étudié.

Revue de la littérature

1. La grossesse : des modifications physiologiques systématiques

Pour toute grossesse, des modifications physiologiques favorisent le bon développement ainsi que la croissance fœtale mais aussi l'adaptation de la femme à son état gravide et la préparation de celle-ci pour l'accouchement. Nous développons ici trois modifications physiologiques importantes à connaître pour bien comprendre le sujet de ce mémoire.

1.1 Modifications du métabolisme glucidique

L'embryon puis le fœtus se développe et grandit grâce aux apports qui viennent de sa mère, via le placenta et le cordon ombilical (2).

Au cours de toute grossesse, des modifications du métabolisme glucidique apparaissent progressivement. Ces modifications sont indispensables puisqu'il est nécessaire que l'apport en glucides soit suffisant pour la mère et le fœtus.

Une insulino-résistance est physiologique durant la grossesse. Elle apparaît au cours du deuxième trimestre et s'accroît durant le troisième. Ce phénomène, marqué par une moindre sensibilité des cellules maternelles à l'insuline, est dû à une augmentation des hormones placentaires, notamment à des hormones hyperglycémiantes comme la progestérone et l'hormone lactogène placentaire humaine (HPL).

Le glucose maternel est ainsi disponible pour le fœtus. Cette disponibilité se traduit par une augmentation du glucose circulant librement dans le sang maternel d'où une augmentation de la glycémie maternelle pendant toute la grossesse (3), avec dans certains cas, l'évolution vers un diabète gestationnel.

Cette insulino-résistance, bien que systématique, est transitoire et s'améliore en post-partum et finit par disparaître (3) (Représentation schématique en **annexe I**).

Le principal apport énergétique de l'unité fœto-placentaire est le glucose. La diffusion du glucose, de la mère au fœtus par l'intermédiaire du placenta est facilitée par des transporteurs qui sont des protéines. Cette diffusion dépend totalement de la concentration de glucose située de part et d'autre du placenta. L'insuline n'intervient pas du tout dans ce mécanisme, en effet l'insuline maternelle et l'insuline fœtale sont indépendantes (4).

Dans la grossesse physiologique, une insulino-résistance se crée, le pancréas s'adapte à cette modification du métabolisme glucidique par un hyperinsulinisme réactionnel en post-prandial pour maintenir la glycémie (3,4).

Cependant, si la fonction pancréatique permettant de contrôler la glycémie est déficiente, la femme risque de développer un diabète gestationnel, quel que soit le stade de la grossesse (3,4).

1.2 Modifications du poids maternel

Au cours de la grossesse se produit un processus physiologique de prise de poids. Il est nécessaire de surveiller le poids tous les mois dès le début de la grossesse puisqu'une prise de poids trop importante au cours de la grossesse augmente les risques de développer un diabète gestationnel. En revanche un indice de masse corporelle (IMC¹) : trop élevé, supérieur ou égal à 25 kg/m² dès le début de la grossesse constitue un facteur de risque de développer un diabète gestationnel (5) (Formule de calcul de l'IMC et classification du statut pondéral en **annexe II**).

Selon la HAS, une prise de poids idéale au cours de la grossesse est estimée en moyenne à 1 kg par mois à 1,5 kg les deux derniers mois. Il est important de nuancer cette prise de poids idéale qui est établie selon l'IMC initial de la patiente. Plus l'IMC initial est bas, plus la prise de poids au cours de la grossesse peut être importante (5).

Cette prise de poids est variable selon la morphologie et le poids initial de la femme mais également selon le développement plus ou moins rapide du fœtus (5). En fin de grossesse, elle englobe : les tissus nouveaux (fœtus, placenta, liquide amniotique) qui représentent environ 5 kg, les tissus qui prennent de la masse (utérus, seins, liquide extra-cellulaire) environ 3 kg et enfin environ 4 kg de dépôts lipidiques (6).

Le surpoids, l'obésité mais également un faible poids maternel sont associés à une augmentation des complications obstétricales (grade B : explications en **annexe III**) : hypertension gravidique, hémorragie du post-partum, etc. (5).

Outre cette prise de poids, qui s'accompagne d'une modification corporelle, d'un changement de forme et d'apparence, la femme enceinte vit en parallèle des modifications psychiques physiologiques.

¹ : calculé à partir du poids et de la taille de la patiente en début de grossesse

1.3 Modifications du psychisme

Au cours de la grossesse physiologique, les transformations physiques sont accompagnées de nombreux remaniements psychiques et psychologiques dus à des modifications au niveau hormonal et émotionnel (7).

L'état de grossesse peut faire ressurgir des faits du passé ayant eu un impact sur la vie et le psychisme de la femme. Des émotions liées au passé peuvent apparaître et venir perturber la femme. Ces émotions ressurgissent à ce moment précis de la vie de la femme, dans le but que les problèmes du passé se règlent avant l'arrivée du bébé et que la future mère puisse à l'arrivée de l'enfant se consacrer pleinement à son bébé (7,8).

Il est également possible que la femme enceinte développe une crise d'identité, un peu comme à l'adolescence lors du passage au statut d'adulte mais, cette fois-ci, c'est le passage du statut de femme au statut de mère. Cela peut créer une faiblesse émotionnelle chez la femme, et c'est associé à des modifications hormonales et physiques (7,8).

Au fil de sa grossesse, la femme va sentir son enfant bouger et donner des petits coups. Elle intègre progressivement qu'un petit être, son futur enfant, grandit en elle. A partir de cela, la future mère se crée une représentation mentale et se projette avec son bébé (7,8).

Le psychanalyste Massimo Ammaniti a réalisé une étude en 1999. Cette étude consistait à analyser, par des entretiens standardisés, les représentations des futures mères tout au long de leur gestation. La conclusion de cette étude a permis de dire que, au cours de leur grossesse, les femmes s'imaginaient à quoi allait ressembler leur enfant (7).

Les femmes peuvent ressentir une certaine source d'angoisse, car l'état de grossesse est quelque chose d'inconnu pour les nullipares et de singulier pour les multipares (car toutes les grossesses sont différentes). Cela peut raviver certains sentiments comme : le besoin de sécurité, d'entourage, d'amour, d'attachement (8).

L'état de grossesse représente donc déjà un facteur de vulnérabilité pour la santé mentale des femmes enceintes. C'est pourquoi l'ajout d'une pathologie gravidique, telle que le diabète gestationnel, peut potentiellement augmenter ou révéler des difficultés psychologiques (7).

2. Le diabète gestationnel : une pathologie surajoutée aux modifications physiologiques de la grossesse

Le suivi de grossesse a un rôle majeur puisqu'il permet d'évaluer régulièrement si la grossesse évolue normalement ou si elle devient pathologique. Le dépistage du diabète gestationnel est non systématique en France mais, en présence d'un ou plusieurs facteurs

de risques, il permet de diagnostiquer cette pathologie suffisamment tôt pendant la grossesse pour limiter les complications maternelles et fœtales.

Il existe deux autres types de diabètes. Le diabète de type 1 est un diabète insulino-dépendant, causé par un déficit d'insuline dû à un dysfonctionnement du pancréas. Le diabétique de type 2 sécrète de l'insuline, mais cette hormone régule avec moins d'efficacité le taux de sucre dans le sang. Il est ainsi nécessaire d'adapter son alimentation et parfois d'instaurer une insulinothérapie (9).

2.1 Définition et prévalence du diabète gestationnel

L'OMS définit le diabète gestationnel comme un trouble de la tolérance glucidique, qui se traduit par une hyperglycémie, survenant au cours de la grossesse (1,9).

Le diabète gestationnel apparaît au cours de la grossesse, plus régulièrement au cours du deuxième trimestre et celui-ci disparaît en post-partum. En revanche il prédispose à un diabète de type 2 pour plus tard (9).

En 2010, en France, la prévalence du diabète gestationnel était estimée entre 2 et 6 %, mais ceci est très variable en fonction des populations (région, moyenne d'âge, mode de vie). La tendance est plutôt à la hausse du fait d'une augmentation de la présence de facteurs de risques chez les femmes (9).

La prévalence du diabète gestationnel augmente parallèlement à l'augmentation du surpoids et de l'obésité chez les femmes en âge de procréer (10).

Il entraîne une hyperglycémie qui aura un impact plus ou moins grave, sur la mère et son fœtus et/ou nouveau-né. Ce diabète, spécifique à la grossesse, peut résulter ou non d'un diabète déjà installé mais il est décelé pour la première fois au cours de la grossesse (8).

2.2 Types de diabète chez la femme enceinte

Le diabète de grossesse est connu sous deux formes :

- Le diabète présent avant la grossesse, diabète dit patent, souvent de type 2. Il est découvert à l'occasion de la grossesse, lors des dépistages systématiques réalisés aux femmes lorsqu'elles ont des facteurs de risques les prédisposant à cette pathologie (cf page 12). Le diabète persistera après la naissance de l'enfant (9).
- Le diabète apparaissant avec la grossesse, appelé diabète gestationnel, il disparaît après la grossesse, en post-partum. En revanche le diabète gestationnel prédispose à la survenue d'un diabète de type 2, plus tard dans la vie de la femme (9).

2.3 Complications possibles

Le diabète gestationnel est associé à un ensemble de complications ou pathologies, à court, moyen et long terme, chez la mère et l'enfant (6).

Le fait de dépister puis diagnostiquer, puis surveiller l'évolution de cette pathologie permet d'éviter ou de limiter les complications en réduisant les risques materno-fœtaux tels que la mortalité périnatale ainsi que les risques encourus du fait d'une macrosomie fœtale ou d'une hypertension gravidique chez la mère (11).

Il est important de noter que le diabète gestationnel est une pathologie apparaissant en général en deuxième partie de la grossesse, il n'y a donc potentiellement pas de risque de malformation pour le fœtus car lors de la morphogenèse et de l'organogenèse, qui ont lieu en première partie de grossesse, la glycémie est normale ($< 0,92$ g/l à jeun) (12).

2.3.1 *Complications maternelles*

L'hyperglycémie de la femme ayant un diabète gestationnel est associée à une augmentation des risques de complications maternelles (9). On peut se questionner sur l'impact que peut avoir la connaissance de ces éventuelles complications par la femme enceinte atteinte de diabète gestationnel.

2.3.1.1. *Hypertension artérielle*

Les femmes avec un diabète gestationnel ont plus de risque de développer d'autres complications et/ou pathologies de la grossesse telles que l'hypertension artérielle gravidique et la prééclampsie (10,11).

Dans l'étude HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome), il a été montré que le taux de glucose obtenu lors de la glycémie à jeun, faite en début de grossesse (entre 10 et 14 SA) lors du dépistage du diabète gestationnel, était positivement corrélé avec le risque de prééclampsie (10).

Les pathologies de la grossesse associées à la pression artérielle ont des facteurs de risques communs avec le diabète gestationnel, qui sont l'IMC anormal (obésité et surpoids) et l'âge maternel (≥ 35 ans). Donc si la femme cumule le diabète gestationnel ainsi que ces facteurs de risque, elle est d'autant plus exposée à l'hypertension artérielle. Mais en tenant compte de ces facteurs de risque, il serait possible de diminuer les risques de survenue de telles complications (11).

C'est pourquoi, si la femme présente ces facteurs de risque, une surveillance médicale rapprochée (plus que mensuelle) est ajoutée pour surveiller la pression artérielle ainsi que la protéinurie (9,13).

En outre, il n'existe aucune étude permettant d'évaluer l'efficacité de la prise en charge du diabète gestationnel pour réduire l'hypertension gravidique et ses complications, et inversement (11).

2.3.1.2 Dépression et diabète

Les femmes sont plus vulnérables psychologiquement lorsqu'elles sont enceintes. En outre celles qui développent un diabète de grossesse sont plus enclines à avoir des baisses de moral et souffrir de dépression que les femmes vivant une grossesse physiologique. En effet, cela peut mener à une dépression, comme l'explique le Professeur Grimaldi : « *les patientes diabétiques sont deux fois plus déprimées que les non diabétiques* » (13).

La dépression a des effets notables sur la prise en charge de la maladie. En effet les patients déprimés sont moins réceptifs aux conseils de prévention de la maladie tels que l'alimentation équilibrée ou la pratique d'une activité physique régulière. L'observance des traitements est également beaucoup moins bonne et les facteurs de risques sont augmentés : prise de poids, hypertension, consommation d'alcool ou de tabac (14).

Les femmes ayant un diabète gestationnel doivent accepter cette pathologie jusqu'à l'accouchement et le fait que ce diabète gestationnel puisse les prédisposer à développer un diabète de type 2 plus tard (14).

Il est donc difficile, pour certaines femmes enceintes d'accepter le diagnostic et la prise en charge (14). Pourtant, il est indispensable que le diagnostic soit accepté par la personne ainsi que les contraintes hygiéno-diététiques, thérapeutiques de prise en charge (14). L'entourage est primordial pour le soutien et la phase d'acceptation (14).

De la même manière, l'annonce du diagnostic du diabète gestationnel, au cours de la grossesse, peut faire apparaître chez la femme une anxiété et une modification de la perception d'elle-même et donc entraîner des troubles psychologiques tels que des troubles identitaires ou de perception de soi-même (9).

Suite à l'annonce du diabète gestationnel, il peut y avoir une altération de la perception de soi chez la femme avec des troubles psychologiques à type d'anxiété (grade C) (15).

Le fait que le diabète gestationnel ait été traité permet de diminuer le risque de dépression du post-partum (grade B), d'où l'importance de la prise en charge de celui-ci. Il est

également nécessaire de contrôler la TSH pour ne pas passer à côté d'une hypothyroïdie du post-partum potentiellement responsable de dépression (9,15).

2.3.1.3 Complications de l'accouchement

D'après le CNGOF, les femmes atteintes de diabète gestationnel n'ont pas plus de risque que celles qui n'en ont pas de faire des hémorragies du post-partum, des déchirures sévères du périnée et d'avoir une extraction instrumentale (grade B) (9).

2.3.1.4 Risque de césarienne

Le risque de césarienne est intimement lié au taux d'hyperglycémie initial et une femme ayant un diabète gestationnel a plus de risque d'avoir une césarienne qu'une femme n'ayant pas de diabète gestationnel. Certains facteurs de risque du diabète gestationnel sont également des facteurs de risque de césarienne, tels que le surpoids et l'obésité. Le fait de cumuler un diabète gestationnel et un surpoids ou une obésité augmenterait sensiblement le risque qu'une femme ait une césarienne (grade B) (11,15).

L'étude HAPO a pu mettre en évidence qu'il y avait une corrélation directe entre le taux de césarienne et la glycémie maternelle, soit plus la glycémie maternelle est élevée, lors de la mise en travail, plus la femme a un risque d'accoucher par césarienne (10).

2.3.1.5 Diabète à distance de l'accouchement

Les femmes ayant eu un ou des diabètes gestationnels auraient un risque compris entre 10 et 70% de développer un diabète de type 2 en vieillissant (10,11).

Le diabète gestationnel est considéré comme un signe avant-coureur de diabète de type 2 ainsi que d'anomalies métaboliques. Il pourrait donc être nécessaire que les femmes ayant un diabète gestationnel bénéficient de la mise en place d'un programme pour modifier quelque peu leurs habitudes alimentaires et activités physiques. Une étude, appelée « Tianjin Gestational Diabetes Mellitus Prevention Program », a été menée sur une année pour analyser l'impact d'un tel programme sur des femmes, au cours et suite à leur grossesse, marquée par un diabète gestationnel. Les résultats ont permis de mettre en lumière des changements bénéfiques du poids, de l'IMC, de la masse grasse, du tour de taille, des dosages d'insuline plasmatique, de l'activité physique et de l'alimentation (10). De plus, un programme intensif, appelé DPP (Diabetes Prevention Program), ayant pour but de modifier les habitudes de vie des femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel, a montré des résultats très satisfaisants, avec une réduction de 50% de

l'incidence du risque de développer un diabète de type 2 des suites d'un diabète gestationnel, par rapport au groupe contrôle au bout de trois ans (10).

2.3.2 Complications fœtales et néonatales

Le diabète gestationnel entraîne rarement des complications pré et ou périnatales, notamment s'il est bien équilibré. En revanche si la femme est atteinte d'un diabète de type 2, non connu, existant avant la grossesse, les risques sont augmentés (9).

2.3.2.1 Les malformations fœtales

Le CNGOF affirme que l'augmentation de la fréquence des malformations chez le fœtus ayant une mère diabétique est souvent lié à un diabète de type 2 non connu (grade B).

En revanche, s'il existe un diabète préexistant à la grossesse, il a été établi qu'il existe un lien entre le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) à la conception et l'augmentation de malformations fœtales et de risque d'avortements spontanés. En effet, si l'HbA1c est supérieure à 8%, le taux d'avortements spontanés est doublé par rapport à la population générale : 32% contre 15% (9,16).

2.3.2.2 La macrosomie

Un nouveau-né avec un poids de naissance supérieur à 4 kg ou au 90^{ème} percentile pour l'âge gestationnel est considéré comme macrosome (11).

La macrosomie fait partie d'un des principaux risques encourus par un nouveau-né de mère diabétique car lorsque la mère est en hyperglycémie, le fœtus l'est également et cela lui fait prendre du poids. Un nouveau-né ayant une mère diabétique aura une plus grande proportion de masse grasse totale et moins de masse maigre qu'un enfant né d'une mère non diabétique (11).

Il y a 15 à 30% des grossesses avec diabète gestationnel qui aboutissent à la naissance d'un enfant macrosome. Environ la moitié de ces naissances engendrent des complications telles que : la césarienne, la dystocie des épaules (caractérisée par une absence d'engagement de celles-ci) et/ou une fracture de la clavicule et/ou une lésion du plexus brachial. Et plus le poids de naissance sera élevé plus il y a aura des risques de traumatismes obstétricaux (11).

L'accouchement d'un fœtus macrosome est donc un accouchement à haut risque materno-fœtal. Il est ainsi nécessaire d'avoir une équipe pluridisciplinaire lors de l'accouchement

(sage-femme, obstétricien, pédiatre, anesthésiste) et de prendre en charge précocement les éventuelles complications inhérentes à l'accouchement des macrosomes (17).

En revanche, il existe un traitement qui a pour but de réguler le diabète gestationnel, si celui-ci est incontrôlable malgré la mise en place de règles hygiéno-diététiques, c'est l'insuline mais celle-ci n'a pas démontré de nette efficacité sur la diminution du taux de macrosomie (9).

2.3.2.3 Retard de Croissance Intra-Utérin

Un Retard de Croissance Intra-Utérin peut être favorisé lorsqu'une femme enceinte est stressée ou présente une dépression notamment en cas de diabète gestationnel, du fait d'un changement de l'expression de récepteurs glucocorticoïdes au niveau du placenta (18).

2.3.2.4 La cardiomyopathie

Aucune donnée de littérature ne permet d'affirmer que le diabète gestationnel augmente le risque de cardiomyopathie (9).

2.3.2.5 La détresse respiratoire et les troubles métaboliques

Le diabète gestationnel n'aurait pas d'incidence sur le risque de détresse respiratoire ni d'asphyxie néonatale. Il en est de même pour les troubles métaboliques (hypoglycémie, hypocalcémie...) : aucune étude n'a démontré formellement que le diabète gestationnel, suivi et équilibré, entraînait des complications de ce type chez le nouveau-né (9).

En revanche, il est possible de noter un retard de la maturation pulmonaire chez le nouveau-né qui naît, ceci étant directement causé par l'hyperinsulinémie (11).

2.3.2.6 Risque d'obésité chez l'enfant

En 2005, la HAS affirmait qu'aucune étude n'avait pu démontrer une augmentation du risque de surcharge pondérale ou d'obésité chez l'enfant ayant eu une mère qui a développé un diabète gestationnel durant sa grossesse (11).

Mais une étude de 2014, menée par des Américains, a pu mettre en évidence le lien entre diabète gestationnel de la mère et surpoids de l'enfant aux alentours de 6-8 ans.

De ce fait une prévention précoce du diabète gestationnel est requise, autant pour la santé de la mère que pour celle de l'enfant après la naissance.

Les personnes ayant mené cette étude affirment que la surveillance du diabète gestationnel et le poids des futures mères « *permettra de réduire la transmission intergénérationnelle de l'obésité et de ses séquelles* » (19).

2.3.2.7 *La mort périnatale*

Les données de la littérature ne permettent pas d'établir un lien entre un diabète gestationnel et une mort périnatale (11).

