

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	ANTECEDENT
ASG	AUTOSURVEILLANCE GLYCEMIQUE CAPILLAIRE
DG	DIABETE GESTATIONNEL
DT2	DIABETE TYPE2
FDR	FACTEUR DE RISQUE
HGPO	HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE PAR VOIE ORALE
P	PATIENTE
SA	SEMAINE D'AMENORRHEE

PLAN

Liste des abréviations

Plan

Résumé

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. **Méthode**
2. **Population étudiée**
3. **Modalités de recrutement**
4. **Recueil des données**
5. **Analyse des informations**
6. **Objectifs**
 - 6.1. Objectif principal
 - 6.2. Objectifs secondaires

RÉSULTATS

1. **Le diagnostic de DG : un choc**
 - 1.1. Un bouleversement identitaire
 - 1.2. Le DG : des causes confuses à l'origine d'une quête d'informations
 - 1.3. Peur et culpabilité chez le bébé à naître à l'annonce du DG
2. **Vivre avec le DG : la difficile acceptation de l'intrusion du médical au cœur d'un quotidien profane**
 - 2.1. Corps et DG : image négative et contraintes
 - 2.2. Les préoccupations des professionnels sur les chiffres plus ou moins partagées par les femmes
3. **Alimentation sur ordonnance : vécu, construction de savoirs et représentations**
 - 3.1. Donner naissance à un enfant en bonne santé : une motivation à suivre les recommandations
 - 3.2. L'expérimentation individuelle au cœur de la reconquête d'une autonomie
 - 3.3. Les comportements alimentaires sont sous-tendus par diverses représentations et théories
 - 3.4. Peu de suivi des recommandations concernant l'activité physique du fait des contraintes et des représentations de la femme au foyer
4. **Un suivi contraignant**
 - 4.1. Obstacles matériels, professionnels mal identifiés et langage médical peu accessibles : un parcours anxiogène
 - 4.2. ...mais un soutien familial réconfortant et motivant

DISCUSSION

1. **Forces et faiblesses de l'étude**
2. **Analyse des résultats et comparaison avec la littérature**
 - 2.1. Des expériences communes à toutes les femmes ayant un DG
 - 2.2. Le DG une physiopathologie mal appréhendée
 - 2.3. Le DG a un impact négatif sur la qualité de vie
 - 2.4. Des résistances aux changements de mode de vie mais une reconquête de l'autonomie à travers des expérimentations individuelles
 - 2.5. Un partenariat médecin /patiente à promouvoir
 - 2.6. Le DG : un tremplin pour une nouvelle vie ?

CONCLUSION

PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

Liste des tableaux

table des matières

Annexes

- Annexe 1 : protocole de dépistage du DG à l'île de la Réunion
- Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (1)
- Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (2)
- Annexe 3 : avis du comité d'éthique
- Annexe 4 : lettre d'information aux médecins
- Annexe 5 : lettre d'information aux patientes
- Annexe 6 : formulaire de consentement
- Annexe 7 : Grille d'entretien^{1,2}
- Annexe 8 : détails des caractéristiques de la population
- Annexe 9 : documents distribués lors de la réunion « d'éducation thérapeutique » au CHU Sud Réunion

RESUME

Contexte : La prévalence du diabète gestationnel (DG), de 14,4% en 2013 ne cesse d'augmenter à l'île de la Réunion où le dépistage est systématique. L'intervention médicale d'emblée intensive, vise à obtenir le meilleur équilibre glycémique et à optimiser la croissance fœtale. Des travaux récents suggèrent que le DG a un impact négatif sur la qualité de vie. Aucune étude n'a été faite sur la population réunionnaise.

Objectif : L'objectif était d'explorer le vécu des femmes enceintes diagnostiquées diabétiques pendant leur grossesse et les stratégies de négociation utilisées au quotidien.

Méthode : Etude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de femmes enceintes diabétiques.

Résultats : Le diagnostic de DG crée un choc pendant la grossesse et un sentiment de culpabilité envers le bébé à naître. Le suivi médical intensif, les objectifs glycémiques à atteindre engendrent une pression au quotidien avec une frustration importante entravant le plaisir d'être enceinte. Pour faire face au sentiment de perte d'autonomie et garder le contrôle de leur grossesse, les femmes construisent des savoir-faire à travers des expérimentations alimentaires originales en restant centrée sur leur bien-être et le développement de leur bébé.

Conclusion : Les résultats de notre étude concordent avec ceux des travaux récents. L'accompagnement des femmes atteintes de DG devrait davantage tenir compte de leur vécu. Définir des groupes de femmes à risque en fonction de leur index glycémique et adapter les stratégies à ces groupes tout en ne compromettant pas la grossesse reste un défi pour les professionnels de santé.

(248 mots)

Mots-clé : diabète gestationnel, aspect psychologique, éducation du patient, gestion des soins aux patients, régime pour diabétique, étude qualitative

INTRODUCTION

La prévalence du diabète gestationnel (DG), de 14,4% en 2013(1) ne cesse d'augmenter à l'île de la Réunion. Le dépistage du DG y est systématique¹ du fait de la forte prévalence contrairement à la pratique en France hexagonale. Il se fait par dosage de la glycémie à jeun (GAJ) au premier trimestre et si elle est normale, par une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée (SA). Il existe une relation linéaire entre la glycémie maternelle et la survenue de complications materno-fœtales (2). La prise en charge thérapeutique d'un DG modéré est associée à une diminution significative des paramètres de croissance fœtale (3,4). La maîtrise de l'équilibre glycémique passe par des modifications alimentaires et la pratique régulière d'une activité physique. L'impact du DG dans le vécu de la grossesse est étudié depuis peu (5 à 10, 16 à 19, 22, 26). Concernant la population réunionnaise, alors que des études majoritairement quantitatives sur le DG et ses complications ont été menées (11 à 15), aucune n'a abordé l'impact sur le vécu des femmes. Notre travail original contribue à apporter un complément d'informations pour optimiser le suivi de ces femmes. L'objectif est d'explorer les vécus des femmes enceintes diagnostiquées diabétiques pendant leur grossesse à travers leurs récits, les représentations qui sous-tendent leur savoir, les stratégies de négociation utilisées pour concilier le DG et le quotidien. Un autre objectif est d'évaluer la place du médecin traitant dans la prise en charge des femmes atteintes de DG.

1 : cf. Annexe 1

MÉTHODES

1-Méthode

Une étude qualitative a été menée dans le sud de l'île de la Réunion du 1^{er} au 18/03/2016.

2-Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une femme enceinte réunionnaise diagnostiquée diabétique durant sa grossesse, habitant les communes de Saint Pierre et de Petite-Ile sur l'île de la Réunion², âgées de plus de 18 ans, disponibles pour un entretien du 29/02/2016 au 17/03/2016 inclus.

3-Modalités de recrutement

Après l'obtention de l'avis favorable du comité d'éthique le 10/02/2016³, un courriel a été envoyé au chef de service de diabétologie du CHU Sud Réunion et aux endocrinologues exerçant en libéral⁴. Les coordonnées téléphoniques des patientes ont été obtenues après consultation de leur dossier informatique. Une lettre d'information⁵ a été présentée aux participantes et leur consentement écrit⁶ a été recueilli avant l'entretien.

4-Recueil des données

Il a été réalisé lors d'entretiens semi-directifs au domicile des patientes. Un guide d'entretien⁷ a été réalisé à partir des données de la littérature. Initialement très détaillé, il a été simplifié et ajusté au fur et à mesure des entretiens. Trois grands thèmes ont été retenus et abordés : le vécu et les stratégies d'adaptation éventuellement mises en place au quotidien, les représentations du diabète par les femmes enceintes, les attentes vis-à-vis du corps médical. Les données étaient recueillies dans la langue créole réunionnaise pour sept femmes et en français pour trois autres femmes. Les entretiens étaient enregistrés sur dictaphone.

2 : cf. carte de l'île de la Réunion en annexe 2

3 : cf. Annexe 3

4 : cf. Annexe 4

5 et 6 : cf. Annexes 5 et 6

7 : exemplaire vierge de la grille d'entretien en annexe 7

5-Analyse des informations

Les entretiens étaient traduits en français pour ceux en créole, et retranscrits manuellement avec le logiciel Word®. Les données étaient anonymisées. L'analyse était faite sur le logiciel Word® par codage manuel des verbatims générés à partir des entretiens en thèmes et sous thèmes. La relecture avec triangulation des données a été faite par le directeur de thèse pour les entretiens 7 et 8.

6-Objectifs

6.1. Objectif principal

Il était d'explorer le vécu des femmes enceintes diagnostiquées diabétiques pendant leur grossesse.

6.2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire était de repérer comment se construisaient les savoir-faire autour du diabète gestationnel au quotidien. L'analyse des représentations sous-jacentes était incluse dans cet objectif.

Le deuxième objectif secondaire était de comprendre la place du médecin traitant dans le parcours des femmes atteintes de diabète gestationnel et ses représentations.

RÉSULTATS

14 patientes ont été sélectionnées :

- une femme mahoraise exclue secondairement pour des difficultés de communication trop importantes
- deux femmes dont le numéro de téléphone n'était plus valable
- une femme non disponible aux dates choisies.

Au total 10 entretiens étaient réalisés permettant d'obtenir la saturation des données (Tableau1).

Rapport-Gratuit.com

Tableau 1 : caractéristiques de la population⁸

Paramètres	Moyenne	Effectif (n=10)
Age	30 ans (écart-type de 6,14) de 21 ans à 41 ans	
Terme au moment de l'entretien		
- <15 SA		1
- [15-27 SA]		3
- >27 SA		6
Terme au moment du diagnostic du DG		
- <15 SA		6
- [15-27 SA]		3
- >27 SA		1
Glycémies à jeun au moment du diagnostic		
-]0,92-1,10g/l]		6
- >1,26g/l		4
Gestité /parité		
- Parité	3,1	
- Nullipare primigeste		2
- 2 ^{ème} gestité		3
- 3 ^{ème} gestité et au-delà		5
Traitement actuel du DG		
- RHD et activité physique		6
- Insulinothérapie + RHD et activité physique		4
Facteurs de risques de DG		
- Nombre de FdR	0	2
	1	6
	>1	2
- ATCD de DG		4
- IMC >24kgs/m ²		5 dont 3 patientes obèses
- Age > 35 ans		1
- ATCD de nouveau-nés macrosomes		0
Variations du poids pendant la grossesse		
- Perte de poids		4
- Prise de poids		2
- Poids stable		1
- Pas d'informations		3
Suivi du DG		
- CHU		8
- Endocrinologue libéral		2
ATCD familial de DT2 au 1^{er} degré		4

⁸ : Cf. Annexe 8 pour les détails des caractéristiques de la population

1. Le diagnostic de DG : un choc

1.1. Un bouleversement identitaire

L'annonce du diabète gestationnel a créé une rupture dans le déroulement de la grossesse. P2 a dit « c'est un traumatisme, je le jure ». Le DG a fait basculer les femmes enceintes du côté des malades et des grossesses pathologiques alors qu'elles ne ressentaient aucun symptôme. Avoir le statut de malade a signifié pour la plupart des femmes interrogées une diminution de certaines capacités de façon à ne plus pouvoir accomplir tous les actes quotidiens, ou avoir des complications graves nécessitant une hospitalisation. Or, les femmes enceintes représentaient une population jeune peu limitées dans leur capacité. Elles ont eu du mal à s'identifier à quelqu'un de malade. P2 a dit que les malades, « ce sont les autres, à l'hôpital », « ceux qui n'arrivent plus à rien faire ». Le statut de malade s'est imposé d'autant plus aux femmes qu'elles étaient immédiatement prises dans un tourbillon médical avec de multiples rendez-vous médicaux à l'hôpital, la réalisation d'une autosurveillance glycémique pluriquotidienne et un objectif glycémique à atteindre.

