

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	17
A.	Prérequis : généralités sur le diabète gestationnel	17
1.	Définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ¹	17
2.	Physiopathologie et facteurs de risque de diabète gestationnel	17
3.	Prévalence et augmentation de prévalence du diabète gestationnel	18
4.	Risque de complications	20
a)	Pendant la grossesse et l'accouchement : pour la mère et pour le bébé	20
b)	A plus long terme : pour la mère et pour le bébé	21
5.	Recommandations françaises	23
a)	Recommandations élaborées par la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2010 ¹	23
b)	Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 ¹⁰	27
B.	L'enjeu du suivi à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel	28
C.	Intérêt de notre étude	30
II.	Méthode	33
A.	Choix de la méthode de recherche	33
B.	Population étudiée	34
C.	Recueil des données	35
1.	Période et lieu de réalisation des entretiens	35
2.	Déroulement des entretiens	36
3.	Guide d'entretien	36
4.	Choix du nombre d'entretiens	38
D.	Analyse des données	38
1.	Retranscription des entretiens	38
2.	Analyse des entretiens	39
III.	Résultats	40
A.	Description de la population de l'échantillon	40
B.	Résultats de l'analyse thématique	41
1.	Suivi post-partum	41
a)	Pratique de la gynécologie et suivi de grossesse	41
b)	Thèmes abordés lors de la consultation du post-partum	42
c)	Organisation de la consultation du post-partum	44
d)	Difficultés à réaliser la consultation du post-partum	45
2.	Suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel	47
a)	Les acteurs du suivi	47
b)	Modalités du suivi	48
c)	Organisation du suivi	49
3.	Difficultés rencontrées lors de ce suivi	51
a)	En rapport avec la patiente	51
b)	En rapport avec le médecin	56
c)	En rapport avec le système de santé	59
4.	Idées d'amélioration	62
a)	Communication avec la maternité	62
b)	Communication au sein du cabinet du médecin traitant	64
c)	Collaboration pluridisciplinaire en ambulatoire	65
d)	Responsabilisation des patientes	66
e)	Rôle des médias	68
IV.	Discussion	69
A.	Forces et faiblesses de l'étude	69

1.	Choix de la méthode qualitative	69
2.	Elaboration du guide d'entretien	69
3.	Biais de recueil	70
4.	Analyse des données.....	71
B.	Discussion des principaux résultats	71
1.	Le post-partum : un changement de priorités pour la nouvelle mère	72
a)	La femme s'efface derrière le bébé	72
b)	Une rupture du suivi de la femme malgré les complications de grossesse	73
2.	Transfert des soins de l'hôpital à la ville, un enjeu de communication	74
a)	Le suivi à long terme : rôle du médecin traitant	74
b)	Communication avec la patiente	76
c)	Communication avec le médecin traitant.....	78
3.	L'organisation de la prévention à long terme.....	83
a)	Prise en charge globale par le médecin traitant.....	83
b)	Collaboration pluridisciplinaire ambulatoire	85
c)	La patiente actrice de sa santé.....	89
4.	Perspectives en soins et en recherche	90
V.	Conclusion	92
VI.	Bibliographie	94
VII.	Annexes	98
A.	Tableau 5 : Grade des recommandations ⁴⁶	98
B.	Guide d'entretien	99
C.	Information et recueil de consentement	101
D.	Retranscription des entretiens	102
1.	<i>Focus group</i> du 16/05/2018.....	102
2.	<i>Focus Group</i> 23/05/2018	119
3.	Entretien individuel du 27/09/2018	130
4.	Entretien individuel du 18/10/2018	134
E.	Liste de codes.....	138

LISTE DES ABREVIATIONS

AHA : American Heart Association

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DMP : Dossier Médical Partagé

DU : Diplôme Universitaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

GAJ : Glycémie à jeun

HAPO : Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1C : Hémoglobine glyquée

HGPO : Hyperglycémie Provoquée par Voie Orale

HTA : Hypertension Artérielle

IADPSG: International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement au retour à Domicile

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFD : Société Francophone de Diabétologie