2.4 Les facteurs de risques de développer un diabète gestationnel

Déterminer si une femme enceinte développe un diabète gestationnel est indispensable pour éviter les complications précédemment citées, liées à cette pathologie. C'est pourquoi une stratégie ciblée de dépistage, reposant sur la présence de facteurs de risques, a été mise en place en début de grossesse et au 6^{ème} mois pour toutes les femmes enceintes ayant des facteurs de risques.

Le dépistage ciblé du diabète gestationnel est proposé à toute femme enceinte qui présente un ou plusieurs facteurs de risque de développer un diabète gestationnel. Sont actuellement reconnus en France comme facteurs de risques de développer un diabète gestationnel : l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, un IMC supérieur ou égal 25 kg/m² (donc le surpoids et l'obésité), un antécédent de diabète dans la famille (apparenté au 1^{er} degré), si la femme a déjà fait un diabète gestationnel ou a déjà eu un nouveau-né macrosome et si la femme est atteinte d'un syndrome des ovaires polykystiques (9,20).

2.5 Le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel

Dans l'idéal, la stratégie de dépistage du diabète gestationnel a pour but de repérer les femmes à risque de développer un diabète gestationnel pour leur proposer une prise en charge adaptée mais également de ne pas être trop interventionniste pour les femmes n'ayant pas de risque de développer un diabète gestationnel (9).

A présent, d'après les nouvelles recommandations pour la pratique clinique de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du CNGOF, le dépistage est systématiquement proposé si au moins un des facteurs de risque du diabète gestationnel est présent. Il permet d'établir un diagnostic positif ou non et cela est possible à partir d'une glycémie à jeun (GAJ) qui sera prescrite par un médecin ou une sage-femme, en général lors de la première consultation prénatale (entre 10 et 14 SA) (9).

Le résultat de cette GAJ doit être inférieur à 0,92 g/L, sinon le diagnostic de diabète gestationnel est d'emblée posé et la prise en charge devra se faire au plus vite (9).

Si le résultat de la GAJ est normal, cela ne signifie pas que la patiente ne peut pas développer un diabète gestationnel durant sa grossesse, c'est pourquoi il lui est proposé un second examen de dépistage, entre 24 et 28 SA, à savoir une Hyperglycémie Provoquée par Voie Orale (HGPO) à 75g de glucose. Elle consiste à réaliser un dosage de la GAJ avant l'ingestion de la solution, et de la glycémie une heure après et deux heures après l'ingestion. Les résultats attendus à ce test permettent d'établir le diagnostic positif ou négatif du diabète gestationnel.

Les valeurs à ne strictement pas dépasser sont inscrites dans le tableau récapitulatif des taux glycémiques en **annexe VI**. Une seule valeur supérieure à la norme suffit pour établir le diagnostic de diabète gestationnel (9).

Toute GAJ supérieure ou égale à 1,26 g/L, chez la femme enceinte, atteste d'un diabète. Il s'agit alors dans la majorité des cas d'un diabète de type 2 déjà présent avant la grossesse, mais la découverte d'un diabète de type 1 est néanmoins possible (9,21).

2.6 La prise en charge du diabète gestationnel

La prise en charge d'un diabète gestationnel est indispensable pour la santé physique et mentale de la future mère ainsi que pour le bien-être fœtal.

2.6.1 Anamnèse et découverte de la pathologie

La prise en charge globale regroupe l'ensemble des actions mises en œuvre par une équipe médicale et soignante pour la personne ayant besoin de soins. D'où l'importance d'une anamnèse complète avant toute prise en charge ainsi que la tenue d'un dossier médical partagé correctement complété au fil des consultations pour faciliter la prise en charge pluridisciplinaire. Celle-ci s'effectue par étapes avec un accompagnement global de la personne dans son suivi. En effet pour que la prise en charge soit optimale, il est nécessaire d'allier plusieurs aspects : éducatifs, environnementaux, médicaux, sociaux, sanitaires et préventifs (22,23).

La patiente est rapidement adressée pour effectuer une éducation thérapeutique. Il s'agit d'un processus de soin continu faisant partie intégrante de la prise en charge de la maladie, dans le but d'aider les patientes atteintes de diabète (type 1 ou 2) ou de diabète

gestationnel à acquérir les compétences pour gérer leur vie dans les meilleures conditions (24).

Outre des conseils alimentaires prodigués par un(e) diététicien(ne), la femme apprend dans ce cadre-là à auto-contrôler sa glycémie à jeun et en post-prandial (deux heures après chaque repas) grâce à un appareil de mesure de la glycémie capillaire ainsi qu'à noter ses glycémies dans un carnet de surveillance. De plus, la femme a également l'opportunité d'avoir des explications sur la pathologie, par un médecin endocrinologue (25).

Habituellement, le gynécologue-obstétricien étudie les glycémies relevées sur le carnet de surveillance au cours des 15 derniers jours et établit un suivi obstétrical approprié (fréquence du suivi et professionnels impliqués²...) et prescrit si besoin un traitement par insuline (25). Dans le cadre des dispositions de l'article R.4127-318 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2021-881 du 17 juillet 2012, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée (exemple : diabète gestationnel).

2.6.2 La prise en charge médicale

Pour le suivi au cours de la grossesse, les objectifs de glycémie sont les suivants : une glycémie inférieure à 0,95 g/L à jeun et une glycémie < 1,20 g/L en post-prandial, deux heures après (15).

Pour commencer, les glycémies sont analysées sur les 15 jours après l'annonce du diagnostic et la mise en place de règles hygiéno-diététiques adaptées. Si au cours de ces 15 jours, les glycémies restent encore trop élevées, l'endocrinologue peut prendre la décision de traiter la femme par insuline, pour permettre d'équilibrer les glycémies. La dose prescrite sera personne dépendante et selon le protocole de service (22).

Il y a différentes façons de prendre en charge un diabète chez une femme enceinte, celle-ci dépend du type de diabète et de sa stabilité (9).

En effet, une femme ayant un diabète gestationnel bien équilibré (glycémies $\leq 0,80$ g/L en préprandial et $\leq 1,20$ g/L en post-prandial) aura un suivi identique à celui d'une grossesse physiologique, sans surveillance paraclinique supplémentaire (9).

Une femme avec des facteurs surajoutés ou avec un diabète gestationnel mal équilibré aura une surveillance rapprochée pour surveiller de potentielles répercussions causées par

² Endocrinologue, obstétricien, médecin traitant, sage-femme, diététicien(ne), psychologue, etc.

les facteurs ajoutés (type HTA) et également une surveillance hebdomadaire du rythme cardiaque fœtal dès 32 SA et ceci jusqu'à l'accouchement (9). Le diabète gestationnel sera alors traité, par des mesures diététiques ou par une insulinothérapie, et il sera contrôlé et surveillé grâce à une autosurveillance glycémique (ASG) permettant à la femme d'adapter ses apports alimentaires et/ou d'établir la dose d'insuline à s'injecter. L'ASG est recommandée entre quatre et six fois par jour, en général avant le repas et deux heures après, et cette ASG doit être poursuivie dans le post-partum jusqu'à que la glycémie soit équilibrée (9).

Peu importe la prise en charge mise en place, le traitement du diabète gestationnel réduit les complications périnatales sévères, la macrosomie ainsi que la prééclampsie comparé aux femmes n'ayant pas de traitement (Grade A) (9,10).

Le traitement du diabète gestationnel est indispensable à la santé de la femme et améliore la qualité de vie de celle-ci avec cette pathologie (26).

2.6.3. La prise en charge non médicale

Pour la gestion du diabète gestationnel, une prise en charge multimodale est souhaitable. Elle inclut l'activité physique, l'alimentation équilibrée et un soutien psychologique adapté pour permettre le maintien d'une bonne santé pour la mère et son enfant (18).

2.6.3.1 La pratique d'une activité physique régulière

Pendant la grossesse, il est recommandé, en dehors de toute contre-indication obstétricale, d'avoir une activité physique régulière d'environ 30 minutes trois à cinq fois par semaine (grade C) (9).

En ce qui concerne les preuves spécifiques relatives au traitement du diabète gestationnel, l'exercice physique est un outil efficace de contrôle de la glycémie qui peut prévenir, réduire ou retarder le besoin d'insuline, donc celui-ci peut être utilisé comme un outil de traitement dans le cadre du continuum de soins pour les femmes atteintes de diabète gestationnel (27).

Une méta analyse récente a permis de relier différentes interventions permettant d'améliorer les glycémies et d'aider à une activité physique plus régulière (18,28).

Cette méta analyse a pu mettre en évidence une amélioration des glycémies des patientes atteintes de diabète gestationnel et pratiquant une activité physique et de ce fait l'administration d'insuline comme traitement médical était diminuée. Le traitement médicamenteux en cas de diabète gestationnel n'est donc pas le traitement de première

intention et ceci grâce à une place de choix du sport pendant la grossesse. En effet, l'instauration de séances régulières et adaptées à la grossesse comme la marche, le vélo d'appartement ou même des exercices de renforcement fait partie du traitement du diabète gestationnel (18).

2.6.3.2 Une alimentation adaptée

La prise en charge diététique (alimentation et activité physique) est la plus grosse partie du traitement du diabète gestationnel (9).

Le sucre dans le sang est régulé par le taux de sucre ingéré. En régulant les apports en sucre et en respectant les conseils nutritionnels, une femme enceinte peut réussir à équilibrer son diabète gestationnel.

Le premier traitement recommandé pour le diabète gestationnel est donc la mise en place d'un plan nutritionnel thérapeutique (exemple en **annexe VII**) ainsi qu'un minimum d'activité physique fixé à 30 minutes par jour, selon l'Endocrine Society (18).

Toute femme avec un diabète gestationnel devrait ainsi recevoir des conseils nutritionnels, par une diététicienne professionnelle lorsque cela est possible (10,18). Les règles hygiéno-diététiques sont importantes pour toutes les femmes enceintes, mais surtout pour les femmes atteintes de diabète gestationnel. Ces règles comprennent une bonne alimentation avec 25 à 35 kcal/kg/j réparties en trois repas et une ou deux collations, soit un apport supérieur à 1600 kcal/j avec 40 à 50% de glucides de préférence à index glycémique bas (grade C) (9,18).

L'Endocrine Society conseille un suivi nutritionnel des patientes atteintes de diabète gestationnel pour améliorer les glycémies, notamment en limitant les apports journaliers en glucides, avec une proportion entre 35 et 45% de l'apport total de la journée. Cela permet de limiter l'administration d'insuline aux femmes (18).

Environ la moitié des femmes atteintes de diabète gestationnel ne parviennent pas à équilibrer leur diabète par de seules règles hygiéno-diététiques (18).

2.6.3.3 Suivi psychologique

Le fait de développer une pathologie durant la grossesse peut constituer une épreuve psychologique pour les femmes. En effet, cela est difficile à accepter car leur santé et la santé de leur futur enfant peuvent être mises en jeu.

Lors de l'annonce du diagnostic du diabète gestationnel, les femmes peuvent se sentir en général apeurées et bouleversées, il est donc nécessaire qu'un soutien psychologique leur soit alors apporté autant par des professionnels que par leur entourage (18).

Par ailleurs, il existe un facteur de risque, non indiqué pour proposer le dépistage du diabète gestationnel, qui peut grandement contribuer au développement du diabète gestationnel, c'est le stress et l'anxiété (18).

Deux études rétrospectives ont pu mettre en lumière un taux de stress beaucoup plus important chez des femmes avec un diabète gestationnel comparé à celles qui ont une grossesse physiologique (18).

L'élévation de la GAJ expose plus facilement les femmes à une anxiété, une détresse, une diminution du temps de sommeil, et à l'apparition de symptômes dépressifs. Il existe donc un lien entre l'aspect psychologique et le diabète gestationnel. De plus les femmes souffrant de douleurs psychologiques (détresse, anxiété, déprime) ont plus tendance à diminuer leur activité physique et à augmenter leurs apports alimentaires et donc cela interfère avec le traitement du diabète gestationnel (18).

Il y a un réel lien de cause à effet entre le diabète gestationnel et la dépression du fait de devoir changer de mode de vie, de prendre des traitements ou de suivre des conseils. C'est pourquoi il semblerait nécessaire d'établir un suivi psychologique de ces femmes (18).

Selon une revue médicale suisse, il serait pertinent de poser des questions aux femmes ayant un diabète gestationnel durant leur grossesse, comme : « Vous arrive-t-il de vous sentir plus triste ou déprimée ? » ou « Avez-vous éprouvé un manque d'intérêt à pratiquer certaines activités qui vous plaisent et dont vous avez l'habitude de faire ? ». Si la femme répond positivement à ces questions, cela laisse présager un mal-être et donc il est possible de suspecter une dépression (18).

3. Rôle de la sage-femme auprès des femmes ayant des facteurs de risque de diabète gestationnel ou avec un diabète gestationnel

Comme le stipule l'article R2122-1 du code de la Santé Publique, un des nombreux rôles de la sage-femme consiste à conduire les consultations prénatales (29).

Lors de celles-ci, la sage-femme prend soin d'accueillir la femme ou le couple, de réaliser un interrogatoire pour déceler d'éventuelles complications et/ou pathologies de la grossesse, puis un examen clinique général, obstétrical et psychologique pour vérifier que la femme s'adapte à l'état de grossesse. Lors de chaque consultation, la sage-femme établit un diagnostic en rassemblant l'ensemble des données recueillies par

l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens paracliniques. Le diagnostic lui permet de définir si la grossesse reste physiologique ou si elle devient pathologique (30–32).

3.1 Prévention effectuée par la sage-femme

3.1.1 Temps dédiés à la prévention par la sage-femme

La sage-femme a pour rôle d'assurer la prévention, c'est-à-dire d'informer les femmes et les couples sur les situations à risque de la grossesse.

Dans le cadre de la prévention du diabète gestationnel, deux cas se présentent : soit la sage-femme va faire de la prévention à une femme enceinte pour éviter la survenue d'un diabète gestationnel, soit elle va faire de la prévention à une femme qui présente un diabète gestationnel, pour éviter toute complication liée à cette pathologie. Dans les deux cas, il est alors question d'activité physique régulière, de conseils diététiques etc. (Guide alimentaire du PNNS, pyramide et bateau alimentaire, respectivement en **annexes IV et V**) (33,34).

Cette prévention peut se faire à tout moment du suivi de la grossesse, bien entendu lors des consultations prénatales, programmées ou faites dans un contexte d'urgence, mais aussi à d'autres moments.

C'est le cas par exemple du bilan prénatal, réalisé à partir du 4^{ème} mois lorsque la femme commence à sentir son bébé bouger, qui est un temps utilisé pour faire de la prévention.

L'entretien prénatal précoce, qui correspond à la première séance de préparations à la naissance et la parentalité (PNP) et qui doit obligatoirement être proposé à toute femme enceinte, a pour objectif de cerner notamment le cadre de vie, le quotidien, le profil psychologique, l'environnement social de la femme enceinte. Dans ce cadre, la sage-femme peut ensuite élaborer une prévention ciblée en fonction des besoins et attentes du couple (35).

Enfin, les séances de PNP permettent d'encourager et de soutenir les futurs parents dans chaque étape de la grossesse, en leur permettant d'adopter un mode de vie sain pour leur santé et celle de l'enfant (35). Les échanges sont l'occasion de donner des informations sur ce qu'il est bien de faire et ce qu'il serait bien d'éviter lors d'une grossesse, notamment en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique (30).

3.2 La place de la sage-femme dans le diagnostic du diabète gestationnel

Les sages-femmes, tout comme les médecins (généralistes et gynécologues-obstétriciens), ont pour rôle de dépister le diabète gestationnel, chez les femmes à risque. si le diagnostic de diabète gestationnel est positif, la sage-femme doit alors orienter la femme enceinte vers un médecin pour une prise en charge immédiate (endocrinologue, gynécologue ou obstétricien selon les possibilités et les habitudes) (22,36). Le suivi d'une femme avec un diabète gestationnel sera un suivi de type A2, cela signifie que l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire (37).

3.3 La place de la sage-femme dans le suivi d'une femme qui a un diabète gestationnel

D'après le Code de la Santé Publique : *"Dans le cadre des dispositions de l'article L.4151-3, la sage-femme est autorisée à réaliser les examens cliniques et techniques prescrits par un médecin en cas de pathologie maternelle ou fœtale identifiée"* (27).

Lorsque les objectifs glycémiques sont atteints et qu'il n'y a pas de répercussions materno-fœtales du diabète gestationnel, il n'y a pas de suivi spécifique à instaurer durant la grossesse. il est possible de prendre en charge un tel diabète gestationnel en ambulatoire.

Lorsqu'une insulinothérapie doit être envisagée, le suivi sera de type B, donc le suivi régulier sera assuré par un gynécologue-obstétricien avec possiblement une intervention ponctuelle de la sage-femme (22,37).

Méthode

1. Population

1.1 L'échantillon de l'étude

Cette étude a nécessité la participation de femmes venant d'accoucher et encore hospitalisées en maternité.

1.1.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une primipare ou multipare ayant eu durant cette grossesse, pour la première fois, un diabète gestationnel non insulino-dépendant, avec par ailleurs un bon état de santé général (tout comme le nouveau-né) ; avoir accouché à la maternité de type II du territoire auvergnat choisie pour la réalisation de l'étude (lieu de stage de l'investigatrice) ; être hospitalisée en suites de couche dans cette maternité.

1.1.2 Les critères d'exclusion

Les critères de non-inclusion empêchant une participation à cette étude étaient les suivants : être une femme ne parlant/n'écrivant pas français ; être mineure et/ou sous tutelle/curatelle ; avoir un diabète de type 1 ou 2 ou gestationnel insulino-dépendant.

2. Méthode

2.1 Type d'étude

Pour comprendre le vécu des femmes enceintes atteintes d'un diabète gestationnel, le choix s'est porté sur une étude qualitative de type interprétative et descriptive.

Celle-ci a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs permettant aux femmes de parler ouvertement grâce à des questions ouvertes posées par l'enquêtrice (38).

2.2 Rappel des objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'apprécier les répercussions du diabète gestationnel sur le vécu de la grossesse des femmes.

Les objectifs secondaires de l'étude sont de :

- cerner les préoccupations d'une femme atteinte d'un diabète gestationnel,
- de prendre conscience des bouleversements du quotidien induits par le diabète gestationnel,
- d'identifier les aspects positifs et négatifs de la prise en charge médicale et paramédicale.

2.3 Mode de recueil des données

Pour chaque participante, les données ont été recueillies lors d'un entretien semi-dirigé individuel réalisé en face à face. Il a été mené à partir d'une grille d'entretien préalablement établie et élaborée à partir de thèmes dégagés de la revue de littérature (grille retrouvée en **annexe VIII**). La durée des entretiens était initialement estimée à une trentaine de minutes, avec si possible un minimum de 20 minutes pour avoir suffisamment de données à analyser.

Pour garder une trace de ces entretiens, ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et archivés dans un dossier informatique sécurisé, ce qui a permis de retranscrire intégralement les échanges en vue d'une analyse du contenu. L'enquêtrice s'est permise de prendre des notes pour répertorier les réactions (gestuelles, mimiques) des patientes à certaines questions dans le but de compléter l'analyse du contenu.

Conformément au protocole de recherche validé par le délégué à la protection des données, en amont de chaque entretien, l'enquêtrice a collecté quelques éléments dans le dossier de la patiente, à savoir : sa gestité, sa parité, son âge, ses antécédents familiaux de diabète (au 1^{er} degré), ses antécédents personnels d'enfant macrosome (sans diabète gestationnel), le terme de l'accouchement, le poids du nouveau-né.

2.4 Le déroulement de l'étude

Le recrutement des patientes s'est fait de mi-juillet à fin novembre 2021, soit pendant quatre mois et demi. Il a été réalisé par l'enquêtrice qui se rendait tous les week-ends à la maternité durant les mois de juillet à octobre 2021. En novembre, elle était sur place tous les jours et réalisait le recrutement après ses horaires de stages. Huit femmes atteintes de diabète gestationnel non insulino-dépendant ont été informées de l'étude par l'enquêtrice, toutes ont accepté de répondre à l'étude, soit un pourcentage de participation de 100%.

Le premier entretien, qui initialement servait de test, a finalement été gardé et analysé au même titre que ceux qui ont suivi. La grille d'entretien n'a pas changé suite à celui-ci.

La réalisation des entretiens a tenu compte des impératifs personnels des patientes ainsi que de la planification des soins réalisés par les professionnels de santé en service de post-partum. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire au bout du huitième entretien. Ils ont duré entre 15 minutes et une heure, avec une durée moyenne de 33 minutes. La retranscription a nécessité entre 45 minutes et 4 heures par entretien soit un total d'environ 24 heures.