Ce statut de malade est venu les questionner profondément, créant une confusion. En ce sens certaines soulignaient un bouleversement identitaire « vous vous perdez » dit P2. Le DG a retenti sur l'état général. « Je ne dormais plus » (P2). Certaines ont été démoralisées et ont eu du mal à réfléchir. « Vous envoyez tout promener » (P2). Les femmes ayant eu des ATCD de grossesse pathologique ont appréhendé davantage leur grossesse.

1.2. Le DG : des causes confuses à l'origine d'une quête d'informations

Certaines femmes ont évoqué une dysfonction d'organes à l'origine du DG : les reins, le foie, le pancréas. P7 a évoqué un « rapport aux hormones » et P8, une maladie « peut être due à la grossesse ». D'autres causes du DG ont été avancées : l'hérédité, l'âge, la « punition divine » (P2). Comme elle le résume : « le créole, si quelque chose qui doit arriver, c'est le Bon Dieu qui a décidé pour toi ». Peu de femmes exprimaient un sentiment de culpabilité. P7 a dit « ce n'est pas de ma faute, c'est le corps qui fait que c'est comme ça ». Un sentiment de fatalité dominait dans les discours avec le caractère aléatoire de la survenue du DG d'une femme à l'autre ou d'une grossesse à l'autre chez une même femme. P5 résumait ainsi « soit tu tombes dans le lot où il y a, soit tu tombes dans le lot où il n'y a pas ». Beaucoup ont trouvé le DG injuste car elles pensaient prendre soin d'elles au quotidien. « Tu fais attention à l'année, tu chopes un truc, la personne d'à côté, elle l'a pas... ce n'est pas juste » (P3). Le DG a alerté les femmes d'un plus grand risque de développer un diabète de type 2 (DT 2) que la population générale. Toutes les femmes se sont informées sur le DG. L'internet a été la première source sollicitée car la plus facile d'accès. Mais les informations recueillies ont souvent été source d'angoisse car les femmes ont été seules face à l'écran. Ces ressources ont été jugées peu fiables. « Internet c'est beau, mais on ne sait pas qui l'a mis » (P9). Le partage d'expériences a semblé important pour la majorité des participantes même si elles sont restées critiques. « Il ne s'agit pas de regarder ce que fait le voisin » (P7). D'autres sources d'information ont été citées : les émissions télévisées, quotidiens régionaux, les journées et manifestations autour du diabète. Les professionnels ont été considérés comme des sources fiables. Les femmes n'ont pas hésité à les questionner et à remettre en question les conseils des anciens à propos des aliments suspectés abortifs (la papaye, le jambon, la citrouille). La même démarche a été retrouvée pour l'utilisation des plantes qui faisaient partie d'une tradition de soin dans laquelle s'inscrit

une mémoire collective identitaire. Les tisaneurs étaient reconnus dans leurs compétences : comme la grand-mère de P3 qui « a ses propres herbages... ». Mais les femmes enceintes et les tisaneurs se méfiaient des effets potentiels des plantes sur le bébé. « Ma grand-mère a eu un doute, parce qu'elle n'a jamais eu affaire à des diabétiques enceintes ». Elle a dit de se faire « suivre à l'hôpital, c'est moderne ».

1.3. Peur et culpabilité chez le bébé à naître à l'annonce du DG

Pour plusieurs c'était le mot diabète qui faisait peur « plus que le gestationnel » dit P8, sûrement à cause des multiples exemples de proches atteints de DT2 et aveugles ou amputés. Pourtant les femmes reconnaissaient que « diabète 1, diabète 2, tout le monde n'a pas le même diabète » (P2).

Seule P3 a déclaré qu'elle avait pensé que c'était une « blague », tellement le diagnostic était inattendu et P5 n'a pas été surprise car elle « s'attendait à faire le diabète », à cause de ses ATCD de DG.

On retrouvait chez toutes les femmes interrogées la peur : « peur que ça ait des complications chez le bébé » (P4), « peur d'un accouchement prématuré » (P4).

Le diabète gestationnel était source d'inquiétude supplémentaire pendant la grossesse. « Comment la grossesse va-t-elle se dérouler ? » se demandait P6.

Certaines femmes se disaient stressées, elles se sentaient coupables et se demandaient si elles faisaient du mal à leurs bébés.

2. Vivre avec le DG : la difficile acceptation de l'intrusion du médical au cœur d'un quotidien profane

2.1. Corps et DG : image négative et contraintes

Ces émotions négatives ont entravé le plaisir d'être enceinte, surtout si c'était une première grossesse. « Ça ne donne plus envie d'être enceinte pour le moment » (P4). Avoir le DG a généré chez la femme une image négative de son corps. « Notre corps change, dire qu'on a un truc négatif qui se passe, on réagit différemment » (P7).

Les pensées des femmes enceintes se sont centrées sur le diabète. P2 s'est plainte de « penser qu'à ça ». Avec l'alimentation, la contrainte de l'autosurveillance glycémique a pesé le plus sur le moral au quotidien. « J'en ai marre » (P4). L'absence de ressenti de maladie a majoré ce vécu négatif. Certaines ont évoqué des difficultés d'organisation matérielles, par exemple, elles ne portaient pas toujours sur elles le lecteur de glycémie lors de repas improvisé à l'extérieur. L'insulinothérapie a été vécue comme très contraignante. Par exemple, les patientes devaient penser à transporter leur insuline dans un emballage approprié lorsqu'elles sortaient toute la journée sous de fortes chaleurs, certaines préféraient ne pas l'amener. Beaucoup ont dit devoir mettre une alarme pour la glycémie post prandiale du soir car elles s'endormaient de fatigue. « Si on mange à 10 heures le soir, il faut attendre minuit pour piquer le doigt, si on dort, il faut se réveiller pour le faire... » (P1). Toutes ont évoqué la douleur et les hématomes au bout des doigts. Certaines appréhendaient le geste et avaient du mal à accepter l'irruption d'aiguilles dans leur quotidien.

2.2. Les préoccupations des professionnels sur les chiffres plus ou moins partagées par les femmes

L'écart au seuil glycémique a importé plus que la valeur absolue de la glycémie pour les femmes: « je vois mes glycémies sont un peu à tort et à travers, ça m'aurait inquiété si vraiment c'est un grand écart » (P5). Pour d'autres ce qui a compté, c'était le fait de se sentir bien « je regarde au niveau de ma santé, je me dis, ça va tu continues » (P1).

Les femmes étaient préoccupées par le fait que leur bébé aille bien et attendaient d'être rassurées par le monitoring foetal « je ne suis pas trop inquiète (...) bébé, quand je fais le monito, c'est bon » (P5).

Les femmes ont été perplexes devant les chiffres très variables de leurs glycémies capillaires. « Même quand je mange normalement, des fois ça baisse, des fois ça augmente, ça joue le yoyo » (P10). Les chiffres ne reflétaient pas les efforts quotidiens et incitaient à porter un jugement négatif sur leur comportement. Plusieurs femmes ont estimé que les soignants étaient trop stricts, « il manque une valeur, ils vous renvoient à la maison sans même accorder de l'importance à toutes les valeurs prises, vous recommencez tout » (P7).

3. Alimentation sur ordonnance : vécu, construction de savoirs et représentations

3.1. Donner naissance à un enfant en bonne santé : une motivation à suivre les recommandations

Les femmes souhaitaient coopérer au maximum pour obtenir un équilibre glycémique optimal en vue d'une grossesse optimale. P6 : « on vous explique tout ce qui peut arriver, à l'enfant, à la maman (...) vous comprenez, vous êtes obligée de respecter tout ça ».

D'autres sources de motivations ont été évoquées : la perception d'un mieux-être avec l'amorçage d'une perte de poids améliorerait la confiance en soi. L'acquisition de nouvelles connaissances et compétences qui s'intégraient au savoir et savoir-faire déjà présents, était vécue comme valorisante sur le plan cognitif. Certaines envisageaient même de poursuivre après l'accouchement.

Malgré la perte d'autonomie ressentie, elles ont souhaité coopérer pour une grossesse optimale. Son caractère temporaire a permis d'accepter plus facilement les contraintes, et les résultats rapides sur la silhouette a amélioré la confiance en soi « Là, c'est ma fierté, parce que c'est dur » (P2).

3.2. L'expérimentation individuelle au cœur de la reconquête d'une autonomie

Toutes les patientes suivaient initialement les recommandations théoriques. Mais très rapidement, elles expérimentaient, « je fais à ma façon ; la liste, je l'ai remise dans ma pochette, parce qu'au début on l'avait collée sur le frigo » (P9). La plupart des patientes n'ont pas fait de lien entre alimentation et survenue du DG. Elles ont eu du mal à accepter l'ordonnance alimentaire⁹ : « j'ai pas l'habitude qu'on me dise comment me nourrir, comment vivre » (P5). Elles ont repris le contrôle de leur quotidien car le DG a représenté un bouleversement dans le mode de consommation alimentaire de la cellule familiale. Plusieurs, se sentant la possibilité d'être actrices de leur santé, ont exprimé le souhait de participer à un groupe de parole pour partager leurs expériences et se sentir moins seule.

9 : exemplaire des documents remis aux patientes en annexe 9

Les femmes ont évoqué plusieurs raisons à leur stratégie d'adaptation :

- la sensation de faim a été mal supportée « manger moins, et le légume...même pas en deux heures de temps, on a déjà faim » (P7). « J'ai remarqué que si j'ai faim, la glycémie chute, ce n'est pas drôle non plus. J'essaye d'être rassasiée » (P3).

- elles ont été inquiètes du retentissement sur la santé de leur bébé. « Si on ne mange pas, le bébé ne grandit pas non plus. Il faut que je me nourrisse pour que le bébé mange » (P7).

- l'idée d'un régime a créé une frustration « un régime, c'est de vous priver sur votre déjeuner du matin, sur le manger du midi, le soir » (P6). « J'étais frustrée de me réveiller, pour me dire ...aujourd'hui, j'aurai zéro plaisir » (P7).

Chaque patiente a développé sa stratégie car elle estimait que la variation de glycémie n'était pas transposable d'une personne à l'autre. « Il ne s'agit pas (...) de dire si pour toi ça monte, moi aussi ça va monter » (P7). Pour limiter la frustration, les aliments désirés ont été testés un à un et par petites quantités. « Je mangeai un cornet de glace, mais je mangeai que la moitié (...), ça ne fait pas augmenter mon taux de sucre. J'ai essayé de nouveaux desserts mais à petite dose » (P7). Les doses d'insuline ont été augmentées pour celles sous insuline. Si l'expérience n'était pas concluante, la patiente parlait d'erreur qu'elle notait pour ne pas que « je refasse les mêmes erreurs » (P5).