SMS : Short Message Service

TSA : Troncs Supra-Aortiques

I. INTRODUCTION

A. Prérequis : généralités sur le diabète gestationnel

1. Définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse.

Cette définition est valable quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum et regroupe en réalité deux entités nosologiques bien différentes :

- un diabète méconnu, souvent de type II, découvert à l'occasion de la grossesse mais préexistant à celle-ci. Ce trouble persiste à long terme.
- une anomalie de la tolérance glucidique développée uniquement à l'occasion de la grossesse. Ce trouble disparaît, au moins temporairement, après l'accouchement. ¹

2. Physiopathologie et facteurs de risque de diabète gestationnel

Lors de la grossesse, on observe une insulinorésistance physiologique. Le diabète gestationnel peut être expliqué par une difficulté sous-jacente des cellules β des îlots de Langerhans du pancréas à adapter leur capacité de sécrétion d'insuline à cette insulinorésistance. Les femmes aux antécédents de diabète gestationnel peuvent présenter par la suite une détérioration plus rapide des capacités de sécrétion des cellules β et de la sensibilité à l'insuline que les femmes sans antécédent de diabète gestationnel. Certains auteurs proposaient alors de présenter le diabète gestationnel et le diabète de type II non pas comme deux maladies différentes mais plutôt comme un continuum de pathologies à des stades différents.²

Les différents grades de recommandations et les niveaux de preuve scientifiques correspondants sont détaillés en annexe.

Les principaux facteurs de risque de diabète gestationnel retrouvés dans la littérature étaient : (grade A)¹

- âge \geq 35 ans,
- surpoids ou obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) \geq 25),
- antécédents familiaux au premier degré de diabète de type II,
- antécédent personnel de diabète gestationnel,
- antécédent d'enfant macrosome.

Certaines origines ethniques et un antécédent de syndrome des ovaires polykystiques augmentaient aussi le risque de diabète gestationnel. (grade B)¹

3. Prévalence et augmentation de prévalence du diabète gestationnel

Avant 2010, avec les anciennes conditions de dépistage, on retrouvait une prévalence du diabète gestationnel de 2 à 6 % avec une tendance globale à l'augmentation de prévalence.¹

La cohorte prospective *Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome* (HAPO) a analysé 23316 grossesses de juillet 2000 à avril 2006 pour étudier les relations entre la glycémie maternelle et les complications de la grossesse chez des patientes non traitées pour un diabète gestationnel. Après ajustement, notamment sur l'âge, l'IMC et les antécédents familiaux de diabète, une association significative a été retrouvée entre l'hyperglycémie maternelle à jeun et une augmentation du risque de :

- césarienne,
- macrosomie (poids de naissance supérieur au 90ème percentile pour l'âge gestationnel),
- hyperinsulinisme fœtal (peptide C sérique du cordon supérieur au 90ème percentile),
- prématurité (naissance avant 37 semaines de grossesse),
- traumatisme lors de la naissance,
- pré-éclampsie,
- augmentation de l'adiposité néonatale.

Cette étude a également retrouvé que l'hyperglycémie maternelle à 1h et à 2h après ingestion de 75g de glucose dans le cadre d'un test d'Hyperglycémie Provoquée par voie Orale (HGPO) était associée indépendamment avec tous ces critères de jugement, mais aussi avec une augmentation du risque d'hyperbilirubinémie, d'hypoglycémie clinique chez le bébé et de nécessité de réanimation néonatale.

L'étude HAPO a mis en évidence qu'il n'existait pas de glycémie « seuil » au-delà de laquelle il existait un risque de complications : le risque observé augmentait en effet de manière continue avec l'augmentation des valeurs glycémiques.³

Le consensus de l'*International Association of Diabetes Pregnancy Study Group* (IADPSG) publié en mars 2010 a étudié les résultats de cette étude présentant un effectif important et une rigueur méthodologique satisfaisante. Une revue de la littérature incluant l'étude HAPO a permis de proposer de nouvelles recommandations de diagnostic de diabète gestationnel. Ce consensus a déterminé les nouveaux seuils en choisissant un sur-risque de 75% par rapport à la population de référence pour les critères retenus : macrosomie, hyperinsulinisme fœtal et adiposité néonatale.³