2.5 Le mode d'analyse des données

Une analyse thématique du contenu a été réalisée (39–41). Les entretiens enregistrés ont été retranscrits un à un par l'enquêtrice sur un logiciel de traitement de textes.

Lorsque tous les entretiens ont été retranscrits, une analyse thématique verticale a été mise en œuvre à partir des verbatims recueillis. Les entretiens ont été analysés à partir des questions et des thèmes abordés dans la grille d'entretien (analyse descendante). Puis certains autres thèmes, non retrouvés dans la littérature et/ou non abordés dans la grille d'entretien ont pu être retrouvés au sein des entretiens, cela permettant une analyse ascendante. Ensuite une analyse horizontale a été conduite dans le but de réunir les thèmes et les concepts retrouvés lors de la lecture globale des entretiens, afin d'avoir une vision globale des thèmes abordés.

2.6 Les aspects éthiques et réglementaires

2.6.1 Avis de comité consultatif

Une déclaration a été réalisée, le 15 juin 2021, auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, et a été validée le 24 juin 2021. Le protocole a été enregistré avec pour numéro : ES210605. Une autorisation a également été demandée à la cadre de santé ainsi qu'à la directrice des ressources humaines de la maternité impliquée dans l'étude. Ces accords ont été obtenus par courriels.

2.6.2 Information et consentement

Avant toute inclusion dans l'étude, le consentement oral des patientes a été recueilli et une lettre d'informations (**Annexe IX**) leur a été également donnée en main propre, 30 minutes avant la réalisation de l'entretien. Celle-ci expliquait notamment le but ainsi que les objectifs de l'étude et assurait l'anonymat et la sécurisation des données.

2.6.3 Anonymat

L'ensemble des données ont été recueillies de manière anonyme. Les patientes ont été informées qu'aucune donnée nominative ne serait relevée pour cette étude et que leur prénom serait changé (prénom choisi par l'enquêtrice) au moment de la retranscription. Aucun lieu ni nom de professionnel n'a été retranscrit. De plus, les enregistrements de tous les entretiens ont été archivés dans un fichier sécurisé dont seule l'enquêtrice avait l'accès pour l'analyse des données. L'ensemble des enregistrements ont été supprimés une fois les retranscriptions vérifiées et validées.

Résultats

1. Caractéristiques des participantes à l'étude

L'échantillon se composait de huit femmes atteintes, pour la première fois, d'un diabète gestationnel non insulino-dépendant.

Le tableau en **annexe X** résume les principales caractéristiques de chaque femme interrogée.

Dans les résultats à venir, tous les extraits de verbatim sont cités entre guillemets et en italique.

2. L'annonce du diagnostic de diabète gestationnel

2.1 Pour quelle(s) raison(s) le dépistage a-t-il eu lieu ?

Les femmes ont été dépistées car elles faisaient partie d'une population à risque, chose qu'elles savaient puisque chacune a annoncé avoir « *eu le dépistage parce que ...* » en précisant à chaque fois le ou les facteurs de risque justifiant le dépistage.

Ce dépistage n'a pas été une surprise pour Cindy, Dorine, Aline et Fanny qui avaient un antécédent familial de diabète : « *je m'en doutais hein que j'allais avoir du diabète vu que mon père était diabétique* » (Fanny).

En revanche, Camille a été surprise car, bien que sa « *mère était diabétique* », elle ne se trouvait « *pas trop dans les critères* » pour avoir un diabète gestationnel : « *J'ai pas pris beaucoup de poids, c'est bébé qui a pris tout le poids !* ».

D'après Chrystelle, il s'agissait d'un dépistage systématique car elle n'avait pas de facteur de risque : « *Non, non, du tout ! C'était sur la prise de sang qu'on fait tous les mois* ». En outre, la lecture du dossier a révélé qu'elle présentait pour facteurs de risques : un IMC supérieur à 25 et qu'elle avait plus de 35 ans.

2.2 Qui a fait l'annonce du diagnostic de diabète gestationnel ?

Pour la plupart des femmes, l'annonce a été faite par la personne qui suit leur grossesse. Pour Nadine et Fanny, l'annonce a été faite par leur gynécologue et pour Chrystelle, Aline, Dorine et Jennifer, par leur sage-femme. Comme l'a dit Jennifer « *j'ai fait le test au sucre et du coup ma sage-femme m'a rappelée et elle m'a dit : "C'est pas normal, enfin votre taux de sucre. Mais je vais appeler le diabétologue pour voir si c'est bon ou pas". Donc moi j'attendais et elle m'a dit : "En effet, c'est pas bon !"* »

Camille a eu droit à une double annonce le même jour par son médecin traitant et sa sage-femme. En effet elle a mentionné : « *ma sage-femme m'a appelée. Mais bon, mon médecin venait de me le dire aussi !* »

2.3 A quel stade de la grossesse le diagnostic a-t-il été posé ?

Trois des femmes interrogées ont déclaré précocement un diabète gestationnel du fait d'une glycémie à jeun anormalement élevée lors du premier examen de dépistage. Chrystelle se souvient bien de ce qu'il s'est passé : « *Hum...au premier mois (soufflement), la glycémie à jeun était trop haute* ». Aline l'a appris un peu plus tard : « *Je l'ai su à deux mois de grossesse* ».

Pour Camille, Cindy, Dorine, Fanny et Jennifer, le diagnostic de diabète gestationnel n'a été posé qu'à partir du 6^{ème} mois de grossesse, suite au test HGPO. Fanny se rappelle d'un dépistage en deux temps : « *Au début ça allait les analyses, et puis après elle m'a fait là le glucose sur deux heures, et là il s'avère que j'avais du diabète gestationnel* ».

Pour Dorine, qui présente un surpoids, la glycémie à jeun n'avait pas été réalisée en début de grossesse, d'où un diagnostic posé peut-être plus tardivement que prévu : « *mon diabète a été diagnostiqué quand on a fait le test avec le glucose là, c'est à ... 28 semaines. [...] elle [la sage-femme] avait oublié de me la faire faire la glycémie à jeun !* ».

2.4 Circonstance de l'annonce

Pour Camille et Nadine, l'annonce s'est faite durant une consultation. Camille l'a appris au cours d'une consultation chez son médecin traitant, le motif de celle-ci n'étant pas connu. Le dépistage avait visiblement été prescrit par sa sage-femme : « *j'avais rendez-vous chez mon médecin ce jour-là et, en sortant de chez lui, ma sage-femme m'a appelée mais mon médecin venait de me le dire aussi donc, dans tous les cas je savais que c'était cuit !* ».

Il n'y a apparemment pas eu d'annonce par téléphone pour Nadine qui était suivie par une gynécologue : « *je pense pas qu'elle m'ait appelée, c'est plus lors d'un rendez-vous que j'ai eu avec la gynécologue, où elle m'a dit qu'il y avait un petit diabète gestationnel* ».

Pour les autres femmes, l'annonce a été faite par téléphone par la personne qui les suivait pour leur grossesse, majoritairement une sage-femme.

2.5 Quelle(s) réaction(s) de la femme au moment de l'annonce ?

Les réactions des femmes lors de l'annonce du diabète gestationnel ont toutes été différentes car certaines s'en doutaient, d'autres avaient déjà quelques connaissances sur le sujet et savaient ce que ça engendrait pour la suite, et d'autres l'ont mal vécu.

Chrystelle n'a pas été surprise et dit avoir réagi « *normalement* » : « *j'avais fait une cure de jus de fruits frais juste avant ma prise de sang donc je me suis dit : c'est normal que*

je sois un peu haute ! Et je pense que c'était ça parce que je n'ai jamais eu de glycémies perturbées au cours de ma grossesse ».

Aline n'a pas été contrariée par l'annonce : *« pfff non, ça ne m'a pas inquiétée parce que je ne suis pas diabétique à la base ».* De même pour comme Nadine, préservée par son manque de connaissance sur le diabète gestationnel : *« je savais pas ce que c'était donc pas plus d'inquiétude que ça, pas plus d'inquiétude que ça ! ».*

Ce n'est pas le cas de Camille qui a été déstabilisée au moment de l'annonce et après : *« j'ai pleuré sur le coup, parce qu'on n'en parle pas, c'est vraiment des choses qu'on parle vraiment pas le diabète gestationnel je trouve... On ne sait pas trop ce que ça fait, et puis quand on va sur internet ça met les risques pour le bébé [...] c'est un peu angoissant au départ, ce qui a été un peu le cas pour moi ».*

Dorine, elle, n'a pas pleuré mais elle a immédiatement perçu les conséquences d'un tel diagnostic : *« c'était contraignant pour moi, ça allait être heu... vraiment pour moi ça allait être une contrainte... quelque chose d'hyper dur à gérer ».*

Cindy n'en garde pas un bon souvenir, elle l'a décrit comme : *« plutôt stressant ».*

Quant à Jennifer, elle nous a confié : *« j'étais un peu triste, un peu dépitée, après je me suis dit : "c'est comme ça..." mais je vais pas trop pouvoir manger ce que je voulais ».*

Pour Fanny, l'annonce n'a pas été facile à accepter : *« c'est toujours compliqué, parce que faut s'adapter ... pour l'alimentation, (soufflement) c'est compliqué ».* A la question *« Vous étiez un peu déçue ? »*, elle a répondu sans retenue : *« Ah bah oui oui ! ».*

2.6 Connaissances de la femme sur le diabète gestationnel au moment de l'annonce

Des participantes à l'étude n'avaient jamais entendu parler du diabète gestationnel, ce qui était le cas de Cindy : *« Non pas du tout, du tout »* et de Nadine qui *« ne [savait] pas ce que c'était ».*

Les autres femmes interrogées savaient ce que c'était au moment de l'annonce. Aline avait par exemple appris des choses sur le diabète grâce à son travail : *« Alors, je sais ce que c'est parce que je suis chauffeur de taxi et je transporte tout genre de pathologie. Donc je parle avec les gens et je m'instruis. C'est-à-dire que quand on me parle de diabète gestationnel, je pose des questions ».*

Quant à Camille, qui est âgée de 27 ans, elle n'avait que quelques notions : *« J'en avais quand même un petit peu entendu parler, à la télé. Mais c'est pas quelque chose de trop connu, surtout à mon âge ! ».*

Certaines femmes connaissaient le diabète gestationnel grâce à des proches qui en avaient eu un. C'était le cas de Fanny : « *ma sœur en a eu un aussi pour sa grossesse donc elle m'en avait parlé [...] et mon père il en est décédé [...], d'un diabète de type 1, je connaissais ce que c'était le diabète déjà.* ». Idem pour Dorine qui avait en plus bénéficié de l'avis de sa parente : « *j'avais une de mes cousines qui en avait eu un pendant sa grossesse [...] je lui avais posé des questions, elle m'avait un peu rassurée tout ça, elle m'avait dit : "t'as le droit de te faire des plaisirs, hein ! Faut pas être frustrée des derniers mois de ta grossesse !"* ».

3. Le début de la prise en charge du diabète gestationnel

3.1 L'orientation proposée dès l'annonce du diagnostic

Toutes les femmes recrutées pour cette étude ont été suivies dans le même centre hospitalier pour leur diabète. Elles ont donc eu une prise en charge du diabète gestationnel assez similaire. Dès l'annonce de leur diabète gestationnel, elles ont été orientées « *à l'hôpital* » comme nous le dit Nadine. En effet, comme nous le précise Camille, elles ont été adressées au service d'endocrinologie de l'hôpital : « *Ma sage-femme m'a orientée au SEGA³ directement, c'était bien je trouve* ».

Pour Fanny, dont le diabète a été diagnostiqué vers 26 SA, le début de la prise en charge a été retardé compte tenu des congés d'été : « *il y avait les vacances et donc du coup elles [gynécologue, diététicienne] pouvaient pas me prendre avant. Donc du coup début septembre, j'ai dû faire mon rendez-vous, je crois* ».

Pour Dorine, le dépistage n'a été réalisé qu'à six mois de grossesse, dû à un oubli : « *j'y ai échappé [à une prise en charge précoce du diabète gestationnel]* ».

3.2 Ce qui est organisé au début

Dans la maternité où le recrutement a eu lieu, les femmes ayant un diabète gestationnel doivent réaliser une demi-journée dans un service spécialisé en endocrinologie (SEGA). Cette demi-journée est proposée dans le but d'éduquer les patientes dans la prise en charge de leur pathologie et de leur expliquer ce que cela implique durant leur grossesse. Comme nous le dit Camille « *j'ai fait une demi-journée au SEGA, ma sage-femme m'avait dit de les appeler pour prendre rendez-vous* ».

Avant d'aller au SEGA, Chrystelle, qui a su dès le premier mois de grossesse qu'elle avait un diabète gestationnel, était déjà informée de pas mal de choses : « *ma sage-femme avait*

³ : Hôpital de Semaine en endocrinologie et addictologie

déjà organisé des rendez-vous diététiques etc. avant, donc en fait je savais tout ! ». Elle a précisé : « j'ai eu une [diététicienne] dès le départ qui m'avait tout bien réexpliqué ». Suite à cela elle s'est rendue au SEGA : « après, j'ai été hospitalisée une demi-journée ». Pour éviter à Jennifer de se déplacer, le début de sa prise en charge s'est fait en distanciel, en témoigne ce que sa sage-femme lui a proposé : « il faut que vous appeliez votre diabétologue, pour voir ce qu'on fait », « j'avais déménagé [loin], du coup je pouvais pas descendre [à l'hôpital], on a fait un premier rendez-vous par téléphone et il m'a dit [...] "je vais vous envoyer l'ordonnance du régime et aussi pour se piquer et aller chercher le dextro" ». Cette façon de faire n'a été que transitoire : « j'ai eu que des appels téléphoniques et après sinon j'allais le voir ».

Aline et Camille ont donné des détails sur le déroulement de la demi-journée d'hospitalisation, en effet Camille nous explique : « C'est toute une matinée, vous arrivez, on vous fait une prise de sang à jeun. Après on vous sert un petit déj' et on vous recontrôle votre dextro pour voir où vous en êtes. Après j'ai vu la cheffe de service d'endocrinologie qui m'a expliquée un peu ce qu'était le diabète gestationnel et m'a donné les documents qui expliquaient. Après, j'ai vu une gynécologue, qui explique les risques [...] ... enfin les conséquences que peut avoir le diabète sur l'enfant, sur la grossesse » et Aline se rappelle que « un fœtus peut mourir d'un diabète grave qui est haut ».

3.3 Les piliers de la prise en charge

Il est établi un (ré)équilibrage alimentaire ainsi que l'instauration d'une surveillance glycémique capillaire.

3.3.1 *Un (ré)équilibrage alimentaire*

Le but du (ré)équilibrage alimentaire est d'apprendre aux femmes comment bien s'alimenter, manger sainement et équilibré.

En effet, pour ces femmes, il est mis en place un régime comme nous le confirme Nadine : « J'ai bien parlé du régime, savoir comment faire, ce qu'il fallait éviter ».

Aline est revenue sur les conseils et informations qui lui ont été donnés concernant l'alimentation : « l'endocrinologue m'avait donné un papier : combien il fallait que je mange le matin. Et j'avais plusieurs choix en fait dans les boissons. J'ai trouvé ça très bien ! ». Elle se souvient bien du contenu de ce document : « Je pouvais manger de tout, mais à un certain poids. J'avais le droit à de la viande, poisson ou œuf une fois par jour,

le soir j'avais légumes et féculents à volonté », Dorine a complété en disant qu'elle avait le droit à « *un produit laitier et un fruit à chaque repas* ».

Pour Nadine, des mesures plus strictes étaient nécessaires, comme « *d'arrêter le sucre* ». On lui a « *préconisé de manger des yaourts naturels* ». Elle précise : « *Par exemple le matin, c'était yaourt nature, tisane sans sucre et pain complet, sans confiture sans miel etc. Sinon, des repas équilibrés, [...] Donc voilà je mangeais légumes et féculents et au dessert on m'autorisait un fruit et j'avais le droit à un fruit à quatre heures* ».

Les femmes avec un diabète gestationnel, ont toutes suivi la même trame alimentaire.

Jennifer a évoqué l'enquête alimentaire qui a été faite au début de sa prise en charge : « [le diabétologue] *m'avait demandée la première fois par téléphone comment je mangeais, je lui ai dit, "par exemple le matin, je buvais du thé avec du pain et une pomme". Il m'a dit "bah c'est très bien, continuez comme ça"* ».

Les femmes ont dû manger équilibré et faire attention aux portions et aux aliments ayant un index glycémique élevé. En effet Aline nous a expliqué ce qu'il lui a été recommandé : « *Le matin, c'était simple : j'avais le choix entre un thé, chocolat, café. Je prenais un chocolat, j'avais le droit à deux morceaux de pain avec 10 gr de beurre, pas de confiture. Par contre quand je prenais un chocolat, je prenais pas de produit laitier* ».

Dorine a eu sensiblement les mêmes conseils qui lui ont été promulgués : « *faire des choses un peu moins consistantes et manger moins de cochonneries quoi (Rires)* » et « *qu'il fallait toujours plus de légumes que de féculents* ».

Certaines ont suivi les conseils qui leur ont été donnés tout en se faisant plaisir, comme ça a été le cas de Fanny : « *je bois beaucoup d'eau* » « *je me faisais plaisir, je me privais pas. Après c'est sûr que quand on allait chez du monde, je buvais de l'eau, j'essayais de faire attention. Les desserts bah j'en prenais pas. J'essayais de faire attention* ».

Cindy a trouvé que rien n'avait été mis en place au niveau alimentaire puisqu'elle nous raconte : « *je me suis débrouillée toute seule* », « *je suis allée sur internet* ». Finalement, elle est revenue sur son témoignage : « *on m'a donnée une fiche en me disant "il faut manger un légume, un poisson, un fruit, éviter les fruits le soir, des trucs comme ça* ».

3.3.2 Un suivi glycémique

En complément de l'alimentation, une surveillance de la glycémie capillaire est mise en place comme Dorine a pu nous l'affirmer « *J'envoyais mes glycémies tous les 15 jours à l'endocrino. Et quand j'allais voir la sage-femme, elle regardait un peu les glycémies* ».

La fréquence du suivi glycémique dépendait des résultats que les femmes transmettaient à l'endocrinologue. En effet si leurs surveillances glycémiques capillaires montraient des valeurs stables et équilibrées, elles étaient espacées. La démarche à suivre était la suivante : « *ils m'ont donné un appareil pour me piquer* » (Aline) ; « *on m'a bien expliqué que j'avais pas besoin d'insuline mais qu'il fallait juste que je me pique le doigt avant chaque repas donc le matin et deux heures après, et le midi et le soir pareil* » (Jennifer). Le suivi nécessite une certaine rigueur, Cindy a retranscrit dans un carnet ses résultats : « *c'était un livret à remplir, fallait se piquer [...] six fois par jour, tous les jours* ».

Pour Nadine, le suivi glycémique a été allégé au fil de sa grossesse : « *le dextro, je l'ai fait pendant les quinze premiers jours qui ont suivi la demi-journée à l'hôpital, [...] se piquer six fois par jour avant et après le repas. [...] ça m'a montré que j'avais pas un gros diabète. Parce que je dépassais jamais les normes. Après elle [endocrinologue] m'a demandée de le faire une fois tous les deux jours pendant quinze jours. Je vous avoue que là je l'ai fait, on va dire une fois tous les trois jours et après j'ai pas eu de suivi finalement. Donc personne m'a rappelée et moi j'ai pas renvoyé mes résultats* ».

Ça a été également le cas pour Camille et Fanny : « *je remplissais le carnet et je lui [endocrinologue] envoyais par photos toutes les deux semaines puis elle me faisait un retour par mail. Donc du coup j'ai fini [jusqu'à l'accouchement], je me piquais que un jour sur deux et que quatre fois par jours au lieu de six* » (Camille).

Dorine, elle, a dû en revanche se piquer et contrôler ses glycémies au même rythme qu'au début jusqu'à la fin de la grossesse : « *je me suis piquée six fois par jour jusqu'à la fin* ».

3.3.3 Une activité physique

Aucune des femmes de l'étude n'a remarqué une différence concernant son activité physique. En effet certaines femmes n'étaient pas sportives avant la grossesse et donc ne l'ont pas été pendant, comme peuvent en rire Camille (« *Je suis pas sportive, donc je ne l'étais pas enceinte non plus !*») et Nadine (« *Absolument rien parce que je fais jamais d'activité physique !*») en revanche elle nous a confié aimer cuisiner et « *bricoler dehors, j'adore jardiner* ». Quant à Jennifer « *C'est ça, (Rires) je fais pas trop de sport moi !*».