Certaines anticipaient le plaisir de consommer des pâtisseries convoitées comme P7 qui restait « devant les vitrines à regarder un gros saint-Honoré... je me suis dit qu'à la fin de ma grossesse il faut que j'en mange ». P6 a choisi de ne s'imposer aucune contrainte une fois par semaine. « Le dimanche, si j'ai fait un bon cari, je ne compte pas combien de cuillères d'huile je mets ».

Deux participantes ont préféré se conformer aux consignes parce qu'elles avaient des ATCD de grossesse pathologique traumatisante « je suis passée par différentes épreuves avant d'arriver à ce point-là, j'ai trimé » (P8).

Le partage des repas en famille ou entre amis est resté un moment privilégié « Je ne vais pas me priver des moments avec ma famille...on mange, on est content » (P9). Le partage et le plaisir primaient sur le respect des recommandations alimentaires. Cependant, Certaines mangeaient de tout en « se servant moins que d'habitude » (P8), d'autres ont supprimé les apéritifs. Une autre se plaçait « derrière, trouver une place où vous savez que vous n'avez pas de tentation » (P2).

3.3. Les comportements alimentaires sont sous-tendus par diverses représentations et théories

L'analyse a permis d'identifier diverses représentations dans l'acte de se nourrir. Le contenu du repas créole correspondait historiquement à un schéma alimentaire sous-tendant une identité créole. « Nous c'est le grain, le riz, le rougail, le cari » (P2). Mais les habitudes culinaires ont changé. En parlant de ses parents, P3 a dit « eux c'est l'ancienne alimentation : riz, grains, cari tout le temps... » et maintenant « on varie, puisqu'on a vécu en métropole ». Le niveau de scolarité a été cité par P8 comme possible cause de cette évolution « je pense que c'est le fait que j'ai une culture par rapport à mes études ».

Les aliments véhiculaient une pensée magique : faire le carême « pas manger de poisson, de viande, d'œuf » purifiait le corps et l'esprit pour P4 de confession hindouiste.

Les aliments étaient classés en deux catégories : fruits et légumes, bons car pourvoyeurs de santé, et les aliments gras et sucré, mauvais car pourvoyeurs de maladies « hypertension, diabète » (P2).

La chimie a été accusée « Les viandes congelées (...) perdent toutes leurs vitamines (...) ça fait tomber malade » (P1). Les féculents traditionnellement vus comme indispensables dans les travaux de force, étaient perçus comme positifs donnant de l'énergie par opposition aux légumes, légers. « Riz, grains, cari c'est consistant » (P3).

L'imaginaire collectif créole véhiculait des théories : consommation de légumes pour éponger le sucre ou le gras : « si j'ai tendance à manger des frites... je rajoute soit des épinards soit des haricots verts...ça imbibe mon diabète » (P3).

L'endettement a constitué un frein à l'achat des fruits et légumes. « On a 600 € de découvert...les dépenses que je dois faire dans les fruits et légumes vont me coûter je ne sais combien » (P5).

3.4. Peu de suivi des recommandations concernant l'activité physique du fait des contraintes et des représentations de la femme au foyer

Plusieurs participantes soulignaient avant tout ne pas trouver de plaisir dans la marche qui leur est conseillée de faire quotidiennement. Elles ont rapporté aussi leur difficulté à s'activer à l'extérieur alors qu'il fait très chaud. D'autres ont évoqué des motifs plus pratiques : besoin fréquent d'uriner et peu de lieux adaptés en ballade, manque de temps pour les femmes célibataires ayant d'autres enfants. « Notre activité, c'est être à la maison, faire le ménage et tout préparer, faire les courses, envoyer les enfants à l'école, même ça vraiment, c'est le sport » dit P1.

4. Un suivi contraignant

4.1. Obstacles matériels, professionnels mal identifiés et langage médical peu accessibles : un parcours anxiogène

Les patientes suivies au CHU ont évoqué des problèmes de transport : coût du carburant, horaires des bus, disponibilité des accompagnants.

Les fonctions des intervenants ont été mal identifiées d'autant plus qu'ils changent souvent. L'infirmière a été souvent confondue avec l'endocrinologue. Il y a eu un sentiment de ras-le-bol : « J'en ai marre de ne jamais voir les mêmes personnes » (P3). Les différents discours ont créé une confusion « l'autre me dit autre chose, l'autre me dit autre chose, c'est un peu chamboulé dans ma tête » (P1).

Une patiente a expliqué avoir besoin de temps pour une relation de confiance. Les femmes ont souhaité que les soignants soient plus disponibles. Le spécialiste d'organes était vu comme plus disponible et plus compétent que le médecin généraliste. La diabétologue en libéral n'était pas « aussi pressée qu'un médecin normal » selon P2.

La complexité du vocabulaire médical a rebuté les patientes et a limité les échanges avec les médecins. « Ils emploient des mots que je ne comprends pas, ça me stresse » (P6). Le terme de DG n'était pas toujours connu « quand on m'a dit diabète gesta, j'ai dit c'est quoi ça ? » (P3). Hospitalisée pour bilan de vomissements, une a dit « ils m'ont parlé de mon foie (...) ils ont employé des mots que je ne comprends pas » (P6).

Certaines ont regretté le manque d'informations « personne ne m'a expliqué le taux que j'ai eu » a dit P7 qui a qualifié les résultats du laboratoire de « charabia ».

Le service d'endocrinologie où étaient convoquées les femmes a été en lui-même source d'angoisse. P2 a précisé que « l'hôpital, ce n'est pas un lieu pour accueillir les gens, pour parler de ça ...à l'hôpital il y a des malades...pour des ateliers, l'hôpital, non ».

Dans ce tourbillon médical, le médecin traitant généraliste a eu plusieurs rôles. Il « connaît mes soucis, il sait quand je suis bien, quand je ne suis pas bien » (P2), participait au dépistage du DG, expliquait, rassurait, écoutait, encourageait, accompagnait et déculpabilisait, prenait en charge les problèmes annexes à la grossesse.

Mais peu de femmes interrogées se sont adressées à lui craignant de le déranger, ou pensant qu'il n'avait pas les compétences dans le cadre du DG, que « ce n'est pas dans ses fonctions de m'expliquer comment manger » (P8). Les représentations des fonctions de celui-ci ont fait que certaines patientes ont vu peu leur médecin traitant pendant leur grossesse.

Elles ont regretté le manque de travail en réseau : « on a l'impression que les médecins ne se connaissent pas » (P3).

4.2. ...mais un soutien familial réconfortant et motivant

Les femmes en couple ont souligné le rôle moteur de leurs conjoints qui acceptaient de partager les mêmes repas qu'elles, les accompagnaient dans leur marche régulière pour les motiver, et leur redonnaient le moral. « Il me donne la pêche que je n'avais pas » (P3). P5 a rapporté « mon mari n'est pas diabétique...il m'encourage (...) lui aussi, il va manger avec moi... ».

Les enfants aussi se sont sentis concernés : « ils ne subissent pas, ils vont m'aider comme ils le peuvent » (P2).

DISCUSSION

Le travail a permis de recueillir le vécu des femmes enceintes diabétiques, d'analyser les éléments qui sous-tendent l'élaboration d'un savoir-faire individuel à partir de la transmission des savoirs médicaux par les professionnels de santé.

1. Forces et faiblesses de l'étude

La technique de l'entretien semi-directif était adaptée car elle a permis de recueillir le maximum d'informations, au plus près des femmes réunionnaises et notamment en langue créole. C'est l'originalité de ce travail. Le choix du domicile comme lieu d'entretien a permis de les rencontrer loin de l'univers médical. La parole était plus libre. Toutes les personnes habitant le Sud de l'île qui ont le diagnostic de DG sont orientées vers le CHU Sud Réunion. Le fait que la majorité des participantes étaient issues du milieu semi-rural, avec un faible statut socio-économique en termes d'éducation de profession et de revenus, limite la représentativité de l'échantillon.

On peut regretter que la triangulation n'ait pas été réalisée sur la totalité des entretiens mais seulement deux, ce qui limite la validité de l'étude.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

2.1. Des expériences communes à toutes les femmes ayant un DG

L'analyse des discours retrouvent les mêmes concepts chez les participantes. Ainsi, sont abordés la réaction au diagnostic suivie d'émotions négatives, la difficulté d'adaptation au quotidien, le sentiment de perte de contrôle, l'inquiétude pour le bien-être du bébé, l'influence des représentations personnelles et aussi de l'accompagnement médical, familial et social. Une étude australienne (16) a fait une revue de 19 études dont 15 qualitatives publiées sur une période de 20 ans. Elles analysaient le vécu des patientes atteintes de DG. Les résultats sont similaires aux nôtres. Ils montrent l'émergence de trois thèmes fondamentaux dans les

discours : les réponses (réaction au diagnostic, stratégie d'adaptation), les sujets de préoccupation, les facteurs d'influence.

2.2. Le DG une physiopathologie mal appréhendée

Le diabète gestationnel est très peu connu des femmes interrogées. Les patientes font une analogie avec le diabète de type 2 très connu, quant à certains facteurs de risque : notamment la surconsommation de produits sucrés et gras. Alors que 8 des 10 participantes présentent des facteurs de risque de DG, elles sont peu nombreuses à les avoir identifiés chez elles.

2.3. Le DG a un impact négatif sur la qualité de vie

Le DG est une expérience négative pour toutes. Il transforme un moment censé être heureux en moment d'inquiétude. Il y a un « avant » et un « après » le diagnostic. Nos résultats concordent avec une méta-analyse de 15 études qualitatives concernant le DG, la qualité de vie est significativement moins bonne à court et à long terme (17,18). La peur d'être à l'origine d'un problème de santé chez le bébé occupe les pensées des patientes. Nous retrouvons ces résultats dans une étude thaïlandaise (19). Les femmes thaïlandaises s'inquiètent de leur santé, de la répercussion du diabète chez leur enfant, de la réalisation des ASG et notamment elles appréhendaient d'avoir une glycémie élevée.

Une étude qualitative descriptive réalisée auprès de 19 femmes enceintes ayant un DG (7) retrouve aussi plusieurs effets négatifs liés au diagnostic du DG : l'accroissement de la pression pour remplir de multiples rôles, la répercussion financière, et la déconnexion entre les recommandations sur la prévention du diabète et les pratiques culturelles.

Le lexique qui domine dans les entretiens est celui de la peur. Mais on retrouve aussi les notions de frustration, de contrainte, liées au changement de mode vie recommandé. Les femmes avec un DG ont un niveau de stress plus élevé pendant leur grossesse que les autres et ont deux fois plus de risque de développer une dépression dans le post-partum (9).