Les seuils de diagnostic de ces nouvelles recommandations étant plus bas, on observait une augmentation de la prévalence du diabète gestationnel par rapport aux anciennes recommandations. Par exemple, l'étude Diagest retrouvait une prévalence de 6,3% en France en l'an 2000 avec la méthode de Carpenter et Coustan alors que l'on retrouvait une prévalence de 14% en 2013 avec les critères de l'IADPSG.⁴

En appliquant les nouveaux seuils à la population de l'étude HAPO, on retrouvait une prévalence globale du diabète gestationnel de 17,8% avec des différences entre les centres allant de 9,3 à 25,5%.⁵

Cette analyse était cependant complexe car l'augmentation de la prévalence du diabète gestationnel ne dépendait pas uniquement de ces changements de seuil lors du dépistage. En effet, elle dépendait également de l'augmentation des facteurs de risque de diabète gestationnel, dont l'augmentation de l'âge maternel lors des grossesses et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité.⁴

4. Risque de complications

a) *Pendant la grossesse et l'accouchement : pour la mère et pour le bébé*

L'étude HAPO mettait en évidence que les femmes atteintes de diabète gestationnel présentaient une augmentation du risque de pré-éclampsie et de césarienne, avec une corrélation linéaire positive à la glycémie initiale. Le surpoids et l'obésité, souvent associés au diabète gestationnel, étaient également des facteurs de risque indépendants de pré-éclampsie et césarienne (grade B). On n'observait pas de modification du taux d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale sévère et d'hémorragie du post-partum chez les patientes présentant un diabète gestationnel (grade B). En revanche, on pouvait noter l'apparition d'une anxiété et d'une altération de la perception de soi suite à l'annonce diagnostique (grade C), mais le traitement diminuait le risque de dépression du post-partum (grade B).¹

L'augmentation de fréquence des malformations fœtales en cas de diabète gestationnel était modérée. Ce risque existait en cas de diabète de type II méconnu chez la mère (grade B), mais le risque exact de malformations en cas de diabète gestationnel n'était pas suffisamment évalué. On notait une augmentation du risque de macrosomie mais l'augmentation du risque de traumatismes obstétricaux et d'atteintes du plexus brachial par rapport à la population générale n'était pas bien démontrée. Le risque d'hyperbilirubinémie chez le nouveau-né était aussi faiblement augmenté (grade A).¹

Le traitement spécifique de la mère présentait un intérêt bien démontré : il permettait une réduction des complications périnatales sévères, de la macrosomie fœtale et de la pré-éclampsie par rapport à l'abstention thérapeutique, sans majoration du risque de césarienne (grade A).¹

b) A plus long terme : pour la mère et pour le bébé

On observait une récurrence de diabète gestationnel lors des grossesses suivantes chez 30 à 84% des patientes selon les populations étudiées, ce risque étant accentué chez les femmes non caucasiennes et chez les patientes traitées par insuline lors de la grossesse précédente.

Un antécédent de diabète gestationnel multipliait le risque de diabète de type II par 7 par rapport à la population générale. On observait une apparition du diabète de type II chez 5 à 14% des patientes aux antécédents de diabète gestationnel dès le post-partum précoce, mais le sur-risque persistait jusqu'à 25 ans après l'accouchement.⁶ On retrouvait notamment une prévalence de 20 à 50% de diabète de type II 10 ans après l'accouchement et de plus de 70% sur la vie entière chez ces patientes.⁷

Le risque de développer un syndrome métabolique chez ces patientes était multiplié par 2 à 5 sur l'ensemble de la vie et celui de développer une maladie cardio-vasculaire était multiplié par 1,7.⁶