D'autres estimaient faire assez de sport compte tenu de la charge domestique, comme c'est le cas pour Chrystelle : « *Une maison et trois enfants, j'étais bien occupée !*».

Cindy était sportive avant la grossesse. Elle l'est restée pendant la grossesse en adaptant l'activité sportive à l'état de grossesse et non au diabète : « *Je n'ai rien changé par*

rapport à mes habitudes. Je suis sportive normalement. Après, j'ai continué à marcher, comme je marchais ! », tout comme Fanny qui a continué à « *marcher* ».

3.4 Equilibre du diabète suite à la prise en charge

Certaines ont eu des facilités pour équilibrer leur diabète. C'est le cas pour Chrystelle qui n'a « *jamais eu de glycémies perturbées* ».

Pour Cindy, ce fut simple car elle a bien respecté les conseils donnés : « *ça a été facile [...], j'ai pas eu d'insuline, par contre après fallait pas que je mange de sucre !* ».

Dorine nous a justifié que son diabète était assez bien équilibré par le fait qu'elle n'ait pas eu d'insuline : « *Ouais, j'ai pas eu besoin d'insuline* ». En revanche la surveillance de ses glycémies n'a pas été allégée, elle s'est piquée six fois par jour jusqu'à la fin.

Les résultats glycémiques de Fanny étant en général satisfaisants, elle s'autorisait parfois « *des petits plaisirs* ». En effet elle nous a expliqué : « *ma glycémie à jeun à chaque fois elle est bonne, franchement j'avais des bons résultats. A part voilà si le soir on faisait quelque chose mais j'ai jamais été très élevée parce que quand je lui [diabétologue] envoyais mes résultats ils étaient satisfaisants. Je dépassais quand même pas souvent* ».

Pour Nadine, « *le diabète était pas très élevé* » et il était a priori équilibré. Elle nous dit qu'elle « *imagine que oui* ». En revanche, il est difficile de savoir si son diabète était équilibré puisque Nadine a pris la décision seule d'arrêter les surveillances glycémiques.

Pour Jennifer, globalement ils étaient dans la norme : « *le matin c'était bon, et il y en avait quelques-uns [...] c'était un peu juste [hyperglycémie] mais dans l'ensemble ça allait !* ». Elle a essayé de comprendre d'où venaient ces irrégularités : « *des fois le matin je me levais et alors je sais pas ce que j'avais mangé la veille au soir, suivant ce que j'avais mangé peut-être. Mais des fois c'était vachement élevé. Son diabétologue lui disait : « Peut-être parce que vous le faisiez trop tôt ? »* .

Aline nous a avoué avoir des glycémies un peu hautes le matin : « *c'était que le matin où j'étais un peu haute* » mais c'était bien équilibré d'après sa sage-femme : « *Ah oui, bien équilibré. [...] J'ai jamais envoyé mes carnets de dextro à l'endocrinologue, je les faisais voir à la sage-femme. Elle me dit : " mais c'est sûr que c'est stable chez toi !" »*.

Enfin Camille, qui pourtant « *ne [faisait] pas un gros diabète* », n'a pas eu des glycémies toujours normales, avec plutôt une tendance à l'hypoglycémie : « *tout le long de ma grossesse, j'ai eu du mal à l'équilibrer parce que je pense qu'il [le bébé] me pompait énormément d'énergie, enfin de sucre tout ça... Et du coup même des fois, je me retrouvais en hypo, même deux heures après le repas, en ayant bien mangé à midi !* ».

4. Le suivi médical et paramédical du diabète gestationnel

4.1 La fréquence des consultations

Toutes les femmes disent ne pas avoir eu de modification dans la fréquence de leur consultation du fait d'une grossesse avec un diabète gestationnel non insulino-dépendant. Camille a apprécié son suivi « classique » : « *j'ai pu rester avec ma sage-femme. Je pensais que j'allais basculer sur un gynéco et en fait non. Une fois par mois voilà, [elle] m'accompagnait très bien donc j'avais un bon suivi, je suis restée avec elle* ». Chrystelle précise néanmoins qu'une partie du suivi se faisait par courriel : « *je les envoyais [les résultats] juste par mail toutes les deux semaines, pas de suivi supplémentaire* ». Cindy avait également un suivi une fois par mois par une sage-femme.

En revanche, Nadine, qui n'avait pas eu de retour de la part de l'endocrinologue suite à l'envoi par courriel de ses surveillances glycémiques (« *ceux des quinze premiers jours quoi* »), avait fini par arrêter de les envoyer mais faisait quelques surveillances glycémiques : « *j'envoyais plus, car personne me répondait* ». Elle ne semblait pas satisfaite de la prise en charge de son diabète : « *A part le suivi que j'ai pas du tout eu, c'est la seule chose que je peux peut-être dire sur le diabète gestationnel !* ».

4.2 Les professionnels impliqués dans le suivi du diabète gestationnel

Les femmes étaient suivies par leur sage-femme ou gynécologue, et parfois par leur médecin traitant (début de grossesse). En ensuite elles étaient orientées pour un suivi avec l'endocrinologue, suivi majoritairement par mail, et parfois avec la diététicienne.

Jennifer avait un suivi pluridisciplinaire : « *Oui la sage-femme, mon médecin généraliste, puis après c'est tout parce que la gynécologue je l'ai vue qu'une fois pour dire le poids du bébé à 37 semaines* ». Camille avait l'impression d'être la coordinatrice de son propre suivi : « *Oui, j'ai vu avec ma sage-femme et mon médecin, on s'est équilibré un peu à trois. Tout s'est bien passé mais c'était plus moi le lien en fait. J'avais rendez-vous avec l'un, avec l'autre. Ce qui est plutôt bien, c'est qu'avec l'endocrinologue, tous les 15 jours je lui envoyais mes résultats donc là il y avait vraiment un suivi* » et pour Aline « *ma sage-femme, la diététicienne au début, la gynécologue et mon médecin généraliste. Mais je vais vous dire, j'ai beaucoup confiance en mon généraliste* ».

Chrystelle a également eu l'implication d'une diététicienne : « *la sage-femme, l'endocrinologue puis au départ ma diététicienne vers chez moi qui m'avait expliqué* ».

Pour Nadine, il n'y a eu que sa sage-femme puisqu'elle n'envoyait plus ses résultats à l'endocrinologue : « à chaque fois que j'avais des rendez-vous, elle me demandait si je me piquais donc je disais non. Elle me disait : "tu suis bien le régime ? ", je disais oui ». Dorine a évoqué la coordination de son suivi pluridisciplinaire : « Il y avait l'endocrino tous les 15 jours et la sage-femme qui regardait les glycémies. La gynéco, je sais qu'elle était en lien avec l'endocrino, la sage-femme franchement j'en ai aucune idée ». Après son déménagement, Jennifer habitait loin d'où elle était suivie. Sa sage-femme couplait sa consultation avec celle de l'endocrinologue : « ma sage-femme mettait en place ses rendez-vous avant ceux de l'endocrino, pour pas faire trop de route ».

4.3 Les examens paracliniques

Toutes les femmes de l'étude affirment ne pas avoir eu d'examens en plus du fait du diabète gestationnel, comme peut l'attester Nadine : « Non aucun examen supplémentaire ».

Fanny nous a dit avoir fait une échographie en plus « j'ai fait une échographie 15 jours avant [l'accouchement] » mais nous attestons que c'est le cas pour toutes les grossesses : « j'ai des copines qui ont pas de diabète et qui la font quand même donc... ! ».

Dorine, elle, a conscience d'avoir eu une échographie supplémentaire, comparée aux grossesses physiologiques : « j'ai juste eu heu ... une échographie en plus, c'est tout ». Cindy avait été prévenue de cette échographie en plus mais finalement elle a eu une échographie par mois (pratique systématique chez sa sage-femme) : « On m'avait laissée entendre quand même le jour du rendez-vous [au SEGA] que j'aurais une écho de plus en fin de grossesse avec le diabète, mais bon, moi j'en avais déjà donc bon... ».

Quant à Camille, elle se rappelle ce que lui a dit la gynécologue au SEGA : « elle m'a expliqué qu'à 37 semaines on faisait une écho pour savoir un petit peu le poids du bébé, pour savoir s'il y avait déclenchement tout ça... ».

En fin de grossesse, Jennifer a eu plus d'échographies que prévu, du fait du diabète gestationnel et d'un problème de croissance de sa fille : « elles [gynécologue et endocrinologue] ont plus suivi vers la fin parce que comme elles s'en sont rendues compte qu'au 6^{ème} mois euh ... qu'elle [le bébé] avait un petit poids donc euh... c'est peut-être à cause de ça... ».

Trois participantes à l'étude ont évoqué le contrôle sanguin de l'hémoglobine glyquée qui était prescrit tous les mois. Aline a inconsciemment déformé le nom de cet examen qui lui avait été prescrit par son médecin traitant : « [il] m'avait mis les plaquettes glyquées

tous les mois ». En revanche, Camille se souvient bien de l'autre appellation de cet examen : « *je faisais des prises de sang en plus, parce que je faisais la HbA1c* ». Pour Cindy, son « *hémoglobine glyquée avait augmenté au cours de la grossesse* ».

4.4 Ce qui a été apprécié

Concernant le suivi de la grossesse avec un diabète gestationnel, la majorité des femmes l'ont apprécié.

4.4.1 *Le SEGA*

Nadine et Dorine ont apprécié la demi-journée d'hospitalisation dans le service SEGA, riche en informations utiles pour leur suivi à venir : « *J'ai appris pleins de choses du coup, parce qu'on rencontre un médecin, une diététicienne, un gynécologue et une sage-femme qui ont un peu détaillé* » (Nadine), « *Oui, c'était pas mal oui ! C'était intéressant, j'ai appris pleins de choses !* » (Dorine).

Cindy n'a pas tout apprécié mais elle reste satisfaite de cette demi-journée : « *c'est bien hein de venir une demi-journée, on voit plusieurs personnes différentes quand même, qui expliquent chacun son domaine et qu'est-ce qu'il faut faire. Ya pas que du négatif ...* ».

4.4.2 *L'accompagnement durant tout le suivi du diabète*

Selon Camille, « *le suivi a été bien* ». Elle a précisé : « *dans l'ensemble [...] c'était quand même bien, j'ai pas été lâchée dans la nature comme ça ...* ».

Pour Aline : « *C'était parfait ! J'ai eu une très belle grossesse, j'ai eu des très bons conseils de différents professionnels !* ».

Jennifer partage cet avis : « *j'ai apprécié mon suivi ! En plus, je suis tombée sur une sage-femme, je la connaissais en dehors de ma grossesse !* ».

Chrystelle a apprécié l'accompagnement qu'elle a eu au cours de sa grossesse et pour son diabète car à la question « *auriez-vous aimé avoir un accompagnement différent* » celle-ci a répondu « *Non, non ! Parce que du coup, tout allait bien ! Donc au contraire !* ».

4.4.3 *L'absence d'insulinothérapie*

Les femmes ont également apprécié de ne pas avoir un diabète nécessitant l'injection d'insuline. En effet Fanny nous a dit en souriant : « *pas d'insuline, déjà c'était bien !* ».

Nadine s'est estimée chanceuse : « *par rapport aux mamans qui ont de l'insuline* ».

Idem pour Camille : *« j'ai pas eu d'insuline parce que j'ai pas eu un gros diabète mais heureusement ! Parce que là, je pense que ça doit être stressant quand même ! »*.

4.4.4 Une prise de poids modérée

Une des choses qui a été appréciable pour les femmes interrogées, c'est le fait d'avoir pris peu de poids du fait du régime alimentaire mis en place pour le diabète.

Fanny reconnaît : *« ça m'a permis aussi le diabète de me limiter, de pas prendre trop de poids »*. Elle compare cette grossesse à la précédente (sans restriction alimentaire) : *« pour ma première grossesse, j'avais dû prendre 17 kg alors que là j'ai pris 13 kg ! »*.

Le « régime diabétique » n'a pas que des inconvénients selon Cindy : *« l'avantage, c'est qu'on prend quasiment pas de poids ! »*. Chrystelle n'a *« pris que 2 kg pendant la grossesse »*. Et pour Dorine, c'est encore plus frappant : *« j'ai même pas pris de poids avec le diabète gestationnel ! Voilà, c'est le seul point positif ! (rires) »*.

4.4.5 Une nouvelle façon de se nourrir

Les femmes interrogées ont dû prendre pour la plupart de nouvelles habitudes alimentaires. Elles ont appris à équilibrer les repas et comptent garder cette façon de faire. Dorine nous a confié : *« c'est bien de manger équilibré comme ça, parce que des fois, à la maison [...] on se dit : " Allez, on sort un truc congelé (Rires) !" C'est pas forcément équilibré, quoi ! Là, je me dis : " C'est bien : une petite portion de légumes, un peu de féculent, un peu de poisson ... ! " »*. Elle a également constaté que ses envies avaient changé : *« mon mari m'a emmené des Kinder Bueno mais ça me donne pas envie ! Je pense que c'est devenu une habitude... On verra bien ! »*.

Même constat pour Aline : *« ce que je peux dire, je ne suis plus attirée par le sucre ! »*.

La famille de Chrystelle a bénéficié de l'impact positif de nouvelles habitudes alimentaires : *« ça a permis de rééquilibrer mes repas, c'est pas mal avec les enfants »*.

4.5 Ce qui aurait pu être différent

4.5.1 Le SEGA

La majorité des patientes ont trouvé des points positifs concernant leur passage au SEGA mais elles ont également trouvé des choses à redire.

Camille a l'impression d'avoir un peu perdu son temps et trouve que ce temps d'informations et d'échanges est peu personnalisé et trouve dommage que la prise en charge ne tienne pas compte du diabète de chaque femme : *« je trouve que la matinée au*

SEGA, même s'ils sont tous gentils, qu'ils appliquent tout ça heu pfff... ils font que relire ce qu'il y a écrit sur un papier quoi ! Je trouve que c'est un peu une perte de temps... Parce que c'est toute la matinée ! Ils vous gardent le midi pour manger. Mais après, aussi, c'est pour faire un contrôle pour faire le dextro après le repas, pour être sûr que ce soit bien fait. J'ai passé plus de temps à attendre le médecin à chaque fois qu'à être vraiment avec le médecin ! Je pense qu'ils font garder la matinée pour avoir un suivi sur... voilà au moins deux dextros quoi ». Pour que ce passage au SEGA soit pleinement satisfaisant, Camille voit deux solutions : « Soit un peu plus personnalisé, soit un peu plus court ! ».

Camille verrait plus un rendez-vous « sur deux heures, même si c'est un groupe de paroles à la limite ». Elle propose que ce premier temps fort de la prise en charge soit l'occasion de rencontrer des futures mères dans la même situation : « Je pense que ça peut être bien de discuter avec d'autres mamans diabétiques. Ça peut être rassurant aussi. Je pense que ça peut être bien des groupes de paroles parce que comme ça, bah s'il y a quelqu'un qui a une question à poser, on peut se répondre entre nous quoi ! ».

Concernant les règles diététiques qui lui ont été données ce jour-là, elle donne son avis : « je pense que c'était un cadre trop général parce que moi, par rapport à mes résultats, je ne pouvais pas me permettre, le matin, de manger un yaourt nature, rien de sucré. Parce que je me levais, j'étais à 0,58 [en hypoglycémie], donc obligée d'avoir un apport en sucre sinon je tenais pas ! ». Pour elle « chaque personne a un diabète qui est différent. Et c'est ça qui était un petit peu dommage ! ». Elle a finalement elle-même personnalisé sa prise en charge : « dans l'ensemble, j'ai fait un peu à ma sauce ! ».

Pour Chrystelle, cette demi-journée n'a rien apporté : « ils ont pas compris pourquoi j'étais venue parce que ma sage-femme avait déjà tout anticipé. J'avais déjà tout fait ! Donc quand je suis arrivée, les infirmières voulaient me montrer les dextros... Bah j'avais déjà la machine ! Je savais faire, on me l'avait montré ! La diététicienne est venue, bah je lui ai montré ce que j'avais mis en place avec ma diét' donc elle m'a dit : “ Ben, continuez comme ça ! ”. Donc en fait je suis venue une demi-journée pour rien quoi ! ».

Cindy aurait aimé avoir plus d'informations concernant le diabète gestationnel : « plus de documentation quand on part ». Comme Camille, elle trouve que ce n'est pas assez personnalisé : « on a beaucoup d'infos d'un coup. Ils nous posent des questions, ils savent pas quelle ... alimentation on a, donc ils réagissent à l'instant T mais ... »

Cindy n'a « pas trouvé ça très constructif ». Elle nous a expliqué dans le détail ce qu'elle reprochait à la prise en charge : « je pensais que c'était plus structuré, qu'il y avait quand même des livres, des procédures, qu'on repartait chez nous avec un truc à suivre quand

même, plus à la lettre. Là c'était quand même très bateau. Bah moi j'ai trouvé ça vraiment « lèdge » [léger] ! Connaissant pas les choses, je suis ressortie, je suis allée sur internet. Elle reproche le fait qu'« ils donnent pas d'office un livret avec les indices glycémiques, enfin les aliments à indice glycémique bas. D'après elle, il faudrait dire lors de cette demi-journée au SEGA « ce qu'on peut manger ou pas ! Avec des aliments, même une liste d'aliments à manger, à privilégier ! ». Elle aurait eu besoin d'informations concrètes : « fallait plus me donner quels aliments manger qu'un rééquilibrage alimentaire ». Ce qui explique comment elle a fait pour bien manger : « je me suis débrouillée toute seule... ». A la place de ce qu'elle a eu, elle verrait : « un truc plus structuré » pour expliquer le diabète et l'alimentation requise. D'après elle, la préparation de cette demi-journée est à améliorer : « En amont, ils préparent pas assez d'affaires ».

4.5.2 Un suivi plus rapproché

Fanny compare sa prise en charge avec celle de sa sœur et regrette de ne pas avoir été davantage suivie : *« elle était beaucoup plus suivie j'avais l'impression, c'était sur Lyon. Mais bon c'est peut-être parce que là, il y avait le Covid, donc ils nous reçoivent pas [...] ma sœur était vraiment suivie par une endocrinologue qui lui adaptait vraiment à chaque fois qu'elle y allait. Tandis que là c'était que des échanges de mail ».* Dorine prend exemple sur sa cousine : *« quand elle avait eu son diabète gestationnel, tous les 15 jours elle allait faire une écho et ils regardaient un peu tout. Et là je trouvais que c'était pas beaucoup de suivi ! ».* Elle aurait eu besoin d'« un peu plus de suivi pour [se] rassurer ». Elles étaient toutes deux d'accord pour dire que *« sans le diabète ça aurait été encore mieux ! »* (Dorine).

Nadine qui n'avait pas eu de réponse suite à la transmission de ses dextros par mail, aurait aimé être plus accompagnée : *« J'aurais préféré quand même être suivie parce que du coup j'ai pas eu du tout d'appel sur les dextros que j'envoyais donc je me disais que je le faisais un peu pour rien ... ».* Elle a géré comme elle a pu : *« je continuais le régime sans trop faire les dextros, ça avait pas l'air de les déranger vu que personne m'appelait ! ».*

5. Le vécu de la grossesse avec un diabète gestationnel

5.1 Concernant l'alimentation

Nadine nous a confié que le « régime diabétique » n'avait rien changé à ses habitudes : *« je passe beaucoup de temps en cuisine, à la maison, on a toujours des légumes, féculents et viande, donc ça nous a pas beaucoup changé ».* Ce qui a pu un peu la déranger nous

dit-elle « *c'était plus au niveau desserts, parce qu'on arrivait sur la période estivale, j'avais pas trop le droit aux glaces ! C'était un peu plus compliqué !* ». On lui a demandé si elle arrivait quand même à se faire plaisir, elle nous a répondu que « *Oui* » et que ce n'était « *pas trop frustrant* ». Elle a peu changé d'habitudes, « *excepté de manger du pain complet et pas de sucre* ». Elle reconnaît : « *J'ai eu la frustration pour les desserts* ». Fanny fait « *attention mais même de manière générale sans la grossesse* ». Elle « *ne mange pas n'importe quoi* » et elle a bien retenu ce que son médecin généraliste lui a dit concernant le diabète : « *que ça allait me suivre toute ma vie !* ». Fanny n'a pas toujours mangé à sa faim : « *le matin, ce qui était dur en fin de grossesse, j'avais beaucoup faim et à chaque fois je dépassais quoi [hyperglycémie]* », à ces moments-là, elle était obligée de se restreindre.