2.4. Des résistances aux changements de mode de vie mais une reconquête de l'autonomie à travers des expérimentations individuelles

L'acte alimentaire reste un acte social associant plaisir et convivialité (20). Il ne peut pas se résumer à l'assimilation quantitative de nutriments. Il ne répond pas aux discours normatifs de la science.

Dans notre étude, les modifications recommandées retentissent négativement sur l'état psychologique. L'absence de plaisir et la frustration sont soulignées dans les discours et mal vécues. L'objectif glycémique est la préoccupation essentielle. Les femmes vivent sous une pression permanente pour l'atteindre. Les conseils sont délivrés souvent au détriment de la préoccupation du bien-être de la femme et de son vécu quotidien. Ces résultats se retrouvent dans une étude canadienne (21). Les femmes avec un DG ont eu des difficultés à « parvenir à un équilibre entre la satisfaction de leurs besoins : faim, préférences alimentaires, et la régulation de leur glycémie ». Elles se sont senties frustrées. Pour essayer de s'adapter elles ont recherché des informations auprès de leur famille, des amis, d'internet, en plus des informations apportées par les professionnels de santé.

Les résultats d'une autre étude montrent que des femmes stressées pouvaient mentir sur leur consommation alimentaire et leur glycémies (6). Le niveau de stress perçu lié à la gestion alimentaire est élevé surtout chez les femmes sous insulinothérapie (22).

L'expérimentation individuelle, originale est privilégiée pour éviter la frustration. Cela peut s'apparenter à une non compliance du côté des professionnels de santé mais pour les femmes, ces actions rentrent dans leur quête d'autonomie. Elle dénote une prise de distance avec la prescription initiale mais aussi l'appropriation de cette prescription qu'elle adapte à leur quotidien. On retrouve cette démarche chez de nombreux diabétiques comme dans l'enquête chez des diabétiques à Oran (23). Cette démarche scientifique traduit « la non soumission à l'autorité des croyances » (24). La femme atteinte de DG lutte pour garder le sentiment que

sa grossesse lui appartient. Les technologies amènent à considérer le fœtus comme « publique » (25), une entité à part entière de sa mère. Elles avaient l'impression de n'être qu'un moyen de produire un bébé en bonne santé et se sentaient blâmées si elles n'adoptaient pas les comportements requis (26).

Les femmes négocient sans cesse entre des contraintes médicales et leurs envies, la famille, les amis, le budget car manger est avant tout un acte social. La notion d'identité créole traditionnellement véhiculée dans l'acte alimentaire (27,28) évolue cependant au contact avec des personnes de divers horizons des voyages et des émissions culinaires.

2.5. Un partenariat médecin / patiente à promouvoir

La communication avec les soignants est primordiale. Elle peut diminuer l'anxiété surtout chez celles qui sont déjà anxieuses (5) mais l'augmenter dans le cas contraire. Deux participantes ont voulu mettre un terme à la grossesse. Un accompagnement médical rassurant les en a dissuadées. L'aspect psychologique est primordial au quotidien (6), ainsi il est essentiel pour promouvoir l'autogestion de la maladie selon une étude menée en milieu rural (8). Certaines femmes, découragées (6) ressentent un manque d'empathie des professionnels de santé et en souffrent. Loin d'être « attentistes » (29), Les patientes cherchent à collaborer avec les médecins. Le DG invite à un partenariat médecin/ patiente plus qu'à une relation paternaliste avec d'un côté le médecin et sa culture scientifique et de l'autre la patiente et sa culture profane. Tenir compte de leur vécu tout en ne compromettant pas la grossesse et son issue est un défi pour les professionnels de santé. On peut déplorer que le médecin traitant ne soit pas toujours repéré par les patientes comme un interlocuteur disponible et à leur écoute.

2.6. Le DG : un tremplin pour une nouvelle vie ?

Plusieurs femmes ont considéré le DG comme un « signal d'alerte » de développer le DT2 et envisagent de poursuivre dans le post-partum les modifications alimentaires. Elles sont plus

attentives au grignotage et à la consommation d'aliments sucrés ou gras chez leurs enfants. Cette motivation à changer concerne peu de participantes, plusieurs ont hâte d'accoucher pour reprendre leur vie d'avant, l'important étant d'accoucher en bonne santé. Des résultats contraires sont retrouvés dans une étude (7) où les femmes se sont senties motivées à modifier leur mode de vie après l'annonce du diagnostic de DG pour diminuer le risque de survenue du DT2.

CONCLUSION

Le diabète gestationnel a un impact globalement négatif sur le vécu de la grossesse. Les femmes éprouvent de multiples peurs et peuvent se sentir coupables de mettre en danger la santé de leurs bébés.

Le diabète gestationnel fait que la grossesse est ultra médicalisée parfois au détriment du bien-être physique et psychologique des futures mères. Même si les femmes sont motivées à suivre le protocole établi, elles aimeraient être entendues et comprises dans leurs difficultés quotidiennes. Car derrière chaque « diabète gestationnel », il y a une femme qui est aussi une épouse, une mère, la fille de... avec toute son histoire qui l'a construite jusque-là, tous ses besoins, ses désirs, ses possibles.

Préserver le plus possible l'autonomie malgré le contexte d'urgence sans compromettre l'évolution clinique de la grossesse, leur accorder du temps, les écouter de façon bienveillante, partager leur expérience, seraient très positifs psychologiquement.

PERSPECTIVES

Il reste que les modalités de dépistage et de diagnostic du DG restent controversées, des études en cours seront utiles afin d'adapter la prise en charge au plus près du risque de la future mère.

Le médecin généraliste conscient des représentations des patientes à son égard, pourrait s'affirmer comme un élément central dans le déroulement de la grossesse. En s'entourant d'un réseau de professionnels, les médecins généralistes pourraient acquérir une vraie place dans l'accompagnement de ce moment privilégié qu'est la grossesse de leurs patientes. En étant habitué à avoir une prise en charge globale, ils peuvent ainsi garder une relation privilégiée de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Le diabète à la Réunion, Observatoire Régional de la Santé, La Réunion, tableau de bord, Mai 2015.
- 2- HAPO Study Cooperative Research Group Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med* 2008 ;358 :1991-2002.
- 3- Crowther CA, Hiller JE, Moss JR et al. The Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) ; Trial Group Effect of Treatment of Gestationnel Diabetes Mellitus on Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med* 2005 ; 352 :2477-2486.
- 4- Landon MB, Spong CY, Thom E et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med* 2009 ; 361:1339-48.
- 5- André M, Allix I, Illouz F et al. Le vécu des femmes suivies pour un diabète gestationnel, *Annales d'Endocrinologie* 2014;75, issues 5-6:376.
- 6- Parsons J, Sparrow K, Ismail K et al. Experiences of gestational diabetes and gestational diabetes care: a focus group and interview en study. *BMC Pregnancy birthchild* 2018;11;18(1):25, [consulté le 09/12/2018]. Disponibilité sur Internet :<doi: 10.1186/s12884-018-1657-9>.
- 7- Kaptein S, Evans M, McTavish S et al. The subjective impact of a diagnosis of gestational diabetes among ethnically diverse pregnant women: a qualitative study. *Can Diabetes J* 2015;39(2):117-22,[consulté le 09/12/2018] .Disponibilité sur Internet :<doi: 10.1016/j.jcjd.2014.09.005>.
- 8- Stankiewicz G, Mccauley K, Zhao L. Psychological issues for women diagnosed with gestational diabetes mellitus. *Aust Nurs Midwifery J* 2014;22:39-41.
- 9- Kozhimannil KB, Pereira MA, Harlow BL. Association between diabetes and perinatal depression among low-income mothers. *JAMA* 2009 :301.
- 10- Atraki S, El Aziz S, Bensbaa S. et al. Troubles anxiodépressifs chez la femme enceinte diabétique. *Annales d'Endocrinologie* 2018;79, issue 4 :486.
- 11- Bonte E. Exploration du vécu d'un programme d'éducation thérapeutique et des représentations du diabète gestationnel : étude qualitative réalisée en 2015 auprès de huit femmes ayant participé au programme mis en oeuvre à la maison de santé pluridisciplinaire " Artemis " à Saint Denis de la Réunion. Thèse de médecine : Université Bordeaux 2, 2016.
- 12- Potier G. Le diabète chez la femme enceinte à la Réunion : une approche anthropologique du système de représentation de la maladie diabétique. Mémoire de maitrise d'anthropologie : Université de la Réunion, 1996.
- 13- Martin P. Prise en charge du diabète gestationnel à la Réunion : suivi de 518 grossesses compliquées de diabète gestationnel au CHR Groupe Hospitalier Sud Réunion entre mai 2009 et mai 2011.Thèse de médecine : Université Joseph Fourier, 2012.
- 14- Delfie M. Etude d'une cohorte de 15694 grossesses exposées au diabète au Centre Hospitalier Sud Réunion entre 2001 et 2004. Thèse médecine : Université Bordeaux 2, 2006.
- 15- Magisson M. Diabete de type 2 et grossesse à la Réunion : prise en charge et issue de 104 grossesses suivies au Groupe Hospitalier Sud Réunion de Saint Pierre .Thèse de médecine : Université Nancy 1, 2005.
- 16- Devasam BU, Bogossian FE, Peacock AS : An interpretive review of women's experiences of gestational diabetes mellitus: Proposing a framework to enhance midwifery assessment.Women and birth .June 2013 ;26(2) :69-76,[consulté le 09/12/2018].Disponibilité sur internet :< <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.12.003>>

- 17- Marchetti D, Carrozzino D, Fraticelli F et al. Quality of Life in Women with Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *J Diabetes Res.* 2017;2017:7058082, [consulté le 09/12/2018].Disponibilité sur Internet :< doi: 10.1155/2017/7058082>.
- 18- Ge L, Wikby K, Rask M. Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China: a qualitative interview study. *BMJ Open* 2017;7:e017648, [consulté le 09/12/2018]. Disponibilité sur Internet :<doi:10.1136/ bmjopen-2017-017648>.
- 19- Youngwanichsetha, S. and Phumdoung, S. (2017), Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: a phenomenological research. *J Clin Nurs*, 26: 2915-2921. [Consulté le 30/12/2019]. Disponibilité sur Internet :<doi:10.1111/jocn.13571>
- 20- Dupuy A. Manger – entre plaisirs et nécessités, thématisation du plaisir alimentaire et visées utilitaristes. *Revue sociologie et sociétés.* Automne 2014, Vol. 46, N° 2 ;253–75, [consulté le 10/10/2018]. Disponibilité sur Internet : < <https://doi.org/10.7202/1027150ar>>
- 21- Hui A.L., Sevenhuysen G., Harvey D., Salamon E. Food choice decision-making by women with gestational diabetes. *Canadian Journal of Diabetes* 2014 ;38(1) :26-31
- 22- Hui AL, Sevenhuysen G, Harvey D, et al. Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *Diabetes Educ* 2014;40:668–77.
- 23- Salemi O. Comportements et pratiques alimentaires des diabétiques. Essai d'analyse socio anthropologique. Lille, 2008. [Consulté le 25/09/2018]. Disponibilité sur Internet :<https://www.academia.edu/2024494/Comportements_et_pratiques_alimentaires_des_diabétiques_Essai_danalyse_socio_anthropologique>
- 24- Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865). Paris. Garnier-Flammarion, 1966.
- 25- Petchesky R. Fetal images: the power of visual culture in the politics of reproduction. *Fem Stud.* 1987;13(2):263–92.
- 26- Parsons J, Ismail K, Amiel S. et al. Perceptions among women with gestational diabetes. *Qual Health Research* 2014;24(4):575–85.
- 27- Cohen P. Le cari partagé, anthropologie de l'alimentation à l'île de la Réunion, 1ère ed. Paris. Karthala, 2000.
- 28- Tibère L. Alimentation et vivre-ensemble. Le cas de la créolisation. *Revue Anthropologie et sociétés.*2013 ;37 (2) :27-43, [consulté le 15/03/2018]. Disponibilité sur Internet :< <https://doi.org/10.7202/1017904ar>>
- 29- Van Der Meersch G. Représentation du diabète et du patient diabétique de type 2 chez les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université médicale Pierre et Marie Curie, 2011.