Elle a apprécié la posture de l'endocrinologue qui « *était encourageante* ». Elle ajoute : « *elle était pas sur mon dos donc ça c'était bien, sinon ça aurait été plus compliqué* ». Ses résultats de glycémies capillaires « *étaient plutôt bons* », ce qui lui a permis quelques écarts : « *Je me faisais plaisir, je me privais pas, mais quand on allait chez du monde j'essayais de faire attention. Les desserts, j'en prenais pas* ».

Jennifer a trouvé ça compliqué de limiter le sucre car elle est très gourmande : « *il fallait que je mange pas trop de trucs sucrés, fallait que je limite [...] moi qui aime bien les bonbons, ça m'embêtait un peu, mais bon après on s'y fait !* ».

Pour Dorine, qui est « *super gourmande* », ce sont surtout ses habitudes du matin qui ont été bouleversées : « *il fallait que je supprime mon cacao, sauf si j'en prenais un sans sucre. J'en avais trouvé un moins sucré mais pas sans sucre quoi...* ». Elle nous a confié : « *Après le plus dur, c'est quand on est invité un peu chez des gens, de dire "je peux pas manger de ça !"* ». Pour elle, c'était compliqué de gérer son diabète en société, parce que du coup elle emmenait ses repas : « *j'emmenais ma gamelle, pour pas être contraignante pour tout le monde, ça me permettait de pas infliger ça aux gens* ».

Chrystelle ne prenait pas de petit déjeuner avant d'avoir du diabète gestationnel. Elle a dû y remédier pour éviter les hypoglycémies : « *là je me suis mise à déjeuner, c'est ce qui a le plus changé on va dire* ». L'expérience a été plutôt agréable : « *Au début c'était compliqué, maintenant j'aime bien petit-déjeuner !* ». Elle avoue ne pas avoir fait attention à son alimentation : « *Mais après je faisais pas plus attention que ça dans le sens où tout aller bien* ».

Pour Cindy, le changement d'alimentation a été très « *frustrant* » et compliqué à gérer : « *Moi je suis très « sucré »* ». Comme elle a pu nous le confier, elle a cherché des

alternatives pour pallier ses envies de gâteaux : « *j'achetais surtout des gâteaux sans sucre, parce qu'il me faut un côté un peu gâteau sinon je tourne chèvre !* ». Elle s'est quand même fait plaisir lors de vacances : « *quand on faisait des restos, je me privais pas trop. Bon après, j'allais pas prendre un fondant au chocolat hein !* ».

Camille n'a rien changé pratiquement car elle faisait beaucoup d'hypoglycémies : « *j'ai pas arrêté mes goûters* », elle faisait quand même attention et limitait le sucre : « *on a forcément envie quand on voit un gros gâteau* ». Mais elle arrivait à relativiser : « *ça dure pas longtemps, on peut se priver quelques mois ! Ça va, je l'ai pas trop mal vécu* ».

Aline nous a expliqué ce qu'elle a dû changer : « *j'avais ma petite Tourtel twist [soda à base de bière sans alcool et jus de fruits] que j'aimais bien boire le soir et ben je l'ai supprimée !* », à la question « *cela a-t-il beaucoup changé vos habitudes ?* », elle a répondu « *Mais carrément !* ». Ce changement était très bien accepté : « *J'ai pas pris les choses ni mal ni bien. J'étais sereine, parce que j'ai pensé à mon bébé* », « *Je l'ai très bien vécu, après chaque femme le vit différemment* ». Aline n'a trouvé aucune contrainte à faire attention à son alimentation : « *à un moment, faut se raisonner, se dire c'est la santé ! Maintenant, je suis dégoutée du sucre, c'est-à-dire qu'un paquet de gâteau ne me fait pas envie* ».

5.2 Concernant le suivi glycémique

L'investigatrice a demandé le vécu des femmes concernant la surveillance des glycémies capillaires. Nadine a reconnu le non-respect de ce qui était demandé : « *C'était contraignant, j'oubliais [de prendre le glucomètre et/ou de faire la surveillance glycémique]* ». Elle précise que lors des sorties elle « [oubliait] *à chaque fois* ». Elle avait trouvé une stratégie pour ne pas oublier de faire ses surveillances glycémiques mais cela n'a pas suffi : « *C'est contraignant de se piquer avant et après chaque repas. Quand je l'ai fait pendant les quinze jours-là, je mettais des réveils pour pas oublier !* ».

Fanny oubliait également souvent son glucomètre lorsqu'elle sortait : « *ce qui m'embêtait, c'est des fois quand je sortais, j'oubliais ma machine ! C'est ça qui était compliqué* ». Elle n'arrivait pas toujours à anticiper son organisation : « *je me disais : "Mais je serai largement rentrée et je pourrai me piquer !" Et des fois, bon bah ça arrive, on fait des choses et on réfléchit pas à l'horaire, du coup voilà...* ». Et pour elle, le fait de se piquer était « *un peu contraignant, mais après on s'y fait vite !* »

Chrystelle a le même avis que Nadine et Fanny : « *si on veut partir, il faut l'emmener, y penser, faut pouvoir se laver les mains... Enfin c'est hyper contraignant par contre !* ».

Pour Dorine, « *ce qui était contraignant c'est quand [elle était] au travail. Sinon après à la maison ça se passait bien* ». Le glucomètre était pratique à transporter car elle avait « *une petite pochette* » donnée par à la pharmacie et qu'elle faisait « *suivre partout* ».

Dorine a assez bien vécu le fait de surveiller ses glycémies : « *une fois que ça a été expliqué, j'ai réussi à mieux digérer la chose (Rires)[la surveillance glycémique]* ».

Aline, qui est chauffeur de taxi, a fait ce qui était attendu en termes de surveillance car selon elle, « *quand on a un souci [...], on le gère !* ». Elle n'a « *pas trouvé de contrainte* » et elle s'organisait au mieux pour respecter les horaires des surveillances glycémiques, à son rythme de travail : « *quand je commençais à 6h du matin de travailler, je faisais juste avant de partir au boulot. J'emmenais ma machine avec moi dans le taxi, je me piquais. Si je l'avais pas dans le sac, je l'avais toujours dans le taxi* ».

Cindy a apprécié la forme du glucomètre : « *ils proposent un boîtier qui est vraiment bien. Oui c'était pas contraignant ça, c'était toujours avec moi !* ».

Comme Nadine, Camille mettait « *des réveils pour éviter d'oublier* ». Mais cela ne suffisait pas toujours car « *le truc, c'est de pas oublier l'appareil à dextro, parce qu'on l'oublie facilement !* ». La grossesse avançant, la surveillance est devenue pénible : « *à la fin, j'appréhendais de me piquer, ça fait mal des fois ! J'en avais un peu marre, j'en profitais quand mon copain était là, il me les faisait ! Elle ne peut s'empêcher de penser aux personnes diabétiques : « Ça doit être pénible de se piquer tous les jours... »* ».

5.3 Concernant l'activité physique

Aucune des femmes n'a été contrainte d'avoir une activité physique supplémentaire, donc aucune n'a signalé de problème à ce sujet. Nadine a avoué en rigolant que ça n'avait « *absolument rien* » changé pour elle !

Et Camille : « *Je suis pas sportive, donc je l'étais pas enceinte (rires)* ».

5.4 Emotions ressenties en raison du diabète gestationnel

Différentes émotions ont été évoquées par les femmes interrogées.

Fanny nous a parlé de : « *la frustration alimentaire* ». Elle devait « *faire attention* » ou se priver des « *trucs qui faisaient vite grimper* » la glycémie.

Quand Dorine a appris qu'elle devrait faire attention à son alimentation : « *c'était le bout du monde !* ». Elle allait devoir gérer une double frustration : « *en plus j'étais pas immunisée contre la toxo, je disais : "bah finalement, je pourrai rien faire, rien manger de ce que j'aime..."* ». Finalement, la sage-femme lui ayant dit « *faut se faire plaisir !* »,

elle s'est octroyée quelques écarts et a bien vécu la fin de sa grossesse, en effet : « *une fois par semaine je faisais un petit excès (Rires)* ». Cet effort valait le coup mais elle ne l'aurait « *pas vécu six mois ... trois déjà c'était pas mal !* ».

Camille et Cindy nous ont confié avoir ressenti du stress. Cindy avait peur du diabète et des conséquences possibles sur son enfant : « *on n'a pas envie qu'ils aient le diabète déjà, de prime à bord [...]. C'était une de mes angoisses aussi...* ».

Camille a rapidement été rassurée grâce aux informations qu'elle a reçues : « *un peu de stress au début mais ça se calme vite parce que quand même on vous explique* ».

Jennifer a ressenti aussi « *un peu de stress* » mais elle a trouvé une alternative pour pallier cela : « *j'allais sur des forums et j'ai une application sur mon téléphone, c'est WeMoms* ».

Dorine, qui avait eu une césarienne pour son premier enfant, avait « *peur de faire un gros bébé, de pas pouvoir accoucher par voie basse [...]* ».

5.5 Le comportement de l'entourage

L'ensemble des femmes ont eu un entourage soutenant. La famille de Cindy l'a beaucoup soutenue, ses deux grands enfants « *étaient prévenants, ils jouaient le jeu, ils évitaient d'acheter trop des cochonneries* ». Elle ne pouvait pas faire n'importe quoi : « *ils me surveillaient aussi. Ils regardaient ce que je mangeais !* ».

Dorine a apprécié le soutien de son conjoint : « *on essayait de manger un peu tous les deux pareil par ce que sinon pffff! (sourire)* ». Ses parents et ses beaux-parents faisaient également attention quand ils l'invitaient à manger : « *ils savaient, ils s'adaptaient, au moins on est soutenue quoi, parce que ... (souffle)* ».

Aline aussi a été très soutenue par ses proches : « *mon mari, il me faisait mes pesées de repas, il mangeait pareil que moi. Mes enfants, c'était pareil* ».

L'entourage de Fanny la surveillait d'une certaine façon « *en [la] limitant* » dans ce qu'elle voulait manger. Ce n'était pas toujours facile en raison des tentations, « *surtout à la maison, quand on a les gâteaux, les trucs comme ça...* ».

Les proches de Jennifer, dont son conjoint, lui disaient : « *Penses bien à te piquer ! (Rires)* ». Ce n'est pas pour autant que son conjoint a suivi Jennifer dans son régime alimentaire : « *ça le dérangeait pas, il mangeait quand même, il se privait pas !* ».

L'entourage de Nadine n'a pas subi de changement d'alimentation car elle n'a pas modifié sa façon de cuisiner : « *les légumes j'ai l'habitude d'en cuisiner, la viande aussi* ».

Quant à Chrystelle, qui a peu modifié ses habitudes alimentaires, n'a pas contraint son entourage à manger comme elle : *« je faisais un peu plus attention sur... tout ce qui était un peu sucré, mais sans plus »*.

6. La prise en charge du diabète gestationnel à la maternité

6.1 En salle de naissance

Camille nous a expliqué qu'elle avait eu des surveillances glycémiques capillaires au cours du travail car elle a fait plusieurs hypoglycémies.

Les autres femmes n'ont pas évoqué de prise en charge particulière en lien avec le diabète gestationnel au cours du travail.

6.2 Durant le séjour en maternité

Cindy fait partie de l'une des rares femmes de l'étude à poursuivre la surveillance de ses glycémies : *« je continue à surveiller parce que j'aimerais pas être diabétique plus tard »*. Jennifer avait oublié de prendre son glucomètre mais elle comptait bien poursuivre son auto-surveillance glycémique : *« j'ai dit à mon copain de me le ramener »*.

Camille, qui était à deux jours du post-partum, n'a pas eu de surveillance glycémique depuis la naissance de son enfant : *« on n'a pas recontrôlé, ni après l'accouchement »*. En effet à la maternité on lui a dit de ne plus le faire : *« Bah on m'a dit qu'il fallait plus que je me pique, donc moi je me pique plus »*.

Fanny pense avoir eu des plateaux repas pour patient diabétique : *« quand ils m'apportent à manger, je crois que c'est un truc pour le diabète »*.

Le bébé de Chrystelle, eutrophe, a eu des surveillances glycémiques après la naissance : *« il en a eu trois »*, tout comme celui de Camille qui lui était macrosome. Les autres femmes de l'étude n'ont pas évoqué la surveillance glycémique de leur enfant, mais celle-ci est normalement systématique dans la prise en charge dans la maternité où s'est déroulée l'étude.

6.3 Les informations données à la maternité

Concernant les informations sur le suivi du diabète, Camille nous a confié : *« je trouve qu'on manque d'informations sur le après l'accouchement »*. Ce qu'elle aurait apprécié, c'est de *« savoir vraiment comment ça se passe, notamment pour bébé »*.

Dorine n'avait pas eu beaucoup d'informations, elle était inquiète : *« j'avais peur, je me suis dit : “ ça y est je vais être diabétique toute ma vie ! ” »*. Elle se rappelait par contre

du suivi post-diabète gestationnel : « L'endocrino m'avait dit de tous les ans, faire une prise de sang ».

Certaines ont eu des explications sur comment s'alimenter sur le long terme. En effet Fanny sait qu'il « *faudra de toute façon* » qu'elle continue à faire attention. Cela ne l'inquiète pas trop car : « *on n'est pas dans la mal bouffe, on fait attention !* ».

Camille et Aline ont eu : « *une ordonnance pour une prise de sang HbA1c et glycémie à jeun à six mois après l'accouchement et un an après l'accouchement* » (Camille).

Discussion

1. Atteinte des objectifs

Pour cette étude, huit entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'appréhender les répercussions du diabète gestationnel sur le vécu de la grossesse de femmes ayant eu cette pathologie obstétricale pour la première fois. Cet objectif a été étudié au regard de divers facteurs pouvant agir sur le vécu de la grossesse. La prise en charge médicale et paramédicale, concernant le suivi du diabète gestationnel non insulino-dépendant, a également été étudiée. La durée minimale, préalablement fixée, de 20 minutes par entretien a été respectée, garantissant assez de données à analyser. Cette discussion va permettre d'analyser plus précisément nos résultats et de mettre en lumière les données recueillies lors de notre étude avec la littérature sur le sujet.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Les forces de l'étude

Tout d'abord, cette étude est novatrice car le vécu d'une grossesse pathologique ainsi que le bien-être des patientes au cours de leur grossesse ont été peu étudiés d'un point de vue qualitatif. De nombreuses études quantitatives ont été trouvées concernant l'importance et l'augmentation du diabète gestationnel dans les populations mais peu d'études abordent le ressenti des patientes. Concernant le choix de l'outil de recueil des données, il a été judicieux. Les entretiens semi-dirigés ont permis aux participantes de s'exprimer librement et ont favorisé l'ouverture sur d'autres axes et sujets non présents dans la grille d'entretien, ceci laissant place à l'expression la plus précise et complète.

De plus, l'étude impliquait huit participantes primipares ou multipares ayant toutes eu pour la première fois un diabète gestationnel. Ainsi la diversité de parité et des profils a constitué une grande richesse et diversité de contenu. En outre, les données recueillies ont permis de réunir un nombre important d'informations et d'atteindre une saturation des données. La réalisation d'entretiens supplémentaires n'aurait donc à priori pas apporté d'éléments nouveaux. Enfin, la retranscription des entretiens a pu être réalisée au fur et à mesure du fait de l'étendue de la période de recueil des données permettant ainsi une organisation optimale pour l'investigatrice.

Toutes les femmes ont accepté de participer à l'étude, on a donc eu un taux de participation de 100%, ce taux peut être expliqué par le fait que les femmes ont besoin de parler de ce qu'elles ont vécu.

Malgré le fait que ce soit la première fois que l'investigatrice réalisait des entretiens semi-dirigés, celle-ci a réussi à se détacher facilement de la grille d'entretien pour pouvoir dialoguer tout en posant les questions nécessaires à l'étude.

Les entretiens en face-à-face ont enfin permis d'analyser la communication non verbale des femmes et d'apporter des précisions dans les verbatims (par exemple lorsque la femme souriait).

2.2 Les limites de l'étude

Le recrutement a été plus compliqué que prévu dans la mesure où les sages-femmes de la maternité n'ont finalement pas prévenue l'investigatrice lorsqu'une accouchée possédait tous les critères d'inclusion à l'étude. Ainsi la durée de l'étude a-t-elle été plus longue que prévue, l'investigatrice ne pouvant se rendre tous les jours à la maternité. Par ailleurs, de nombreuses femmes avaient un diabète gestationnel insulino-dépendant, sur cette période-là, et il a été difficile de trouver des femmes avec un diabète gestationnel non insulino-dépendant. De plus la période de recrutement a débuté l'été, période où l'on mange beaucoup de fruits, de glaces et où l'on boit plus de sodas, d'où peut-être le recours plus fréquent à une insulinothérapie.

Certaines femmes ayant eu une découverte du diabète gestationnel en tout début de grossesse, un biais de mémorisation concernant le moment de l'annonce du diabète gestationnel est possible comparé aux femmes qui ont été diagnostiquées au 6^{ème} mois.

Certaines patientes ont eu un diabète plus important que d'autres, et ont dû faire plus attention à leur alimentation et au suivi de leur glycémie capillaire que d'autres, d'où un biais d'interprétation notable.

C'était la première fois que l'investigatrice réalisait des entretiens semi-dirigés. Il a été difficile, notamment lors des premiers entretiens, de ne pas poser des questions pouvant orienter les réponses des femmes et de laisser suffisamment de temps de silence pour laisser place à la réflexion des femmes.

Les huit personnes interrogées ne sont pas représentatives des femmes ayant eu un diabète gestationnel pour la première fois. Des études supplémentaires avec un nombre plus important de femmes seraient nécessaires pour extrapoler éventuellement ces résultats aux femmes ayant un diabète gestationnel pour la première fois. Cependant, le but de l'étude n'était pas d'obtenir des résultats représentatifs mais des témoignages révélateurs de la singularité de chaque personne.

En outre, réaliser des entretiens durant le séjour en maternité n'est pas simple dans la mesure où les soignants passent régulièrement dans les chambres des accouchées et où les mères sont souvent sollicitées par leur nouveau-né ou se reposent.

Enfin, il existe peu d'études dans la littérature concernant le vécu des femmes lors d'un diabète gestationnel. La discussion a donc pu manquer de comparaison entre nos résultats et ceux d'autres études.

3. Discussion des résultats de l'étude

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

3.1.1 Connaissances au sujet du diabète gestationnel par les femmes

Les multipares interrogées n'avaient pas entendu parler de diabète gestationnel lors des précédentes grossesses pourtant la plupart avaient sûrement déjà les facteurs de risques puisque l'IMC > 25 est le facteur de risque majoritairement retrouvé dans l'étude. La plupart des femmes avaient quelques notions antérieures au diagnostic, à propos du diabète gestationnel. Par exemple certaines femmes de l'étude avaient des connaissances via des amies ou des personnes de la famille qui avaient eu durant leur grossesse un diabète gestationnel et d'autres en avaient déjà entendu parler à travers les médias.

De par toutes ces sources d'informations, les femmes avaient parfois de brèves notions de ce qui allait se passer pour elles et leur bébé. Il se peut aussi que ces femmes aient effectué des recherches quant à la maladie et au suivi du diabète gestationnel sur internet dès lors qu'il leur a été évoqué le dépistage lors de la première consultation.

Quelques-unes n'en avaient jamais entendu parler. Cela est contradictoire avec les recommandations de la HAS qui disent que d'emblée, « toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier en période pré-conceptionnelle d'informations et de messages de prévention, et se voir proposer des interventions adaptées si besoin » et que « *Les informations, les messages de prévention et l'examen clinique devraient être adaptés en fonction de la situation* » (42). C'est pourquoi les femmes à risque de diabète gestationnel, devraient savoir dès la consultation pré-conceptionnelle, qu'elles sont à risque de développer un diabète gestationnel et ainsi recevoir dès ce moment-là des informations et messages de prévention concernant celui-ci. Il aurait été intéressant de savoir si les femmes interrogées avaient eu une consultation pré-conceptionnelle et, le cas échéant, de connaître la nature des informations et messages de prévention reçus à cette occasion à propos du risque de diabète gestationnel.

Les résultats de notre étude ont pu mettre en lumière qu'il n'y avait pas de lien entre les connaissances personnelles des femmes concernant le diabète gestationnel et leur réaction lors de l'annonce de la pathologie. On a remarqué que les participantes qui avaient entendu le récit de leur entourage sur quelques points concernant le diabète gestationnel n'avaient pas mieux vécu l'annonce du diabète gestationnel que celles qui ne savaient pas ce que c'était. En effet, bien qu'au courant de l'expérience de diabète gestationnel d'une ou plusieurs proches, elles avaient connaissances des contraintes alimentaires liées à celui-ci mais elles ne s'étaient pas projetées dans cette situation. Elles n'avaient pas perçu l'impact que cette pathologie pouvait avoir sur leur grossesse, et notamment sur leur enfant. En effet, suite à l'annonce du diagnostic, certaines femmes ont été inquiètes qu'elles aient ou non entendu parler du diabète gestationnel en amont.

Par conséquent notre étude a permis de montrer que les explications délivrées lors de l'annonce et ensuite semblaient avoir une influence sur le ressenti des femmes avec cette pathologie. Bien que les connaissances des femmes sur le sujet semblaient inégales, ces dernières ont toutes reçues, un peu après l'annonce, des informations importantes leur permettant de comprendre au mieux les enjeux de la prise en charge de la pathologie. En effet, certaines femmes disent avoir reçu des informations mais nombreuses d'entre elles disent avoir manqué de prise en charge personnalisée. Elles ont ainsi dû se débrouiller pour avoir des réponses à leur questionnement personnel.

Ce qui ressort principalement, c'est un manque d'informations concernant les aliments à index glycémique bas, certaines femmes relatent avoir dû se débrouiller seules pour savoir ce qu'elles pouvaient manger ou non. Les informations concernant l'alimentation étaient assez peu claires, elles avaient simplement pour conseils de manger équilibré : légumes, féculents, et éviter les sucres rapides. Dans notre étude, les femmes sont demandeuses d'une prise en charge plus personnalisée. Cela rejoint les recommandations de la HAS concernant l'éducation thérapeutique. En effet l'éducation thérapeutique, indispensable en cas de diabète de type 1 et 2, consiste en une démarche centrée sur le patient qui s'appuie sur une relation de partenariat et cela repose sur plusieurs axes : *« Écouter, partager des informations et des décisions, délivrer conseils et précautions à prendre, en délivrant des conseils personnalisés ainsi que s'accorder avec le patient sur les modalités de suivi et de réajustement de la stratégie thérapeutique. Puis proposer une éducation thérapeutique au patient »* (43). Dans l'éducation thérapeutique délivrée aux patientes de notre étude, il semble manquer une prise en charge personnalisée et quelques informations concernant l'alimentation. Leur pathologie est certes transitoire, mais le modèle de

l'éducation thérapeutique à destination des diabétiques chroniques mériterait sans doute d'être copiée en cas de diabète gestationnel. En outre les femmes ont reçu des informations et des conseils et un réajustement de la stratégie thérapeutique en fonction des résultats de leurs glycémies capillaires.

La variabilité de connaissances des femmes, dans notre étude, est parfois due à un manque d'apport de connaissances par les professionnels, en effet plusieurs ont reproché un manque de transmissions d'informations de la part des professionnels. Se pose aussi la question de la compréhension des informations données.

Nous avons aussi pu remarquer que les femmes ne savaient pas toujours la raison pour laquelle elles avaient un dépistage pour le diabète.

Les femmes ayant un parent atteint de diabète savaient pourquoi le dépistage du diabète gestationnel était réalisé. En revanche les femmes n'ayant pas ce facteur de risque, ne savaient jamais la raison pour laquelle on leur dépistait la présence d'un diabète gestationnel.

D'après l'article L.1111-4 du chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du Code de la Santé Publique, « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Il semble donc nécessaire que le dépistage du diabète gestationnel fasse l'objet en amont d'une information suffisante pour que la personne l'accepte et comprenne son utilité

En effet, ces femmes pensaient que le dépistage était réalisé pour toutes les femmes et ne se pensaient pas spécialement susceptibles d'avoir un diabète gestationnel. L'annonce a donc été d'autant plus brutale qu'elles ne s'étaient pas préparées à l'idée d'avoir un diabète gestationnel.

3.1.2 Période de l'annonce

Les femmes de l'étude, comme toutes les femmes dépistées pour un diabète gestationnel, n'apprennent pas toutes l'existence de la pathologie en même temps. En effet, le dépistage est débuté en début de grossesse (entre 10 et 14 SA) (10), et si celui-ci est négatif, il est reconduit en cours de grossesse au 6^{ème} mois (9). C'est pourquoi l'annonce a potentiellement lieu à la fin du premier trimestre ou entre 24 et 28 SA.

Lorsque le diagnostic tombe entre 24 et 28 SA (6^{ème} mois de grossesse), plus de la moitié de la grossesse est passée, donc une grande partie de celle-ci s'est déroulée sans diabète gestationnel. D'après l'avis des femmes de l'étude, cela semble plus facile à vivre lorsque le diabète gestationnel débute au milieu de la grossesse. Pourtant, initier un régime alimentaire au milieu de la grossesse ne doit pas être évident, les habitudes étant alors bien installées.

3.1.3 Circonstances de l'annonce

La femme est prévenue dès réception du résultat compte tenu de la nécessité d'une prise en charge rapide et du suivi de grossesse qui est mensuel. La majorité des annonces ont ainsi été faites par téléphone, à un moment où le professionnel disposait peut-être de peu de temps et où la femme n'était pas forcément disposée à écouter et comprendre ce qu'on allait lui annoncer. Notre étude confirme cela, c'est pourquoi il serait peut-être nécessaire que les professionnels de santé prennent plus de temps pour expliquer aux patientes ce que la maladie implique, idéalement lors d'une véritable téléconsultation, garantissant un minimum de temps dédié à l'annonce. Si le praticien n'est pas assez disponible au moment de l'annonce, on peut se demander si le recours à une plateforme de téléconsultations ne serait pas pertinente pour communiquer un complément d'informations sur le diabète gestationnel, sachant que les sages-femmes ont eu l'autorisation par le Ministre des Solidarités et de la Santé de réaliser des téléconsultations depuis le 19 mars 2020 (44).

Pour éviter que la femme aille ensuite s'informer sur le diabète gestationnel sur n'importe quel site internet, une telle consultation permettrait d'indiquer des sites fiables comme « Naître et Grandir » (45), qui est certifié HONcode⁴ et qui garantit ainsi une « *information de santé en ligne fiable et transparente* ».

Certaines femmes se retrouvent perdues, stressées, tristes, apeurées, suite à cette annonce qui tombe comme un couperet sans vraiment d'explications sur le moment. Il serait judicieux de convoquer les femmes peu de temps après l'annonce pour faire le point sur ce qu'elles ont compris et pour leur expliquer si besoin tout ce que le diabète gestationnel engendre. Cela semble difficile à mettre en place systématiquement car les médecins et les sages-femmes ont souvent des plannings bien remplis. Dans le cas où ce serait possible

⁴ Health on the net : certification créée pour les sites internet proposant de l'information de santé éthique, exacte et fiable.

à organiser, le bilan prénatal, s'il n'a pas déjà été fait par la sage-femme, semble être le moment idéal pour évoquer le diabète gestationnel avec les femmes (35). En effet celui-ci est réalisé dans le but de faire de la prévention, notamment sur les potentielles complications du diabète gestationnel, le rééquilibrage alimentaire, l'activité physique, etc. Il n'est pas toujours réalisé, car il n'est pas obligatoire. L'entretien prénatal précoce doit quant à lui être obligatoirement proposé (35). Si cette première séance de PNP n'a pas encore été faite, elle pourrait faire l'objet d'une mise au point sur les questions en suspens et sur les attentes ou besoins de la femme au sujet de son diabète gestationnel (35).

3.1.4 Réaction lors de l'annonce

L'annonce du diabète gestationnel est un moment important de la grossesse car il marque la fin d'une période et le début d'une autre. Il semble y avoir un lien entre la réaction des femmes et leur tempérament. Les femmes qui ont un caractère plutôt stressé, anxieux ont une réaction de tristesse, de peur. Tandis que les femmes qui sont sereines et détendues prennent l'annonce avec légèreté, font confiance au suivi médical mis en place et ne se posent pas trop de questions sur la situation. En revanche, il n'y a pas eu de réactions « démesurées » compte tenu du type de pathologie, ce qui est rassurant car il ne s'agit pas en effet d'une pathologie très grave ou incurable (46).

3.2 Modalités de prise en charge

3.2.1 Analyse du cas et du contexte

Le contexte (les facteurs de risque et le mode de vie) et le profil de la patiente sont deux facteurs majeurs qui devraient inciter les professionnels à adapter leur prise en charge. En effet, grâce aux informations recueillies dans les dossiers et aux témoignages, nous avons pu déterminer plusieurs profils qui incitaient ou non les professionnels à suivre de près le diabète gestationnel.

Tout d'abord les entretiens ont montré que toutes les femmes atteintes de diabète gestationnel ont eu le même début de prise en charge. En effet elles ont toutes été hospitalisées une demi-journée en service d'endocrinologie. Ceci a eu impact sur la suite de la grossesse des femmes car c'est à ce moment-là qu'elles ont appris à réaliser leurs glycémies capillaires sanguines et qu'elles ont été informées des aliments à privilégier dans leur alimentation et des risques pour le fœtus. Les femmes ont rencontré à cette occasion un gynécologue et un endocrinologue, mais elles parlent d'« une perte de

temps » et disent avoir « *passé leur temps à attendre les médecins* » pour que ceux-ci leurs lisent des informations qu'elles avaient déjà lu en les attendant, d'où une certaine déception pour la plupart des femmes interrogées.

En effet, toutes les femmes n'étaient pas ignorantes de ce qu'était le diabète gestationnel et de la prise en charge car elles s'étaient renseignées depuis l'annonce. Certaines avaient même déjà débuté leur prise en charge lorsqu'elles ont été à l'éducation thérapeutique (43), induisant alors un manque d'intérêt lors de leur passage au SEGA.

En outre, les propos des participantes et les résultats des études retrouvées dans la littérature (47,48) révèlent que les échanges autour du diabète gestationnel, de la nutrition, de la surveillance glycémique et les conseils délivrés par les professionnels ne sont pas toujours faits ni donnés de manière optimale puisque, dans notre étude, certaines femmes ont dû « *faire à leur sauce* » ou « *faire des recherches sur internet* ». S'assurer de la bonne compréhension des informations données demande du temps, et la coordination entre les professionnels n'est pas toujours simple. Le diabète gestationnel est une pathologie qui dure trop longtemps pour être aiguë mais qui ne dure pas assez longtemps pour être chronique. D'où peut-être une difficulté à adopter les recommandations de la HAS à propos du suivi des maladies chroniques, comme la mesure n°8 qui vise à « *Développer un accompagnement personnalisé des malades* » dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients (49).

Notre étude a montré également la nécessité d'une grande autonomie des patientes, qui doivent prendre leurs rendez-vous seules, envoyer leurs résultats de glycémies par courriel sans la garantie d'un suivi régulier avec un retour de la part du ou des destinataires. Or, un suivi médical est indispensable lorsque l'on est atteint de diabète gestationnel afin de diminuer les risques encourus pour la mère et le fœtus (22,23). Compte tenu de l'implication indispensable de la femme (surveillances glycémiques, alimentation équilibrée, activité physique), il faut s'assurer qu'elle est capable de gérer la situation. Pour faciliter le partage d'informations entre le patient et les professionnels de santé, « Mon espace santé » a été mis en place en mars 2022. Il s'agit d'un nouveau service numérique personnel et sécurisé créé par l'assurance maladie et disponible sur le site ameli.fr. Il permet aux utilisateurs de pouvoir consulter des documents et informations utiles pour leur santé, ces documents pouvant être consultés par plusieurs professionnels de santé. Ce service garantit aux usagers la protection de leurs données de santé et la préservation du secret médical (50). La capacité d'autonomie des patientes va

exercer une influence sur l'observance thérapeutique du diabète gestationnel comme c'est le cas dans notre étude. En effet le traitement étant un traitement diététique, les femmes doivent être rigoureuses et responsables pour respecter ce traitement. De plus, elles doivent réaliser leurs surveillances glycémiques seules et les transmettre à l'endocrinologue sans qu'on le leur rappelle. La prise en charge du diabète gestationnel non insulino-dépendant nécessite donc une grande autonomie et rigueur des femmes (51).

3.2.2 Vers une approche personnalisée de la prévention

Une approche holistique de chaque patiente s'avère importante afin de saisir qui est la femme, s'enquérir de ses attentes, ses peurs, ses appréhensions, d'appréhender son vécu dans le but de personnaliser la prise en charge et de prioriser les informations à lui transmettre en fonction de ses besoins et attentes. Ceci met en lumière les recommandations de la HAS précisant que la sage-femme « doit fournir des informations tenant compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme » (5). Une telle approche se retrouve dans le référentiel métier et compétences des sages-femmes où il est précisé que les sages-femmes doivent idéalement tenir compte des « capacités de la femme et de son entourage » (30).

Pour bien comprendre le contexte dans lequel vit la femme atteinte de diabète gestationnel, il conviendrait d'explorer au moins son alimentation, son mode de vie et ses connaissances concernant le diabète gestationnel.

Concernant l'alimentation, il est important de savoir ce que la femme mange (en procédant à une enquête alimentaire réalisable par la sage-femme qui est formée à cela) et de connaître son comportement vis-à-vis de l'alimentation, à la recherche de troubles du comportement alimentaire (52).

Certaines enquêtes permettent d'estimer les consommations sur des jours définis, d'autres évaluent les consommations habituelles. Au vu de nos résultats, les femmes regrettent de ne pas avoir eu une éducation thérapeutique personnalisée. La nutrition et l'équilibre alimentaire font partie de cette éducation thérapeutique mais les résultats de l'étude de P-A Soncin en 2012 ont montré que très peu de femmes enceintes ont été questionnées sur leurs habitudes alimentaires (47). Les femmes de notre étude ont fait remarquer que l'on s'intéressait peu à elles et que l'on ne prenait pas en compte leur mode de vie, leurs connaissances concernant le sujet. Elles regrettaient que les informations émises par les professionnels étaient standardisées et non personnalisées.

En effet les questions concernant l'alimentation des femmes nécessitent du temps car il faut comprendre la personne dans sa globalité soit : l'alimentation, le mode de vie, le contexte familial et culturel, le statut économique, l'état psychologique de la femme, etc. Concernant la médecine générale, « *le savoir-faire et l'efficacité dans une consultation ne sont que très partiellement liés à la durée réelle de cette consultation* » (53). Il nous semble au contraire qu'une consultation prénatale basée sur une approche holistique nécessite vraiment du temps.

Depuis le 5 mars 2022, soit après la réalisation des entretiens, les sages-femmes peuvent prescrire les « *dispositifs d'auto-surveillance de la glycémie : lecteur de glycémie, bandelettes d'auto-contrôle de la glycémie, autopiqueur, lancette* » (54). Il est certain que cela facilitera le début de la prise en charge du diabète gestationnel lorsque la grossesse est suivie par une sage-femme, en attendant d'avoir rendez-vous avec l'endocrinologue. En effet, cela permettra d'éviter les retards de prise en charge, comme ce fut le cas pour certaines patientes de l'étude.

3.2.3 Une collaboration étroite pour un sujet large

Les résultats de notre étude ont montré que l'ensemble des sages-femmes orientaient leur patiente vers un spécialiste (ici, en service d'endocrinologie), ce qui est effectivement préconisé (37). Une étude de 2008 portant sur le rôle des sages-femmes dans l'information, l'éducation et la prévention nutritionnelle pendant la grossesse, estimait que seulement 53,8% des sages-femmes interrogées orientaient les femmes vers des spécialistes quand celles-ci requièrent un suivi spécialisé (55).

En ce qui concerne le diabète gestationnel, de nombreux établissements possèdent un protocole pour la prise en charge des patientes diabétiques, comme ce fut le cas dans notre étude (56). Dans notre étude, le suivi au SEGA est fait par l'endocrinologue et/ou le diététicien et/ou le gynécologue. De plus, on remarque que les femmes en début de grossesse, avant le diagnostic de diabète gestationnel, se font également suivre par leur médecin généraliste.

Ne serait-il pas plus bénéfique pour les patientes de recevoir des conseils (lors du bilan prénatal ou l'EPP) par la sage-femme qui les suit et qui les connaît ?

En effet, de nombreuses femmes nous ont confié que les informations leur étaient répétées plusieurs fois, tout au long de leur grossesse par différents professionnels de santé, et que cela était rébarbatif et long. Les recommandations de la HAS expliquent qu'il est

préférable de restreindre le nombre d'intervenants au cours de la grossesse et que la « *délivrance des soins [doit être faite] par la même équipe restreinte de professionnels de santé tout au long de la grossesse* » (5), qui aurait une meilleure connaissance de la femme, de son mode de vie, de ses attentes, de sa situation médicale et psychologique.

En accord avec cela, la majorité des participantes affirment ne pas avoir eu de suivi personnalisé à leur diabète gestationnel. De plus, la sage-femme a un certain nombre de connaissances concernant le diabète gestationnel et est amenée à voir la femme au moins une fois par mois dans le cadre du suivi obligatoire de la grossesse (d'après l'article L.2122-1 du Code de la Santé Publique) (29). Tout au long de la grossesse, le suivi peut contenir : l'entretien prénatal (obligatoire)(31), les consultations prénatales (obligatoires) (29), la PNP (non obligatoire) qui sont autant de temps où des informations peuvent être transmises aux femmes. C'est pourquoi la sage-femme est au cœur du suivi des femmes enceintes et peut être amenée à faire le lien avec les autres professionnels qui interviennent au cours de ce suivi (diététicien, psychologue). En revanche, ce rôle de coordination de suivi est censé être endossé par le médecin généraliste comme l'atteste l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique : « *La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité : d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » (29).

Mais nous avons pu remarquer au cours de notre étude que le lien entre les professionnels est souvent la patiente elle-même et que la communication entre les professionnels eux-mêmes est souvent absente. Est-ce par manque de connaissances des compétences de l'autre ou par manque de temps ou d'intérêt ? On peut se demander également si la coordination est clairement prévue dans le protocole, si la période de Covid 19 n'a pas perturbé l'organisation idéale, si la communication par mail n'a pas entretenu la communication qu'entre l'endocrinologue et la patiente.

Pour que la prise en charge des femmes atteintes de diabète gestationnel soit efficace, un travail pluridisciplinaire semble nécessaire pour que tous les axes soient abordés et traités : alimentaire, surveillance glycémique, aspect psychologique, bien-être social (22,23), mais on voit que cela ne suffit pas, il faut qu'ils communiquent entre eux au sujet de la personne.

3.2.4 *Suivi du diabète gestationnel et vécu des femmes*

Notre étude a démontré que le suivi du diabète gestationnel était apprécié pour la majorité des femmes, et certaines ont apprécié la clarté des informations données. Mais certaines trouvent qu'elles ont manqué d'informations notamment au niveau de l'alimentation à adopter, elles auraient souhaité avoir un prospectus récapitulatif comme par exemple celui proposé par Diabète programme cantonal (57). Il faut toutefois être vigilant car on peut en trouver sur internet mais sur des sites non certifiés HONcode (cf page 48). Il est ressorti également pour certaines l'impression d'un manque de suivi de leur diabète gestationnel. Les femmes qui connaissaient des personnes qui avaient été suivies pour un diabète gestationnel étaient plus à même de voir si leur suivi avait été à la hauteur de ce qui peut être fait. La crise sanitaire due à la pandémie de covid 19 explique peut-être certains dysfonctionnements du suivi.

3.3 Ressenti des femmes

3.3.1 *Alimentation et surveillance glycémique*

D'après notre étude, le changement de régime alimentaire semble être quelque chose de difficile pour les femmes, le terme de « *frustration* » a d'ailleurs souvent été employé. Il ressort que le soutien de l'entourage, autour de l'alimentation et de la surveillance glycémique, avait un impact positif sur le vécu de la grossesse. C'était donc moins difficile pour elles de suivre le « *régime* » alimentaire requis avec un diabète gestationnel lorsque leur famille, notamment conjoint et enfants, suivait le même qu'elles.

La présence du conjoint lors de la consultation où est transmis un message de prévention et la conduite à tenir ainsi que les risques pour le fœtus aurait l'avantage de l'impliquer encore plus dans l'accompagnement de cette pathologie de la grossesse. En effet, la présence du conjoint est possible voire encouragée lors du bilan-prénatal, de l'entretien prénatal précoce, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, de l'entretien post-natal (article 7.5 du CSP) (58), ou encore des consultations mensuelles de grossesse (59).

La majorité des femmes s'accordaient quelques petits plaisirs alimentaires, une à deux fois par semaine, ce qui leur permettait d'accepter plus facilement le régime imposé par leur diabète gestationnel. Ceci leur avait d'ailleurs été recommandé par le professionnel en charge du suivi de leur diabète, certainement car un régime strict est très difficile à respecter, et peut même braquer la femme sur la prise en charge de son diabète gestationnel. Alors qu'une « petite entorse alimentaire » de temps en temps peut lui

permettre de se motiver à avoir des résultats glycémiques corrects et donc de mieux respecter le régime alimentaire et ne pas l'arrêter.