LISTE DES TABLEAUX

Cf tableau des caractéristiques de la population p :6

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES.....	3
1. Méthode	3
2. Population étudiée	3
3. Modalités de recrutement	3
4. Recueil des données	3
5. Analyse des informations	4
6. Objectifs	4
6.1. Objectif principal	4
6.2. Objectifs secondaires	4
RÉSULTATS	5
1. Le diagnostic de DG : un choc	7
1.1. Un bouleversement identitaire	7
1.2. Le DG : des causes confuses à l'origine d'une quête d'informations	8
1.3. Peur et culpabilité chez le bébé à naître à l'annonce du DG	9
2. Vivre avec le DG : la difficile acceptation de l'intrusion du médical au cœur d'un quotidien profane	10
2.1. Corps et DG : image négative et contraintes	10
2.2. Les préoccupations des professionnels sur les chiffres plus ou moins partagées par les femmes	11
3. Alimentation sur ordonnance : vécu, construction de savoirs et représentations	11
3.1. Donner naissance à un enfant en bonne santé : une motivation à suivre les recommandations	11
3.2. L'expérimentation individuelle au cœur de la reconquête d'une autonomie	12
3.3. Les comportements alimentaires sont sous-tendus par diverses représentations et théories	14
3.4. Peu de suivi des recommandations concernant l'activité physique du fait des contraintes et des représentations de la femme au foyer	15
4. Un suivi contraignant	16
4.1. Obstacles matériels, professionnels mal identifiés et langage médical peu accessibles : un parcours anxiogène	16
4.2. ...mais un soutien familial réconfortant et motivant	17
DISCUSSION	18
1. Forces et faiblesses de l'étude	18
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature	18
2.1. Des expériences communes à toutes les femmes ayant un DG	18
2.2. Le DG une physiopathologie mal appréhendée	19
2.3. Le DG a un impact négatif sur la qualité de vie	19
2.4. Des résistances aux changements de mode de vie mais une reconquête de l'autonomie à travers des expérimentations individuelles	20
2.5. Un partenariat médecin /patiente à promouvoir	21
2.6. Le DG : un tremplin pour une nouvelle vie ?	21
CONCLUSION	23
PERSPECTIVES	23
BIBLIOGRAPHIE	24
Liste des tableaux	26
Annexes	I
Annexe 1 : protocole de dépistage du DG à l'île de la Réunion	I
Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (1)	II
Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (2)	III
Annexe 3 : avis du comité d'éthique	IV
Annexe 4 : lettre d'information aux médecins	V
Annexe 5 : lettre d'information aux patientes	VI
Annexe 6 : formulaire de consentement	VII
Annexe 7 : Grille d'entretien ^{1,2}	VIII
Annexe 8 : détails des caractéristiques de la population	IX
Annexe 9 : documents distribués lors de la réunion « d'éducation thérapeutique » au CHU Sud Réunion	XIII

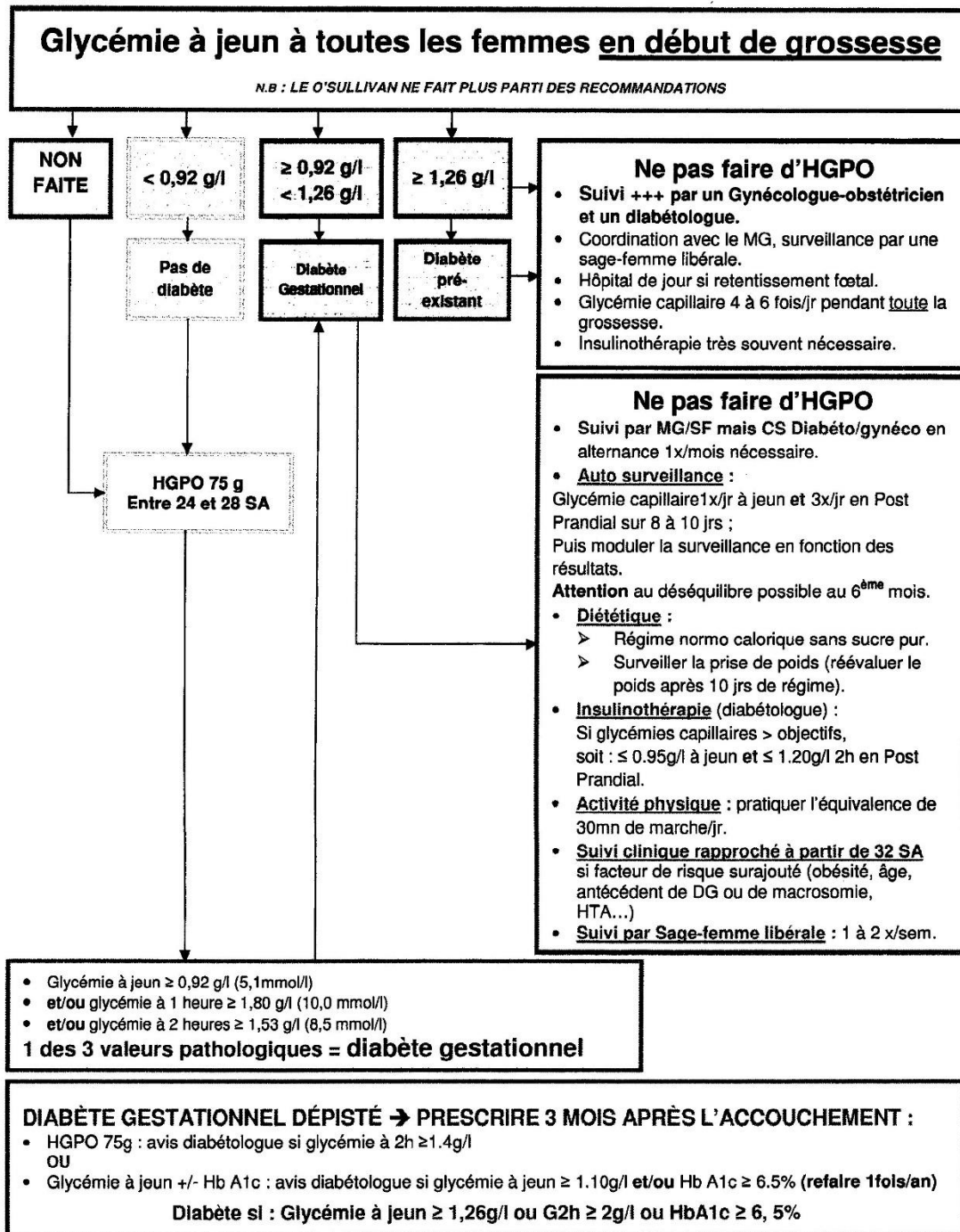


ANNEXES

Annexe1 : protocole de dépistage du DG à l'île de la Réunion



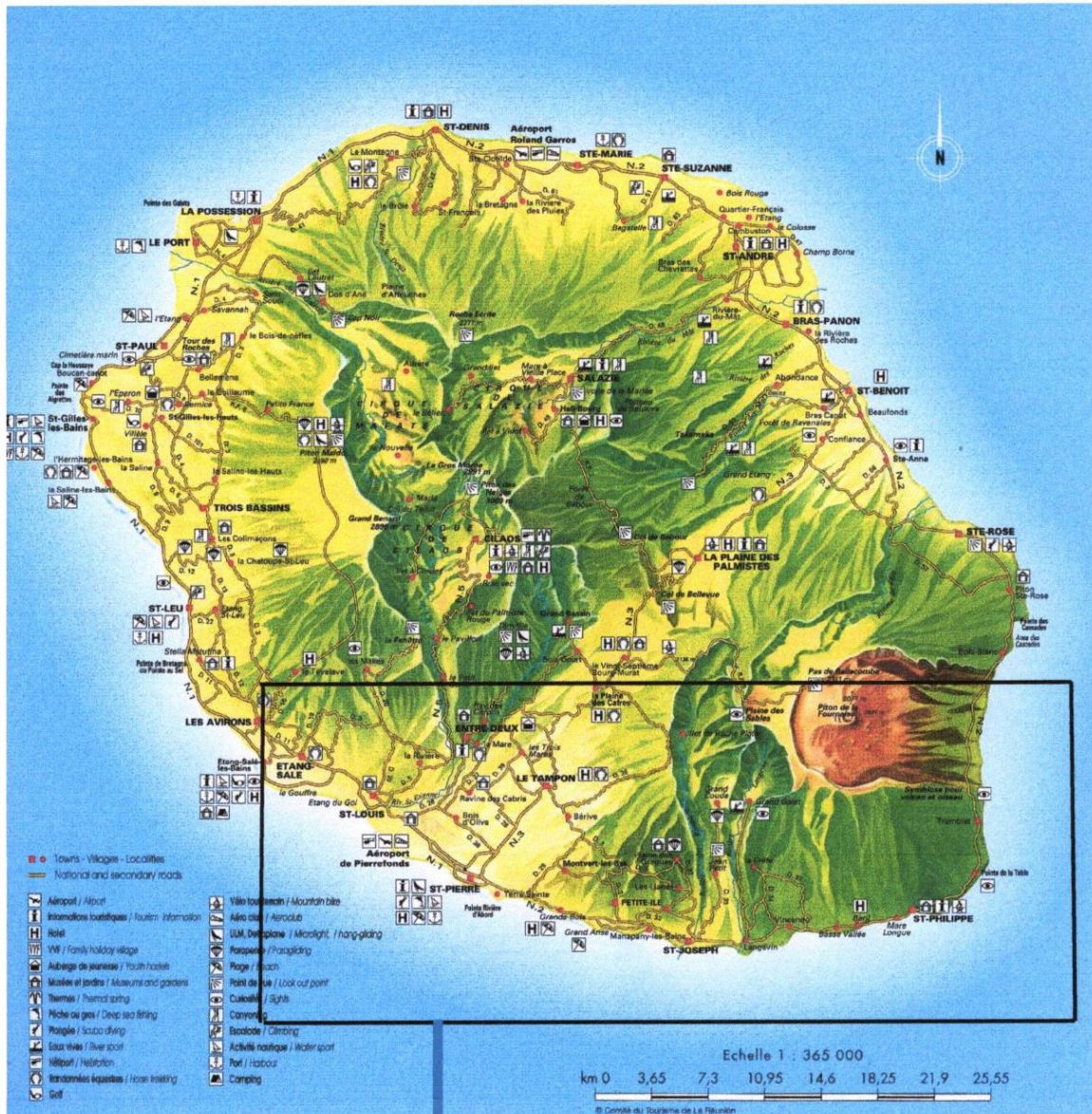
DÉPISTAGE DU DIABÈTE GESTATIONNEL À LA RÉUNION



Fiche technique réalisée par le Réseau Périnatal Réunion – 13/07/2015

Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (1)