Ce qu'il ressort, c'est qu'au niveau social, cette pathologie est difficile à gérer. En effet, certaines se privaient parfois de sortir ou emmenaient leur propre nourriture chez des amis ou la famille par peur de déranger. Le diabète gestationnel a donc un réel impact sur la vie sociale des patientes. Il serait intéressant de s'intéresser aux femmes qui vivent une grossesse avec un diabète de type 1 ou de type 2 pour déterminer si leur diabète a également un impact sur leur vie sociale.

Concernant l'appareil de surveillance glycémique, nous avons eu un retour mitigé au cours de cette étude. Il est vrai que l'appareil de surveillance glycémique n'a pas été une contrainte pour certaines femmes car son petit format était adapté pour le sac à main, ce qui permettait de l'emporter de partout. En revanche pour d'autres, il n'était pas toujours facile de penser à prendre son glucomètre ou même de se piquer, notamment en-dehors de la maison. L'enquêtrice a pu remarquer que les femmes très organisées, méticuleuses et qui vivaient plutôt bien leur pathologie étaient celles qui ne trouvaient pas d'inconvénient à l'appareil de surveillance et trouvaient cela pratique. En revanche les femmes moins organisées et qui en avaient un peu assez de leur diabète gestationnel avaient plus facilement tendance à oublier leur glucomètre ou leur surveillance. Pour ces dernières, une application sur leur téléphone, telle que « Ma Glycémie-Diabète gestationnel », leur serait utile pour leur signaler la nécessité de prendre leur appareil de surveillance ou de contrôler leur glycémie capillaire, à l'instar des applications qui indiquent quand débiter la prise d'un contraceptif oral ou quand prendre le comprimé à l'heure habituelle.

3.3.2 Activité physique

Selon le Programme National de Nutrition Santé (PNNS), l'activité physique est nécessaire pour tous, avec « *au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour* » et il convient d'éviter le sédentarité (60).

Lors de cette étude, nous avons pu remarquer que la nécessité de l'activité physique ne semblait pas être évoquée par les professionnels de santé dans le suivi du diabète gestationnel. En effet, l'ensemble des femmes de l'étude n'avaient pas eu d'informations à ce sujet. Très peu d'entre elles avaient une activité physique régulière avant la grossesse et donc n'en avait pas pendant la grossesse non plus. L'activité physique fait pourtant

partie du traitement hygiéno-diététique du diabète gestationnel et est importante à encourager car l'exercice physique est un bon outil pour contrôler la glycémie (28).

Il pourrait être intéressant de suggérer aux femmes, lors de la matinée au SEGA ou de tout autre rendez-vous médical, de réaliser, chez elles, le test de niveau d'activité physique et de sédentarité proposé par le PNNS sur le site « Manger, Bouger » (60).

3.3.3 *Les points positifs*

Bien que ce soit contraignant et difficile d'accepter d'avoir du diabète gestationnel pour certaines, de nombreuses femmes interrogées ont apprécié de ne pas avoir d'insuline et s'estiment heureuses d'avoir eu simplement à équilibrer leur alimentation. D'ailleurs, l'alimentation qu'elles ont adoptée est bien en accord avec le PNNS (60). Ne serait-il pas intéressant de proposer aux femmes de se référer à ce programme pour en connaître davantage sur comment bien s'alimenter, en ciblant sur les articles de la rubrique « *Les recommandations et conseils avant, pendant et après la grossesse* » ?

Les femmes de l'étude sont assez satisfaites d'avoir perdu du poids ou de ne pas avoir pris de poids voire très peu grâce au rééquilibrage alimentaire. En effet, elles ont diminué de façon importante les sucres rapides par exemple, cette recommandation faisant également partie des nombreuses faites par le PNNS (60).

Et enfin grâce à l'équilibrage de leur alimentation, cela a finalement suffi pour stabiliser leur diabète et elles n'ont pas eu besoin d'insuline, elles étaient donc ravies. Ces femmes n'ont eu besoin que d'un traitement diététique (25).

4. Projet d'action

Plusieurs axes d'amélioration sont mis en évidence conciliant les besoins et les attentes des femmes en termes d'informations générales, médicales et alimentaires concernant le diabète gestationnel :

4.1 Prévoir une consultation dédiée

Les femmes de la maternité où l'enquête a été réalisée sont convoquées individuellement et passent une demi-journée dans le service d'endocrinologie. Cela serait intéressant qu'elles soient convoquées à plusieurs (entre quatre et six femmes) et qu'un groupe de paroles, animé par une sage-femme et une patiente experte (une femme ayant eu un diabète gestationnel par exemple) (61), leur permette d'échanger, de partager leurs points de vue sur la situation et d'avoir des réponses à leurs questions. Il serait intéressant de le

prévoir sur une durée plus courte, d'environ deux heures car une demi-journée semble trop longue pour les femmes ou bien d'ajouter du support (comme : diffuser de courtes vidéos etc.) pour qu'elles ne trouvent pas ce temps « *long* » et/ou « *inutile* ».

L'intérêt de ce temps dédié serait de compléter ce qui est déjà fait au SEGA soit : d'informer les patientes sur la physiopathologie du diabète gestationnel, des risques encourus pour elles et l'enfant qu'elles portent, et du risque du diabète de type 2 pour elles à long terme, d'apprendre aux patientes à gérer leur alimentation, de revoir les modalités de surveillance de la glycémie capillaire et les objectifs, d'informer sur les possibilités et les modalités de l'insulinothérapie si nécessaire. En complétant avec la promotion de l'activité physique, de réexpliquer la nécessité du suivi ultérieur et d'ajouter un échange entre femmes ayant la même pathologie. Ce temps d'échange serait dédié à la prévention hygiéno-diététique en début de suivi, avec par exemple le matin à huit heures l'explication pour réaliser une glycémie capillaire, puis ensuite la prise du petit déjeuner toutes ensemble en poursuivant avec un temps dédié aux questions en suspens. Et, à la fin des deux heures, laisser les femmes réaliser leur glycémie capillaire. Et pourquoi pas terminer par un temps d'activité physique douce adapté à la femme enceinte (marche si le temps le permet ou gymnastique douce/pilates/yoga, etc.) ?

4.2 Prévoir un prospectus informatif

Il semblerait nécessaire voire indispensable de garder une trace des informations indispensables sur une fiche récapitulative, car il est impossible de tout retenir, beaucoup d'informations leurs étant données en même temps. En effet, ce prospectus serait comme un guide et contiendrait : les indices glycémiques des aliments courants, avec ce qu'il est préférable de manger, et le taux de glycémie capillaire toléré selon les moments de la journée. Il pourrait également contenir des propositions d'activités physiques compatibles avec la grossesse (sous réserve de l'accord du professionnel de santé qui les suit).

4.3 Améliorer le suivi et la prise en charge des diabètes gestationnels non insulino-dépendants

Il semblerait important que les femmes aient un suivi en face à face avec l'endocrinologue pour la surveillance de leur glycémie capillaire, notamment quand le suivi numérique ne semble pas convenir. Il serait bien d'adapter au cas par cas, cela permettrait d'éviter que certaines se sentent délaissées, sans réponse, et parfois arrêtent donc de surveiller leur diabète par manque d'intérêt des professionnels face à leur pathologie.

Conclusion

La prévention de l'obésité et de l'éducation alimentaire et nutritionnelle constitue des enjeux majeurs de santé publique. Cela repose sur l'implication de professionnels de santé pluridisciplinaire, vis-à-vis de toute la population. Une population est particulièrement ciblée par ces enjeux, à savoir les femmes enceintes. Celles-ci sont en effet exposées, entre autres, à un risque de diabète gestationnel, notamment en cas de surpoids.

Comme le précise le code de la santé publique (62), la sage-femme doit participer à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile, comprenant notamment des mesures de préventions, médicales, sociales, psychologiques, éducatives pour la santé. Le suivi des femmes enceintes atteintes de diabète gestationnel est l'occasion pour la sage-femme de mettre en œuvre ses compétences en tant qu'actrice de prévention.

Suite à notre étude, qui reposait sur des entretiens individuels auprès de huit femmes en post-partum ayant eu pour la première fois un diabète gestationnel non insulino-dépendant, il apparaît que le vécu de la grossesse est impacté par le traitement hygiéno-diététique mis en place. Ce qui a le plus perturbé les femmes, c'est la modification de l'alimentation, avec notamment des frustrations liées aux restrictions concernant les apports en sucres rapides.

Elles ont reconnu l'impact du diabète gestationnel sur la vie familiale et sociale, avec le bouleversement des habitudes alimentaires qui parfois contraint l'entourage au même régime alimentaire que la femme enceinte. Cela est alors vu comme une forme de soutien très appréciable pour les futures mères qui ne sentent plus seules à subir les contraintes alimentaires.

De nombreuses femmes sont arrivées à relativiser sur le fait que le traitement était simplement hygiéno-diététique et non médicamenteux. Certaines ont même trouvé du positif à la situation car cela leur a permis de prendre peu de poids au cours de la grossesse, et certaines veulent même poursuivre l'hygiène de vie plus saine qu'elles ont adopté le temps du diabète gestationnel.

La surveillance glycémique capillaire a aussi été pour beaucoup une contrainte, heureusement transitoire car limitée souvent au dernier trimestre de la grossesse. Aucune ne s'est plaint d'un renforcement de l'activité physique car ce point, qui contribue pourtant à l'équilibre glycémique, n'a pas été suggéré par les professionnels responsables de la prise en charge.

Les participantes de l'étude ont pour la plupart exprimé avoir reçu des informations « standards ». Ainsi, il semble indispensable de mettre en place un temps de prévention adapté aux interrogations des femmes touchées par cette pathologie, avec des informations davantage ciblées sur leurs attentes. Les femmes de l'étude semblent demandeuses d'un suivi plus personnalisé. Il semble en effet important que le suivi tienne compte des divers aspects de la femme (état émotionnel, psychologique, vie sociale, mode de vie...). Un tel suivi personnalisé pourrait être mis en place dès l'entretien prénatal précoce par la sage-femme, particulièrement à même d'établir une approche holistique propice à la bonne compréhension de la personne, dans sa globalité. Un tel suivi permettrait de prévenir les habitudes ou les comportements alimentaires inadaptés, d'apporter des informations pertinentes et utiles sur le diabète gestationnel et de connaître parfaitement la patiente pour l'accompagner au mieux.

Les femmes interrogées ont évoqué l'envie qu'il leur soit délivré, dès le dépistage du diabète gestationnel, un prospectus regroupant l'ensemble des éléments importants, en rapport avec cette pathologie, pour qu'elles puissent s'y référer tout au long de la grossesse lorsqu'elles en ont besoin, ceci semble intéressant et faisable au sein de la maternité où l'étude a été réalisée.

Pour compléter cette étude, il pourrait être intéressant de s'intéresser aux femmes qui ont vécu une grossesse avec un diabète gestationnel insulino-dépendant et de comparer leur vécu à celui des femmes avec un diabète gestationnel non insulino-dépendant. Cela nous permettrait de voir si les femmes font autant attention à leur alimentation lorsqu'elles ont de l'insuline, de comprendre comment elles vivent cette situation et comment cette pathologie impacte leur mode de vie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Diabète [Internet]. who.int.2021 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/fr/
2. Centre de Gynécologie-Obstétrique, échographie, chirurgie gynécologique et mammaire. Les « petits maux » de la grossesse [Internet]. centre-gynecologie-obstetrique.com. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.centre-gynecologie-obstetrique.com/fr/obstetrique/les-petits-maux-de-la-grossesse>
3. Tran C, Boulvain M. Prise en charge du diabète gestationnel : nouvelles connaissances et perspectives futures. Rev Med Suisse [Internet]. 2011 [cité 27 mai 2021];(298):1-4. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-298/prise-en-charge-du-diabete-gestationnel-nouvelles-connaissances-et-perspectives-futures>
4. Vambergue A, Barnas A, Langlois C, Deruelle P. Le métabolisme des lipides au cours de la grossesse diabétique. La lettre du gynécologue. 2014; (393):18-24.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? : recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. has-santé.fr. 2005 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
6. Équipe Naître et grandir. La prise de poids durant la grossesse [Internet]. Naître et Grandir. 2019 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/prise-de-poids-durant-grossesse/>
7. Bayle B. Négations de grossesse et gestation psychique. In: Psychologie, grossesse et naissance [Internet]. Toulouse: Edition Universitaires du Sud; 2008 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <http://benoit.bayle1.free.fr/denigrossesse.pdf>
8. Proeres M. La grossesse psychique [Internet]. Institut de la Parentalité. 2019 [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <http://institut-parentalite.fr/la-grossesse-psychique/>
9. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique du diabète gestationnel [Internet]. CNGOF. 2010 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC_DIABETE_2010.pdf
10. Coustan DR. Gestational diabetes mellitus. Clin Chem. 2013;59(9):1310-21.
11. HAS. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 3 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf
12. Santé Publique France. Diabète et grossesse [Internet]. Santé Publique France. 2019 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/diabete-et-grossesse>
13. Fougere E. Le Diabète gestationnel. Actual Pharm. 2019;(586):57-9.

14. Fédération Française des Diabétiques. Dépression et troubles psychologiques [Internet]. Fédération Française des Diabétiques. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/risques/depression-diabete>
15. Kerlan V. Diabète et grossesse [Internet]. sfendocrino.org. 2011 [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/nouvelles-recommandations-pour-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel/>
16. Oury JF. Malformations et morts fœtales in utero chez les patientes diabétiques. La lettre du gynécologue. 2009;(341-342):23-4.
17. Ridha F, Houssem R, Latifa M, Ines M, Sabra H. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale: étude comparative a propos de 820 cas. Pan Afr Med J [Internet]. 2017 [cité 19 avr 2021];28:1-10. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2017.28.126.8508>
18. Horsch A, Gross J, Jornayvaz, Lanzi, Puder JJ. Diabète gestationnel – quelles sont les approches non médicales ? Rev Med Suisse. 2016;12:1089-91.
19. Leroux L. Le diabète gestationnel : un risque de surpoids pour la descendance [Internet]. Fédération Française des Diabétiques. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/recherche-innovations-diabete/actualites/le-diabete-gestationnel-un-risque-de-surpoids-pour-la-descendance>
20. Kerlan V. Nouvelles recommandations pour le diagnostic du diabète gestationnel [Internet]. Le site de l'Endocrinologie, Diabétologie et des Maladies Métaboliques. 2011 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/342/nouvelles-recommandations-pour-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel>
21. Froger J, Prieur C, Rimbert D, Thibault N. Comprendre le diabète gestationnel. Actual Pharm. 2012;51(516): 10-14.
22. Société Française d'Endocrinologie (SFE). Dépister et prendre en charge le diabète gestationnel [Internet]. sfendocrino.org. 2015 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <http://sfendocrino.org/article/689/item-ue8-ot-252-depister-et-prendre-en-charge-le-diabete-gestationnel>
23. Karasoglu M. La prise en charge globale, notion fédératrice du projet de soins : quelle stratégie pour le directeur des soins ? [Internet]. [Mémoire : Santé Publique]. [Rennes]: Ecole Nationale de Santé Publique; 2002. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/ig/karasoglu.pdf>
24. HAS. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
25. Guilbert JB, Braig S, Favre S, Delavie N. Diabete gestationnel [Internet]. Réseau Périnatal de Savoie. 2011 [cité 28 avr 2021] . Disponible sur: https://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/Diabete_gestationnel_V4_Avril-2011.pdf

26. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2477-86.
27. Padayachee C, Coombes JS. Exercise guidelines for gestational diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 2015;6(8):1033-44.
28. Ruchat S-M, Mottola MF. The important role of physical activity in the prevention and management of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res Rev*. 2013;29(5):334-46.
29. Articles R2122-1 à R2122-3. Code de la santé publique (2021)
30. Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2010 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
31. Article R2122-1. Code de la commande publique (2021)
32. CNOSF. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2012 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-25-decembre-2020.pdf>
33. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Santé Publique France (SPF). Le guide nutrition de la grossesse [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/le-guide-nutrition-de-la-grossesse>
34. Vidal. Comment représente-t-on l'équilibre alimentaire ? [Internet]. [vidal.fr](http://www.vidal.fr). 2019 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/equilibre-alimentaire-adulte/equilibrer-alimentation/representation.html>
35. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2005 [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf
36. HAS. Diabète de type 2 de l'adulte [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-04/guide_pds_diabete_t_3_web.pdf
37. HAS. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf
38. Lavalou B. Études qualitatives par entretiens individuels : construire un échantillon [Internet]. 1min30. 2017 [cité 22 janv 2022]. Disponible sur:

<https://www.1min30.com/inbound-marketing/etudes-qualitatives-par-entretiens-individuels-construire-un-echantillon-124577>

39. Maubisson L, Abaidi I. E-terview & interview : Etude comparative de méthodes de recueil de données. *Management & Avenir* [Internet]. 2011 [cité 22 janv 2022];44(4):165-86. Disponible sur: <https://dx.doi.org/10.3917/mav.044.0165>
40. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale* [Internet]. 2002 [cité 22 janv 2022];3(2):81-90. Disponible sur: <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2002018>
41. Andreani J, Conchon F. Méthode d'analyse et d'interprétations des études qualitatives : état de l'art en marketing [Internet]. 2021 [cité 22 janv 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/2111031-Methodes-d-analyse-et-d-interpretation-des-etudes-qualitatives-etat-de-l-art-en-marketing.html>
42. HAS. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. *has-sante.fr*. 2009 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf
43. HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. *has-sante.fr*. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
44. CNGOF. Les sages-femmes peuvent réaliser des actes de téléconsultation [Internet]. *ordre-sages-femmes.fr*. 2020 [cité 26 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/les-sages-femmes-peuvent-realiser-des-actes-de-teleconsultation/>
45. Equipe Naître et Grandir. Le diabète de grossesse [Internet]. Naître et Grandir. 2018 [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre2/diabete-grossesse/>
46. Brocq H, Soriani MH, Desnuelle C. Réactions psychologiques à l'annonce d'un diagnostic de maladie grave: spécificités de la SLA. *Rev Neurol* [Internet]. 2006 [cité 26 mars 2022];162:104-7. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0035-3787\(06\)75171-2](https://doi.org/10.1016/S0035-3787(06)75171-2)
47. Soncin P-A. Alimentation et grossesse ...: nourrir de dires pour dire de se nourrir. [Mémoire : Sages-Femmes]. [Nancy]: Université Henri Poincaré; 2012.
48. Fink S. État des lieux des pratiques professionnelles concernant la prévention de la prise de poids excessive pendant la grossesse. [Internet]. [Mémoire : Sages-Femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2013 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00906140>

49. HAS. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. has-sante.fr. 2007 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_maladies_chroniques_2007-2011.pdf
50. Assurance Maladie. Mon espace santé, un nouveau service numérique personnel et sécurisé [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-loire/assure/sante/mon-espace-sante>
51. Centre européen d'étude du Diabète (CEED). L'observance : enjeux, limites et solutions [Internet]. CEED. 2014 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <http://ceed-diabete.org/blog/observance-enjeux-limites-et-solutions/>
52. Diabète Québec. Les troubles du comportement alimentaire chez la personne diabétique [Internet]. diabete.qc.ca. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/psychologie/depression-et-troubles-anxieux/les-troubles-du-comportement-alimentaire-chez-la-personne-diabetique/>
53. Amalberti R. La durée de consultation en médecine générale - de 48 secondes au Bangladesh à 22 minutes en Suède : où est le juste milieu ? [Internet]. prevention-medicale.org.2017 [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/medecin/duree-consultation-medecine-generale>
54. Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire. JORF n°0055 (2022)
55. Felix M. Grossesse, moment privilégié d'information, d'éducation et de prévention nutritionnelles : rôle de la sage-femme. [Internet]. [Mémoire : Sages-Femmes]. [Rouen]: Ecole de Sages-Femmes; 2008 [cité 10 mars 2022];105. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00666206>
56. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. has-sante.fr. 2016 [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
57. Andrey M, Rousset C, Progrin Batalla S. Alimentation et diabète [Internet]. Diabète Programme Cantonal. 2015 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: https://www.diabetevald.ch/wp-content/uploads/2017/11/S2.1_alimentation_soignants.pdf
58. Avis du 19 mars 2022 relatif à l'avenant n° 5 à la convention nationale des sages-femmes signée le 11 octobre 2007. JORF n°0066 (2022)
59. Communauté Professionnel Territorial de Santé de Metz et environs (CPTS). Entretien Prénatal Précoce [Internet]. cpts-metz.fr. 2020 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cpts-metz.fr/wp-content/uploads/2020/10/pw-EPP.pdf>
60. MangerBouger. Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentativité ? [Internet]. mangerbouger.fr. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS>

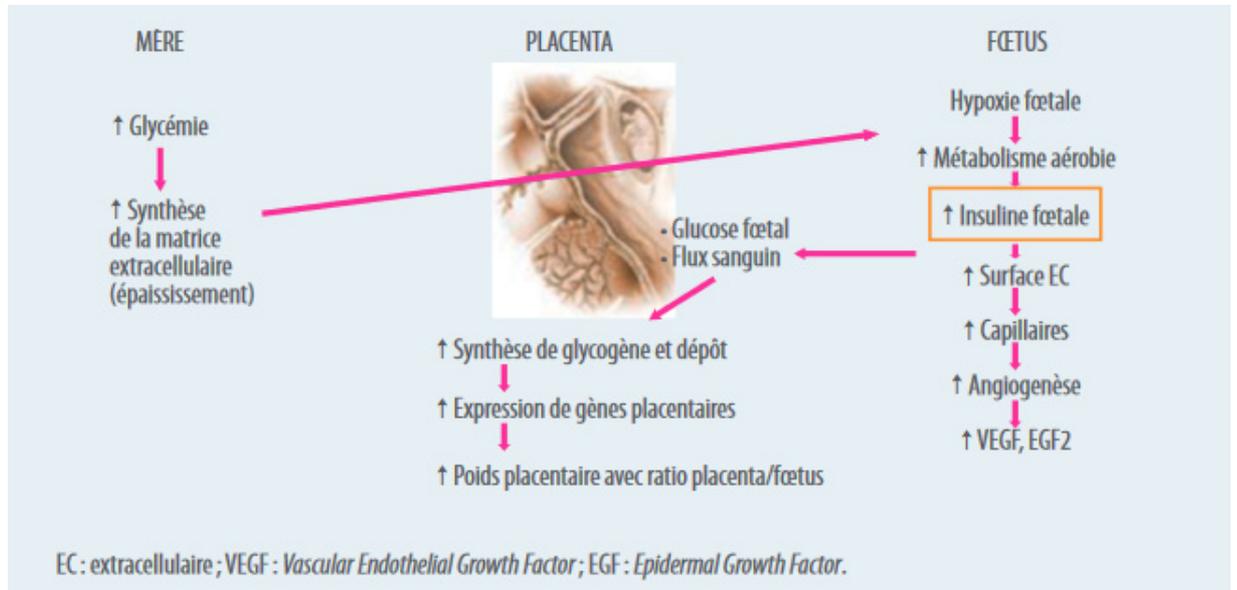
61. Defazio J. Les Patients Experts [Internet]. Les Patients Experts. 2020 [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.lespatientsexperts.fr/>
62. Article L2122-1. Code de la santé publique (2020)
63. ProTrainer. Comment calculer son Indice de Masse Corporelle et l'interpréter ? [Internet]. ProTrainer. 2014 [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <https://protrainer.fr/blog/imc/>
64. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. has-sante. fr. 2013 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
65. Doray C. Le régime diabète gestationnel : idées menus [Internet]. passeportsante.net. 2017 [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/famille/grossesse?doc=regime-diabete-gestationnel>

ANNEXES

- **Annexe I** : Schéma représentant le rôle de l'hyperglycémie dans la croissance du fœtus et du placenta
- **Annexe II** : Formule de calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporel) et représentation schématique de la classification du statut pondéral en fonction de l'IMC
- **Annexe III** : Grade de recommandations basé sur le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
- **Annexe IV** : Guide alimentaire du PNNS
- **Annexe V** : Pyramide et bateau alimentaires
- **Annexe VI** : Valeurs de références glycémiques au cours d'une grossesse
- **Annexe VII** : Exemple de plan alimentaire à suivre lors d'une grossesse avec un diabète gestationnel
- **Annexe VIII** : Grille d'entretien de l'étude
- **Annexe IX** : Lettre d'information distribuée aux participantes de l'étude
- **Annexe X** : Tableau présentant les caractéristiques des participantes de l'étude

Annexe I :

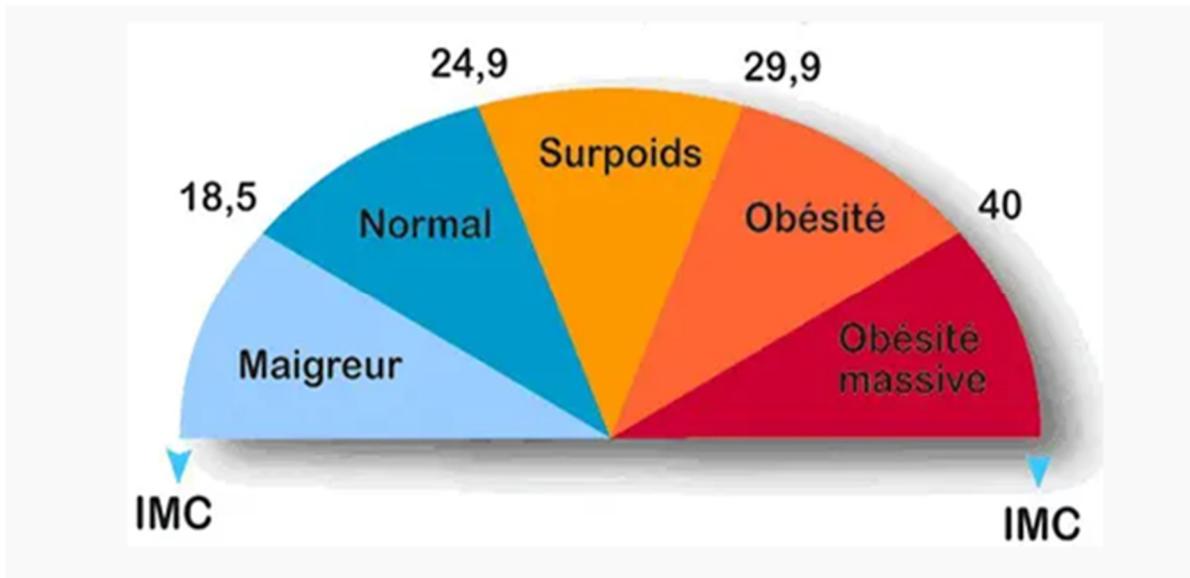
Schéma représentant le rôle de l'hyperglycémie dans la croissance du fœtus et du placenta (4)



Annexe II :

Formule de calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporel) et représentation schématique de la classification du statut pondéral en fonction de l'IMC (63)

$$\text{IMC} = \text{POIDS} \div \text{TAILLE}^2$$



Annexe III :

Grade de recommandations basé sur le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (64)

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Cette **gradation des recommandations** fondée sur le **niveau de preuve scientifique de la littérature** venant à l'appui de ces recommandations **ne présume pas obligatoirement du degré de force de ces recommandations**. En effet, **il peut exister des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts néanmoins fortes malgré l'absence d'un appui scientifique**. Les raisons de cette absence de données scientifiques peuvent être multiples (historique, éthique, technique). Ainsi, ce n'est que récemment que des essais thérapeutiques comparatifs ont apporté la preuve scientifique de l'intérêt des digitaliques dans l'insuffisance cardiaque gauche. Avant ces données scientifiques, les recommandations d'utilisation des digitaliques dans l'insuffisance cardiaque gauche étaient néanmoins des recommandations fortes. Il est donc utile de préciser la relation à laquelle on doit s'attendre entre **gradation et hiérarchisation des recommandations**.

L'appréciation de la **force des recommandations** repose donc sur :

- le niveau d'évidence scientifique ;
- l'interprétation des experts.

Annexe IV :
Guide alimentaire du PNNS (33)

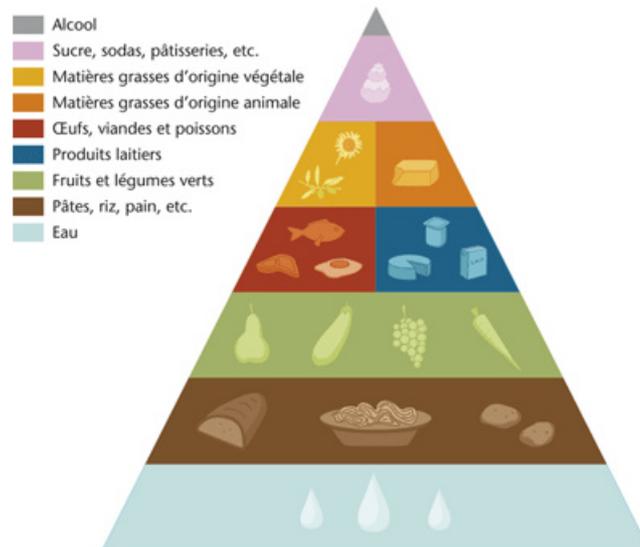
Guide alimentaire destiné aux femmes enceintes :



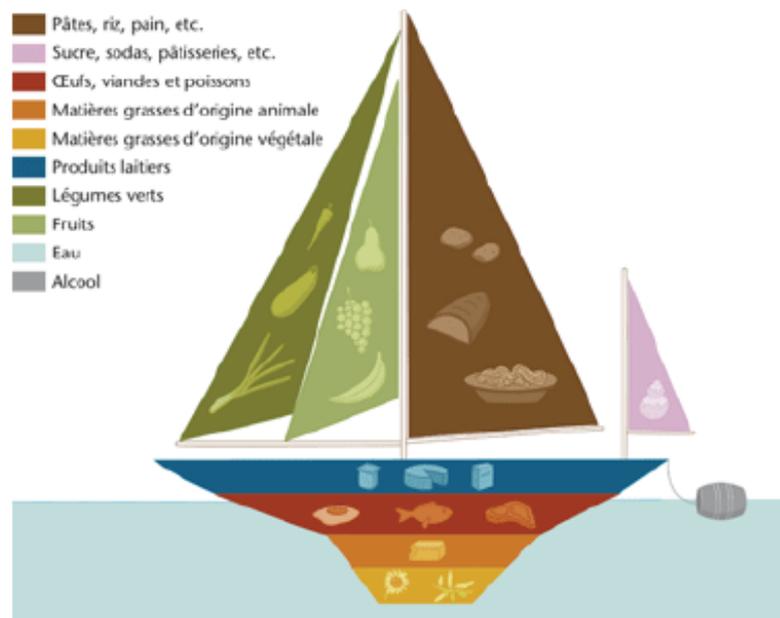
Annexe V :

Pyramide et bateau alimentaires (34)

○ Pyramide alimentaire :



○ Bateau alimentaire :



Annexe VI :

Valeurs de références glycémiques au cours d'une grossesse (9)

Valeurs de référence au cours d'une grossesse	En g/L	En mmol/L
GAJ	< 0,92	< 5,06
HGPO	H0 : < 0,92	< 5,06
	H1 : < 1,80	< 9,9
	H2 : < 1,53	< 8,415

Légende du tableau : GAJ = Glycémie à jeun ; HGPO = Hyperglycémie provoquée par voie orale ; g/L = Gramme par Litre ; mmol/L = Millimole par Litre

Annexe VII :

Exemple de plan alimentaire à suivre lors d'une grossesse avec un diabète gestationnel (65)

- **Petit-déjeuner**

- Boisson chaude : infusion, café ou thé (éventuellement décaféiné ou déthéiné)
- 60 g de pain à IG bas ou moyen* ou 40 g de flocons d'avoine
- 10 g de beurre
- Facultatif : 2 c. à c. de confiture sans sucres ajoutés
- 1 laitage : lait, yaourt, fromage blanc, faisselle, petits-suisses
- 1 fruit à IG bas**

- **Collation** (facultative) :

- 1 fruit à IG bas**
- 10-15 amandes

- **Déjeuner :**

- Entrée de crudités
- Vinaigrette (citron ou vinaigre, sel, poivre, 1 c. à s. d'un mélange huile d'olive et huile riche en Oméga-3 (périlla, cameline, nigelle, chanvre, noix, colza, soja), facultatif : moutarde)
- Protéines : viande, poisson ou oeufs (2)
- Légumes cuits à volonté
- Féculents à IG bas ou moyen (100 à 150 g pois cuits) ***
- 1 laitage : lait, yaourt, fromage blanc, faisselle, petits-suisses

- **Collation** (facultative) :

- 1 fruit à IG bas**
- 10-15 amandes

- **Dîner**

- Entrée de crudités

- Vinaigrette (citron ou vinaigre, sel, poivre, 1 c. à s. d'un mélange huile d'olive et huile riche en Oméga-3 (périlla, cameline, nigelle, chanvre, noix, colza, soja), facultatif : moutarde)
- Protéines : viande, poisson ou oeufs (2)
- Légumes cuits à volonté
- Pain à IG bas ou moyen* (quantité à adapter selon votre appétit)
- 1 laitage : lait, yaourt, fromage blanc, faisselle, petits-suisses

Fromage : ajouter 2 fois par semaine, en moyenne, une portion de fromage (30 g) au lait pasteurisé

* Pain à IG bas ou moyen : pain intégral, pain noir Allemand Pumpernickel, pain au son, Wasas Fibres

** Fruits à IG bas : abricot, amande, banane encore jaune (sans tâche sur la peau), cassis, cerise, clémentine, fraise, framboise, fruits de la passion, grenade, groseille, mandarine, mûre, myrtille, nectarine, noisette, noix, orange, pamplemousse, pêche, poire, pomme, prune, rhubarbe

*** Féculents à IG bas ou moyen : quinoa, lentilles, pois chiches, pois cassés, haricots blancs, haricots rouges, riz basmati, spaghetti cuits al'dente, pâtes complètes ou intégrales.

Annexe VIII :

Grille d'entretien de l'étude

Quand avez-vous su que vous aviez un diabète gestationnel ?

Qui vous l'a appris ?

Comment avez-vous réagi à cette annonce ?

Aviez-vous déjà entendu parler du diabète gestationnel avant votre grossesse ?

Vers qui avez-vous été orientée en premier pour le suivi de votre diabète ?

Qu'est-ce qui a alors été mis en place pour équilibrer votre diabète ?

- Concernant le régime alimentaire
 - Changement par rapport aux habitudes ?
 - Vécu
- Concernant les surveillances glycémiques capillaires
 - Pas évident de s'y tenir. Vous arriviez à les faire régulièrement ?
 - Vécu
- Concernant l'activité physique
 - Changement par rapport aux habitudes ?
 - Vécu

Votre diabète a-t-il été facilement équilibré ?

Concernant le suivi de votre grossesse, à partir du moment où vous avez su que vous aviez un diabète gestationnel :

- Fréquence du suivi
 - Changement par rapport aux habitudes ?
 - Vécu
- Nombre de professionnels impliqués dans le suivi
 - Changement par rapport à avant ?
 - Coordination / partage d'informations entre eux ?
 - Vécu (réponses aux questions...)
- Examens (échographies, prises de sang...)
 - Changement par rapport à avant ?
 - Vécu
- Finalement : Ce qui était appréciable et ce qui aurait pu être différent ?

Concernant le vécu de la grossesse, à partir du moment où vous avez su que vous aviez un diabète gestationnel :

- Qu'est-ce qui a changé en raison du diabète ?
- Avez-vous ressenti des émotions nouvelles en raison du diabète ?
- Votre entourage vous a-t-il soutenu d'une façon particulière en raison du diabète ?

Des remarques pour terminer ?

Annexe IX :

Lettre d'information distribuée aux participantes de l'étude

Diabète gestationnel :

Incidence sur le vécu de la grossesse de la femme

Investigateurs :

- COURTUAT Charline, étudiante sage-femme à xx
- Sous la direction de Madame xx, sage-femme enseignante
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée : Incidence du diabète gestationnel sur le vécu de la grossesse de la femme.

Une étude sur l'incidence du diabète gestationnel sur le vécu de la grossesse est engagée au sein du service de post-partum du Centre Hospitalier xx.

Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame xx, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact du diabète gestationnel sur le vécu de la grossesse.

Un autre objectif est d'améliorer si besoin le suivi des femmes atteintes d'un diabète gestationnel, en tenant compte de leurs témoignages.

2. L'étude en pratique

L'étude concerne des femmes ayant eu, comme vous, pour la première fois un diabète gestationnel. L'étudiante fera un entretien avec vous, de 15 à 20 minutes environ, après votre accord, dans votre chambre à la maternité et selon vos disponibilités.

L'entretien sera enregistré, retranscrit puis analysé uniquement par l'étudiante, sachant que l'anonymat (votre identité, les noms des personnes citées, etc.) sera respecté. A la fin de l'étude, l'étudiante supprimera les enregistrements.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données (RGPD) personnelles entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à COURTUAT Charline, école des sages-femmes.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : COURTUAT Charline, étudiante sage-femme.

Annexe X :

Tableau présentant les caractéristiques des participantes de l'étude

Numéros (Ordre de passage des entretiens)	Prénoms	Parité	Terme (SA)	PDN de l'enfant	Facteur(s) de risque
1	Camille	I	41 SA	4kg100	Diabète familial 1 ^{er} degrés
2	Chrystelle	IV	39+2j	3kg050	AM > 35 & IMC > 25
3	Cindy	III	40+3j	3kg300	Diabète familial 1er degrés
4	Aline	III	40+4j	3kg250	IMC > 25
5	Dorine	I	39+5j	3kg830	IMC > 25
6	Jennifer	I	39 SA	2kg300	Diabète familial 1er degrés
7	Fanny	II	41 SA	3kg380	Diabète familial 1er degrés
8	Nadine	III	40+1j	3kg500	AM > 35

Légende du tableau : SA = Semaines d'Aménorrhées ; j = jour(s) ; PDN = Poids De Naissance ; kg = kilogramme(s) ; AM = Age Maternel ; IMC = Indice de Masse Corporelle

Résumé

Introduction : Une alimentation saine et équilibrée est nécessaire pendant la grossesse, notamment en cas de diabète gestationnel. Cette pathologie nécessite un suivi médical particulier et le respect de mesures hygiéno-diététiques. L'objectif de l'étude était de comprendre le vécu de la grossesse chez des femmes atteintes d'un diabète gestationnel.

Méthode : Une étude qualitative, descriptive et interprétative a été réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de huit accouchées ayant eu pour la première fois un diabète gestationnel non-insulino dépendant.

Résultats et Discussion : Leur grossesse a été impactée notamment par les restrictions en sucre et par la surveillance glycémique pluriquotidienne. Elles ont apprécié prendre peu de poids grâce au régime alimentaire. Leur suivi a été globalement satisfaisant bien que peu personnalisé. Le manque de temps et de coordination des professionnels fait défaut, le contexte sanitaire n'ayant rien arrangé. La sage-femme doit participer à la prévention du diabète gestationnel dès la consultation prénatale et ses diverses interventions (consultations prénatales, bilan prénatal, entretien prénatal précoce, etc.) doivent contribuer au suivi du diabète gestationnel, si possible dans une approche holistique pour personnaliser la prise en charge.

Conclusion : Le diabète gestationnel impose un mode de vie contraignant qui reste acceptable lorsque l'entourage est soutenant. La sage-femme est impliquée dans le suivi pluridisciplinaire qui est garant d'une prise en charge optimale sous réserve d'une bonne coordination entre les professionnels.

Mots clés : Diabète gestationnel, suivi de grossesse, pathologie, sage-femme

Abstract

Introduction : A healthy and balanced diet is necessary during pregnancy, especially in the case of gestational diabetes. This pathology requires a particular medical follow-up and the respect of hygienic and dietary measures. The objective behind the study was to understand the experience of pregnancy in women with gestational diabetes.

Method : A qualitative, descriptive, and interpretive study was conducted using individual, semi-structured interviews with eight first-time mothers with non-insulin-dependent gestational diabetes.

Results and Discussion : Their pregnancies were affected by sugar restriction and multiday blood glucose monitoring. They appreciated gaining little weight thanks to the diet. Their follow-up was globally satisfactory although not very personalized. There was a lack of time and coordination among professionals, and the health context did not help. The midwife must participate in the prevention of gestational diabetes from the prenatal consultation and her various interventions (prenatal consultations, prenatal check-up, early prenatal interview, etc.) must contribute to the follow-up of gestational diabetes, if possible in a holistic approach to personalize the management.

Conclusion : Gestational diabetes imposes a restrictive lifestyle that remains acceptable when the environment is supportive. The midwife is involved in the multidisciplinary follow-up which guarantees an optimal management subject to a good coordination between the professionals.

Key words : Gestational diabetes, pregnancy follow-up, pathology, midwife