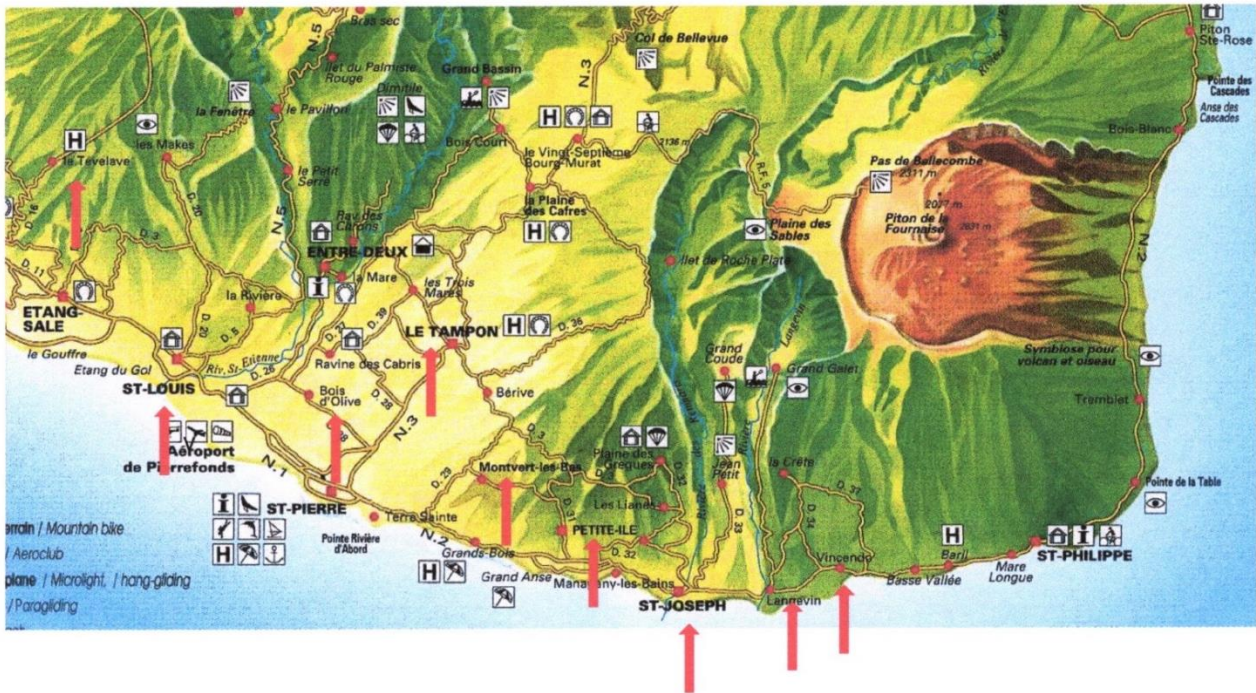
CARTE DE L'ILE DE LA REUNION DANS L'OCEAN INDIEN



ZONE OU ONT EU LIEU LES ENTRETIENS (détail page suivante)

Annexe 2 : zone où se sont déroulées les entretiens (2)

VILLES OU SE SONT DEROULES LES ENTRETIENS



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

Angers, le 24 février 2016

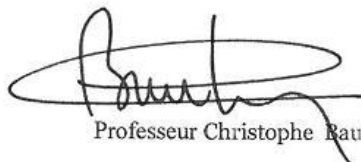
A Madame Babet

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 10 février 2016 votre projet « *Comprendre les spécificités culturelles des femmes réunionnaises enceintes et diabétiques* » enregistré sous le numéro 2016/12.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre étude ne soulève pas d'interrogation éthique.

Je vous prie de croire, Madame en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton

Annexe 4 : lettre d'information aux médecins



UFR Santé

Département médecine

Pr. François GARNIER

Professeur associé
Directeur du Département
francois.garnier@univ-angers.fr

Pr. Jean-François HUEZ

Professeur des Universités
Coordonnateur du D.E.S. de
Médecine générale
jean-francois.huez@univ-angers.fr

Pr. Céline BARON

Professeur associé
celine.baron@univ-angers.fr

Pr. Éric CAILLIEZ

Maitre de conférences associé
eric.cailliez@univ-angers.fr

Pr. Laurent CONNAN

Maitre de conférences associé
Laurent.connan@univ-angers.fr

Dr Catherine de CASABIANCA

Maitre de conférences associé
catherine.decasabianca@univ-angers.fr

Dr William BELLANGER

Maitre de conférences associé
william.bellanger@univ-angers.fr

Dr Aline RAMOND

Chef de clinique
Détachée au Québec

aline.ramond@univ-angers.fr

Dr Cyril BEGUE

Chef de clinique
Cyril.begue@univ-angers.fr
Secrétariat

Julie GAULTIER

Tél. 02 41 73 58 10
julie.gaultier@univ-angers.fr

Marie-Andrée MILANI

Tél. 02 41 73 59 43
marie-andree.milani@univ-angers.fr

Cher(e) Confrère,

Interne en médecine générale en 5^{ème} semestre, mon sujet de thèse porte sur les patientes réunionnaises enceintes et diabétiques habitant les communes de Saint Pierre et de Petite-île.

Le but principal est de mieux comprendre les spécificités culturelles des femmes réunionnaises enceintes et diabétiques.

Si vous acceptez de participer à ce travail, je vous propose :

-de recruter parmi vos patientes celles qui sont :

- Reconnues par vous comme diabétiques.
- Réunionnaise d'origine et vivant sur place, parlant créole ou français
- Habitant dans les limites du secteur géographique défini par les communes de Saint Pierre et de Petite-Ile sur l'île de la Réunion,
- Âgées de plus de 18 ans
- Disponibles du 29/02/2016 au 17/03/2016 inclus : dates de mon séjour sur l'île de la Réunion.

-et de me faire parvenir leurs coordonnées : noms, adresses et numéros de téléphone, à l'adresse courriel ci-dessous.

L'étude consistera à :

- Décrire les éléments qui interagissent dans la prise en charge du diabète gestationnel en étudiant particulièrement les spécificités des habitudes alimentaires à la Réunion
- Etudier les représentations des femmes enceintes en ce qui concerne la santé en lien avec leur diabète
- Identifier les stratégies, si elles existent, de négociation entre le diabète, la grossesse et l'exigence alimentaire créole
- Repérer les attentes des parturientes vis-à-vis du système de santé et spécialement de leur médecin généraliste

Pour cela, je réaliserai environ les entretiens dans l'île, du 02/03 au 17/03/2016.

L'exploitation des données sera réalisée de façon anonyme pour les patientes et les médecins concernés.

Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec : Marie BABET, interne en médecine générale à Angers,

-au numéro de téléphone suivant : 06 42 32 10 70,

-ou à l'adresse courriel suivante : martinmarie.babet@yahoo.fr

Je vous remercie par avance pour le temps que vous voudrez bien m'accorder.

Bien confraternellement,

Marie BABET, interne en médecine générale à Angers,

Dr William BELLANGER, Directeur de thèse, Maitre de conférences, Département de Médecine Générale d'Angers



UFR Santé

Département Médecine

Pr. François GARNIER

Professeur associé
Directeur du Département
francois.garnier@univ-angers.fr

Pr. Jean-François HUEZ

Professeur des Universités
Coordonnateur du D.E.S. de
Médecine générale
jean-francois.huez@univ-angers.fr

Pr. Céline BARON

Professeur associé
celine.baron@univ-angers.fr

Pr. Éric CAILLIEZ

Maitre de conférences associé
eric.cailliez@univ-angers.fr

Pr Laurent CONNAN

Maitre de conférences associé
Laurent.connan@univ-angers.fr

Dr Catherine de CASABIANCA

Maitre de conférences associé
catherine.decasabianca@univ-angers.fr

Dr William BELLANGER

Maitre de conférences associé
william.bellanger@univ-angers.fr

Dr Aline RAMOND

Chef de clinique
Détachée au Québec

aline.ramond@univ-angers.fr

Dr Cyril BEGUE

Chef de clinique
Cyril.begue@univ-angers.fr

Secrétariat

Julie GAULTIER

Tél. 02 41 73 58 10
julie.gaultier@univ-angers.fr

Marie-Andrée MILANI

Tél. 02 41 73 59 43
marie-andree.milani@univ-angers.fr

Lettre d'information pour la participation une thèse de médecine générale :

Je vous propose de participer à une recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale.

Cette étude concerne les femmes réunionnaises enceintes atteintes de diabète gestationnel. Ce document vous explique le but de mon projet.

Je vous invite à prendre le temps de le lire et à poser toutes les questions que vous jugerez utiles afin de prendre votre décision.

Cette étude a été mise en place sous la direction du Dr BELLANGER William (faculté de médecine d'Angers).

Elle ne modifie en rien votre prise en charge médicale

Votre collaboration n'entraîne aucune participation financière de votre part.

Je vous propose d'effectuer un entretien avec vous, à votre domicile. Un seul entretien sera réalisé, d'une durée de 30 mn environ. Vous aurez la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment. Aucune justification ne vous sera demandée.

L'entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui a été dit ne sera modifié. Toutes les informations recueillies pendant cette recherche seront rendues anonymes. Vous pourrez, si vous le souhaitez, relire l'entretien retranscrit et demander qu'il ne soit pas utilisé.

Les données recueillies seront conservées et analysées par informatique. Le fichier informatique utilisé pour la présente recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL*.

La publication de cette recherche ne comportera aucun résultat individualisable.

Vos données anonymisées seront conservées par l'équipe de recherche. Elles pourront être utilisées pour la formation ou la recherche au sein de l'Université d'Angers.

Le Comité d'Ethique du CHU d'Angers a évalué la pertinence éthique de cette étude et a émis un avis favorable à sa mise en œuvre.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre.

Si vous êtes d'accord pour participer à l'étude, je vous demanderai de me remettre le formulaire ci-joint signé lorsque nous nous rencontrerons pour effectuer l'entretien.

* CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Lettre de consentement à la participation au travail de thèse de médecine générale :

Titre de la recherche : comprendre les spécificités culturelles des femmes enceintes réunionnaises diabétiques.

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués par ...
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement et de lire sa retranscription
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé*

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été transmise.

J'ai bien compris que ma participation à cette étude est volontaire.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je consens à ce que cet entretien retranscrit et anonymisé soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

A _____, le _____

Signature de la personne

Nom et signature de l'investigateur

Mlle Marie BABET

Nom et signature du directeur de thèse

Dr William BELLANGER

Annexe 7 : Grille d'entretien^{1,2}

Infos socioéconomiques

Environnement scolaire

Activités professionnelles

Laquelle temps de travail

Avec qui vivez-vous ? Avez-vous des enfants ?

Informations médicales sur les ATCD et comorbidités

Qu'attendez-vous de cette rencontre ?

Informations sur la grossesse et le diabète :

Comment vivez-vous votre grossesse ? et votre famille ?

Pourriez-vous me raconter l'histoire de votre maladie ? Quels examens vous a-t-on fait pour savoir si vous avez du diabète ?

Pourriez-vous décrire comment se passe votre vie quotidienne depuis le diagnostic ? Ses changements, en bien ou non ?

Que pensez-vous des traitements et des conseils qui vous ont été donnés ? Qu'en attendez-vous ?

Que vous fait-on comme examen depuis, pourquoi ? comment vivez-vous ces examens ? qu'en attendez-vous ? quelles décisions prenez-vous en fonction des résultats ?

Informations connaissances alimentation :

Qui fait les courses, quand ? qui prépare les repas et à quel moment ?

Que pensez-vous du rôle de l'alimentation sur la grossesse (aliments autorisés et interdits) ? et sur le diabète ?

Dans l'ensemble, en quoi votre alimentation vous semble appropriée ou pas ?

On vous conseille d'avoir une alimentation équilibrée. Pour vous qu'est-ce que cela signifie ?

Comment peut-on faire varier la glycémie ?

Information sur la relation aux professionnels de santé

- Représentation de la place du médecin généraliste :

Comment décririez-vous votre relation avec votre médecin généraliste ? comment vous a-t-il expliqué la prise en charge de votre diabète surtout en ce qui concerne la façon de vous alimenter ?

Qu'attendez-vous de votre médecin généraliste ?

- concernant les autres professionnels de la santé, ou identifiés comme tels :

Qu'attendez-vous du tisseur ?

Quelle est la place accordée à d'autres acteurs de la santé comme les infirmiers par exemple ?

Motivations et Projet personnel :

Pourriez-vous me décrire ce que vous faites actuellement pour prendre soin de vous ?

Quelles sont les raisons qui vous motivent ? Quels sont les obstacles que vous rencontrez ? Quel but pensez-vous atteindre ?

Quand vous avez besoin d'aide ou de soutien, comment réagissez-vous ? Vers qui vous tournez-vous ?

Qu'est ce qui selon vous, pourrait vous aider à mieux vivre tout en étant diabétique ? Qu'est-ce qui vous inquiète maintenant et pour l'avenir ?

Quels sont les projets qui vous tiennent à cœur dans les semaines, les mois, les années qui viennent ?

Références ayant servi à la construction du guide d'entretien

1-Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers 2010, Vol.3 N°, 23-34. Disponibilité sur Internet : < DOI : 10.3917/rsi.102.0023 >.

2-Cohen P. La Réunion, une île entre nourriture et nourritures : approche anthropologique et bio culturelle de l'alimentation. Thèse d'Anthropologie : Université d'Aix Marseille, 1993.

Annexe 8 : détails des caractéristiques de la population

Tableau 1 : caractéristiques de la population

Parturientes	1	2	3	4*	5	6**	7	8	9	10***
Age	28ans	35ans	28ans	21ans	26ans	41ans Grossesse sous stérilet	30ans	36ans	23 ans	32ans
Terme	22SA	17SA	7mois	33SA	32SA	30SA	32SA	10SA	35SA	6 ^{ème} mois
Gestité/parité	G5 P4	G4P3	G2P1	G2P1	G4P3	G5P4	G1P0	G2P1	G1P0	G8P6
Terme au moment du diagnostic du diabète gestationnel	1 ^{er} trimestre de grossesse	1 ^{er} trimestre de grossesse	8SA	12SA au moment du diagnostic de grossesse	24SA	26SA	26SA	6SA	31SA	3mois
Glycémies au diagnostic	GAJ 2g/l	GAJ 2,10g/L	1 ^{ère} GAJ à 0,97g/l 2 ^{ème} GAJ>0,97	GAJ 1,40g/l : corticothérapie de maturation fœtale à 12 SA HGPO Normale à 26semaines	GAJ1,30g/l	GAJ0,96 g/l	GAJ 0,62g/l à H1 1,71g/l à H2	GAJ 1,05g/l	GAJ 0,81 à H1 1,17g/l à H2	GAJ à 0,95g/l
Méthode de diagnostic du diabète gestationnel	GAJ par médecin traitant dès le diagnostic de grossesse posé puis HGPO pour « vérifier »	GAJ	2 HGPO	GAJ à 12SA puis HGPO à 26SA	HGPO	HGPO	HGPO	GAJ en même temps que le diagnostic de grossesse	HGPO	GAJ
Prise en charge du diabète gestationnel	RHD activité physique puis Insulinothérapie au 3 ^{ème} mois	Insulinothérapie	RHD activité physique puis insulinothérapie	RHD activité physique	Insulinothérapie	RHD activité physique	RHD activité physique	RHD activité physique	RHD activité physique	RHD activité physique
Suivi du diabète gestationnel	CHU	Endocrinologue libérale	CHU	CHU	CHU	CHU	CHU	Endocrinologue libérale	CHU	CHU
ATCD de diabète gestationnel/complications maternofoetales	DG à 2 grossesses précédentes	DG aux 3 grossesses précédentes	Non	Non	DG à la 1 ^{ère} grossesse mais sans insuline fissuration poche des eaux 1 semaine avant le déclenchement prévu	Non	Non	Non		DG à la 7 ^{ème} grossesse
ATCD de nouveaux diabètes macrosome	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non		
ATCD de nouveaux diabètes macrosome	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non		

Variation du poids pendant la grossesse	Non mentionné	Grossesse précédente : prise d'environ 30kgs perdus en partie	Grossesse précédente : prise de 30 kgs, en a perdu 20avant cette grossesse	Perte de 18Kgs en 5mois : 95kgs avant le diagnostic de grossesse à 77kgs à 33SA	Prise de 11kgs 47kgs avt la grossesse pour 1, 52m	Non mentionné	8kgs en 7mois dont 4kgs en 1mois et demi au 1 ^{er} trimestre	Non mentionné	Perte de 7kgs 63kgs en début de grossesse 56kgs au 8 ^{ème} mois	Non mentionné
Facteurs de risque	Obésité	ATCD DG	Aucun	Surpoids	ATCD DG	Age	Surpoids	Obésité	Aucun	Obésité
De DG	DT2 chez le père	ATCD DG								ATCD DG
Suivi échographique foetal			Bonne croissance foetale	Poids bébé estimé à 1,300kgs Ralentissement rythme cardiaque foetal avec multiples hospitalisations / suspicion d'anémie foetale		Bonne croissance foetale	Croissance foetale normale	Non débuté	Pas d'anomalie du développement	Développement foetal normal
ATCD de Grossesses pathologiques sans tenir compte des ATCD de DG	non	1ère grossesse : Césarienne sur Eclampsie + coma pendant 15 jours	Non	Accouchement prématuré à 34SA/groupe A-	Hémorragie de la délivrance à 2 ^{ème} grossesse / Cardiopathie congénitale opératoire à J4 pour nouveau-né précédent			Cardiopathie congénitale opérée nouvelle née précédente		Non
ATCD de régime	Non mentionné	Est passée de 95kgs à 65kgs avant sa grossesse en suivant		Oui pendant la grossesse précédente : perte de 16kgs	Oui : a perdu 16kgs en 5 mois en étant	Non		Oui : per te de 8kgs entre les 2 grossesses	Non	Non mentionné

		un « régime »												suivie par nutrition niste (de 95kgs à 79kgs pour 1,57m)		ses repris depuis
Parturientes	1	2	3	4*	5	6**	7	8	9	10***						
Etat psychologique	Optimiste	Dévastée /traumatisée				Baby blues après le 1 ^{er} accouchement	Peur +++	Volontaire	Stressée							N'a pas le moral
Ethnie	Mahoraise de confession musulmane	Blancs des hauts	Blancs des hauts	Blancs des hauts A adopté la religion hindouiste	Blancs des hauts	Malabaraise de confession catholique pratiquante	Créole	Créole	Blancs des hauts	Mahorais de confession musulmane						
ATCD familial de diabète	Père DT2 sous insuline Sœur DT2	Père DT2 sous insuline	Non	Non	Grands-pères et grands-mères DT2	Mère DT2 sous insuline Sœur DG	Sœur et grand-mère DT2	Non	Mère DT2	Non mentionné						
Statut économique et social	Célibataire Sans emploi Titulaire d'un diplôme de secrétariat mahorais En procès pour la garde de 2 de ses enfants	Mariée Sans emploi	Mariée Conductrice de bus	Séparée sans emploi	Mariée sans emploi	Mariée sans emploi Situation d'endettement	En couple Salariée	Salariée Vit seule avec sa fille mais en lien avec le père du bébé	Salariée	Célibataire demandeuse d'emploi Était agent administratif à Mayotte						
Vécu ailleurs	Mayotte pendant 18 ans	A vécu 3 ans et demi en France	A vécu 8 ans en France	Non	Non	Non	En France métropolitaine	Non	Vit en France métropolitaine	Mayotte pendant 29ans						

qu'à la Réunion	France métropolitaine pendant 1 an	métropolitaine	métropolitaine				pendant 4 ans			mais est venue à la Réunion pendant sa grossesse jusqu'à l'accouchement
Distance domicile/CHU	15km	30km	11km	20km	20km	14km véhiculé	13km	15km	10km	15km
	Sans voiture	Véhiculée			Véhiculée		Véhiculée	véhiculée		Sans voiture







*il persiste un doute sur le diagnostic de DG : cette parturiente s'est vue diagnostiquée un « faux diabète » après la GAJ à 1,40g/l le lendemain de l'injection de corticoïdes. A ce moment là aucune ASG ni RHD n'ont été mises en place. A 26 SA elle a bénéficié d'une HGPO, et après relecture du dossier médicale par le corps médicale, elle a été considérée comme ayant un diabète gestationnel à cause de la GAJ à 12SA. Elle a donc fait l'ASG, et supprimé les sucres rapides, les glycémies pré et post prandiales étant dans les normes, l'ASG a été diminué à 4/j.

**entretien au CHU car hospitalisée pour vomissements persistants

***P 10 a débuté sa 8^{ème} grossesse 2 mois après avoir accouché. Elle avait un DG à la 7^{ème} grossesse
Pas de suivi de glycémies en postpartum contrôlée le plus souvent les mères disent en avoir eu marre.

Annexe 9 : documents distribués lors de la réunion « d'éducation thérapeutique » au
 CHU Sud Réunion




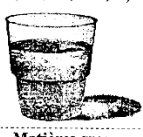




LE PETIT DEJEUNER CONSEILLE est composé de

<p>Féculeux complets (Pain complet, pain aux céréales, biscottes complètes ou aux céréales...)</p>  <p>Quantité : Entre 40 et 60 g soit l'équivalent de : - 1/6 à 1/4 de baguette - 2 à 4 tranches de pain - 2 à 4 biscottes - 3 c.à.s de céréales.</p>	<p>Matières grasses (beurre, margarine,...)</p>  <p>Quantité : 10g de matières grasses soit 1 carré individuel ou 1 cuillère à café</p>	<p>Boisson nature (eau, thé, café,...)</p> 
<p>Laitage nature (Yaourt nature ou silhouette aux fruits sans sucre ajouté, lait 1/2 écrémé, fromage blanc nature, fromage, ...)</p>  <p>Quantité : 1 à 2 unités</p>	<p>Un fruit entier (crus ou cuits) Fruit frais ou compote sans sucre ajouté</p>  <p>Quantité : 1 portion</p>	<p>Pas de produits sucrés</p> 

J'analyse la composition de mon petit déjeuner

Mon petit déjeuner	Ce que j'ai en trop	Ce qu'il manque
<p>Noter ce que je mange habituellement</p>	<p>Quel aliment je consomme en plus de ce qui est conseillé ?</p>	<p>Quel aliment conseillé je ne consomme pas ?</p>

LE DEJEUNER ET LE DINER CONSEILLES sont composés de

<p>Féculeux de préférence riches en fibres (Riz basmati, grains, riz complet, pâtes complètes, pain complet...)</p>  <p>Quantité : - 4 à 7 cuillères à soupe de féculents cuits Ou 3 à 5 tranches de pain Ou 1/5 à 1/3 de baguette</p> <p>Je peux manger des féculents raffinés tels que riz blanc, pâtes, semoule, baguette, ... à condition qu'au repas je consomme un autre aliment source de fibres pour compenser (grains, légumes et fruit)</p>	<p>Légumes (cuits ou crus)</p>  <p>Quantité : A volonté</p> <p>Viande, poisson, œufs, crustacés</p>  <p>Quantité : 100 g</p>	<p>Boisson nature (eau, thé, café,...)</p>  <p>Matières grasses (huile, margarine, beurre, ...)</p>  <p>Quantité : 1 cuillère à soupe</p>
<p>Laitage nature (Yaourt nature ou silhouette aux fruits sans sucre ajouté, lait 1/2 écrémé, fromage blanc nature, fromage, ...)</p>  <p>Quantité : 1 unité</p>	<p>Un fruit entier (crus ou cuits) Fruit frais ou compote sans sucre ajouté</p>  <p>Quantité : 1 portion</p>	<p>Pas de produits sucrés</p> 

J'analyse la composition de mes déjeuners et dîners

Mon déjeuner ou dîner	Ce que j'ai en trop	Ce qu'il manque
<p>Noter ce que je mange habituellement</p>	<p>Quel aliment je consomme en plus de ce qui est conseillé ?</p>	<p>Quel aliment conseillé je ne consomme pas ?</p>

LES COLLATION DE 10H ET 16H ne sont pas systématiques, elles sont composées de

Laitage nature = collation qui ne fait pas monter la glycémie

(Yaourt nature ou silhouette aux fruits sans sucre ajouté, lait ½ écrémé, fromage blanc nature, fromage, ...)



Quantité : 1 unité

Eventuellement

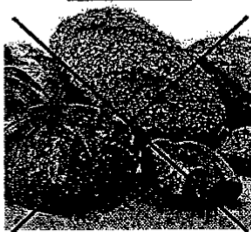
Un fruit entier (crus ou cuits) = collation qui peut faire monter la glycémie
Fruit frais ou compote sans sucre ajouté



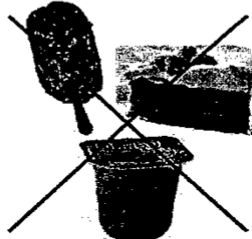
Quantité : 1 portion

A éviter

Féculeux



Produits sucrés



J'analyse la composition de mes collations

Mes collations

Noter ce que je mange habituellement

Ou

Ce que j'ai en trop

Quel aliment je consomme en plus de ce qui est conseillé ?

Trouver et corriger les causes alimentaires d'hyperglycémie à 12h et à 18h – 19h

Si ma glycémie est en dessous de 0.95 g/l, 2h après la collation (12h – 18h – 19h)

Je peux continuer à prendre une collation, cependant :

- Je peux améliorer l'équilibre de ma collation
- J'évite de manger si je n'ai pas faim afin de limiter la prise de poids
- Si un jour j'ai des hyperglycémies, je devrais obligatoirement modifier ma collation

Si ma glycémie est au dessus de 0.95 g/l, 2h après la collation (12h – 18h – 19h); les collations de 10h et 16h sont peut être responsables : Répondre aux questions suivantes (en cochant)

1 – Est-ce que je mange des aliments sucrés (glace, gâteau, sucrerie, flans ...)?		NON
2 – Est-ce que je consomme des boissons sucrées (sodas, thé glacé, jus ...)?		NON
3 – Est-ce que je grignote régulièrement ?		NON
4 – Mes laitages (yaourt, fromage blanc ...) sont :		Nature
5 – Est-ce que je mange plus d'un fruit		NON
6 – Est-ce que je mange des féculents ?		NON
7 – Mes compotes industrielles sont-elle sans sucre ajouté ?	OUI	

Si j'ai coché une réponse à fond gris, je dois modifier mon comportement alimentaire en conséquence

Les changements que je dois faire (par ordre d'importance) :

1 –

2 –

3 –

Chaque changement que je fais me permet de retrouver mon équilibre glycémique

Si après tous les changements les glycémies restent élevées → **La cause n'est pas alimentaire**

Pour la lisibilité du tableau, les questions 2,4 et 6 sont réécrites ci-dessous :

2-Est-ce que je consomme des boissons sucrées (sodas, thé glacé, jus) ? Oui- Non

4-Mes laitages (yaourt, fromage, blanc...) sont : sucrés, ou nature

6- Est-ce que je mange des féculents ? Oui- Non

Mon diabète gestationnel



Les infirmières d'éducation.

Qu'est-ce que le diabète gestationnel ?

- Est aussi appelé « **diabète de grossesse** ».
- Apparaît pendant la grossesse, au cours du 2^{ème} trimestre.
- Augmentation du sucre dans le sang au cours de la grossesse.
- L'insuline est sécrétée par le pancréas. Cette hormone qui diminue le taux sucre dans le sang, devient moins efficace.
- L'efficacité de l'insuline diminue progressivement au cours de la grossesse.
- **Disparaît après l'accouchement.**

Quelles sont les causes ?

- Femmes de 30 ans et plus.
- Antécédents familiaux de diabète.
- Surpoids ou obésité.
- Avoir déjà fait un diabète gestationnel.
- Être atteinte d'ovaires polykystiques.
- Avoir déjà eu un bébé pesant plus de 4 kg à la naissance (macrosomie).

Il est donc important que le médecin qui suit votre grossesse connaisse tous vos antécédents.



Quels sont les risques ?

- Poids du bébé dépassant 4kg (= la **macrosomie**) à la naissance avec un risque de césarienne.
- **Hypoglycémie néonatale** si hyperglycémie de la mère durant la grossesse.
- Difficultés à l'accouchement liées à la macrosomie.
- **Ictère** (= jaunisse).
- **Détresse respiratoire du nourrisson.**
- **Pré-éclampsie** (hypertension artérielle).
- **Hydramnios** = trop de liquide amniotique.

Quels sont les traitements d'un diabète gestationnel ?

- Celui-ci repose tout d'abord sur des **règles diététiques**.
- Une **surveillance des glycémies capillaires** au minimum 4 fois/jour (= **au réveil et 2H après les repas**).
- Les objectifs glycémiques : - ≤ à **0,95 g/L à jeun**
- ≤ à **1,20 g/L 2h après le repas**
- Lorsque les règles diététiques ne suffisent pas pour normaliser les glycémies, un **traitement par insuline** est nécessaire.

Une activité physique a-t-elle un intérêt ?

- Une activité physique modérée et régulière d'environ 30 min 3 à 5 fois par semaine est conseillée, en accord avec votre médecin.

BABET Marie

ALIMENTATION, DIABETE ET GROSSESSE CHEZ LES FEMMES REUNIONNAISES

Vers une réappropriation d'un discours médical collectif pour une pratique plus individualisée.

RÉSUMÉ

Contexte : La prévalence du diabète gestationnel (DG), de 14,4% en 2013 ne cesse d'augmenter à l'île de la Réunion où le dépistage est systématique. L'intervention médicale d'emblée intensive, vise à obtenir le meilleur équilibre glycémique et à optimiser la croissance fœtale. Des travaux récents suggèrent que le DG a un impact négatif sur la qualité de vie. Aucune étude n'a été faite sur la population réunionnaise.

Objectif / L'objectif était d'explorer le vécu des femmes enceintes diagnostiquées diabétiques pendant leur grossesse et les stratégies de négociation utilisées au quotidien.

Méthode : Etude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de femmes enceintes diabétiques.

Résultats : Le diagnostic de DG crée un choc pendant la grossesse et un sentiment de culpabilité envers le bébé à naître. Le suivi médical intensif, les objectifs glycémiques à atteindre engendrent une pression au quotidien avec une frustration importante entravant le plaisir d'être enceinte. Pour faire face au sentiment de perte d'autonomie et garder le contrôle de leur grossesse, les femmes construisent des savoir-faire à travers des expérimentations alimentaires originales en restant centrée sur leur bien-être et le développement de leur bébé.

Conclusion : Les résultats de notre étude concordent avec ceux des travaux récents. L'accompagnement des femmes atteintes de DG devrait davantage tenir compte de leur vécu ? Définir des groupes de femmes à risque en fonction de leur index glycémique et adapter les stratégies à ces groupes tout en ne compromettant pas la grossesse reste un défi pour les professionnels de santé.

Mots-clés : Mots-clé : diabete gestationnel, aspect psychologique, éducation du patient, gestion des soins aux patients, régime pour diabétique, étude qualitative

DIET AND GESTATIONAL DIABETES IN WOMEN FROM REUNION ISLAND

Towards a reappropriation of a collective medical discourse for a more individualized practice.

ABSTRACT

Background: The prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM), which was of 14.4% in 2013, is steadily increasing in Reunion Island in spite of the systematic screening. The intensive medical intervention aims to improving glycemic control and optimizing fetal development. Recent works point to the negative impact of GDM on the quality of life. No study was conducted in the population of Reunion.

Objective : Exploring pregnant woman experience and analyzing the used daily management strategies to improve care.

Method : qualitative study based on semi-structured interviews concerning pregnant women with GDM.

Results: The diagnosis of GDM results in an emotional shock during pregnancy and a feeling of guilt towards the baby. The intensive medical follow-up and the glycemic targets lead to a daily pressure with considerable frustration hindering the pleasure of being pregnant. To cope with the feeling of loss of autonomy and to keep control of their pregnancy, women acquire know-how through original food experiments while remaining focused on their well-being and the development of their babies.

Conclusion: The results of our study are consistent with those of recent works. The management of women with GDM considers their experiences. Grouping women according to glycemic risk for a better adapted management without compromising pregnancy safety remains a challenge for health professionals.

Keywords : diabetes, gestationnal, psychology, qualitative research, professionnel-patient relations, stress psychological