Une étude réalisée à partir des bases de données médico-administratives françaises de 2007 à 2008⁸ confirmait que les femmes aux antécédents de diabète gestationnel présentaient plus de risque de développer une pathologie cardio-vasculaire à 7 ans de leur accouchement que les femmes sans antécédent de diabète gestationnel (Odds Ratio (OR) ajusté = 1,25). Cette étude ne retrouvait aucun lien avec la survenue d'accident vasculaire cérébral mais un lien fort avec la survenue d'infarctus du myocarde (OR ajusté 1,92) et d'hypertension artérielle (OR ajusté 2,72). Ces résultats étaient retrouvés indépendamment de la survenue d'un diabète de type II et en ajustant également pour l'âge, l'obésité et l'antécédent d'hypertension gravidique. Dans cette population, l'âge moyen de survenue du premier épisode d'angor était de 39,2 ans et celui du premier infarctus du myocarde était de 40,6 ans, soit seulement 3,4 et 3,8 ans après l'accouchement. Cette étude soulignait donc la nécessité d'une prise en charge précoce des jeunes mères pour prévenir ces événements cardio-vasculaires graves.⁸

Parmi la population de femmes aux antécédents de diabète gestationnel, on retrouvait des facteurs de risque non modifiables de développer un diabète de type II :

- un âge maternel élevé,
- des antécédents familiaux de diabète de type II,
- un IMC élevé avant la grossesse,
- une hyperglycémie importante pendant la grossesse,
- la nécessité d'une insulinothérapie pendant la grossesse,⁹
- un début de diabète gestationnel précoce (avant 24 semaines d'aménorrhée (SA))
- et une hyperglycémie importante lors du diagnostic.⁶

En revanche, on retrouvait d'autres facteurs de risque modifiables en post-partum :

- l'IMC en post-partum,
- la proportion de masse grasse,
- l'épaisseur du pli cutané,
- et surtout le tour de taille.⁹

Les enfants nés de mères ayant eu un diabète gestationnel présentaient un risque modéré de complications métaboliques à long terme. Les auteurs recommandaient que les médecins prenant en charge ces enfants soient informés du diagnostic de diabète gestationnel et puissent surveiller régulièrement l'évolution pondérale et la pression artérielle. En cas d'anomalie détectée, les auteurs proposaient une prise en charge globale avec une activité physique régulière, un suivi nutritionnel et un soutien psychologique pour l'enfant et sa famille (grade C).¹

5. Recommandations françaises

a) *Recommandations élaborées par la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2010*¹

(1) Dépistage du diabète gestationnel

Un dépistage du diabète gestationnel est recommandé si la patiente présente au moins un des facteurs de risque cités précédemment : âge ≥ 35 ans, surpoids ou obésité (IMC ≥ 25), antécédents familiaux au premier degré de diabète de type II, antécédent personnel de diabète gestationnel, antécédent d'enfant macrosome (grade A).

Dans ce cas, il est recommandé de rechercher un diabète de type II méconnu lors de la première consultation prénatale (ou idéalement en préconceptionnel (accord professionnel)) par la réalisation d'une glycémie à jeun (grade B), en posant le diagnostic de diabète de type II devant des valeurs de glycémies à jeun supérieures ou égales à 1,26 g/L (accord professionnel).

Le diagnostic de diabète gestationnel est posé si la glycémie à jeun au premier trimestre de grossesse est supérieure à 0,92 g/L (accord professionnel, la pertinence de ce seuil n'ayant pas été évaluée en début de grossesse). Si cette glycémie est anormale, la réalisation d'autres examens n'est pas nécessaire pour confirmer le diagnostic et débuter le traitement.

En revanche, si cette glycémie à jeun est normale au premier trimestre, il est recommandé de réaliser un test d'HGPO à 75g de glucose entre 24 et 28 SA avec une mesure de la glycémie veineuse à jeun, à 1h et à 2h de la prise de glucose (accord professionnel).

Les critères diagnostiques du diabète gestationnel retenus sont les critères proposés par l'IADPSG (accord professionnel), présentés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Valeurs glycémiques permettant le diagnostic de diabète gestationnel selon l'IADPSG

≥ 1 valeur anormale parmi :	
Glycémie à jeun	$\geq 0,92$ g/L
Glycémie à 1h	$\geq 1,80$ g /L
Glycémie à 2h	$\geq 1,53$ g/L

En France, en l'absence d'un des facteurs de risque cités précédemment, le bénéfice du dépistage n'est pas suffisamment évalué. Il n'existe donc pas d'argument suffisant à ce jour pour recommander un dépistage systématique chez toutes les femmes enceintes (accord professionnel), mais l'indication de dépistage nécessite tout de même une évaluation individuelle. La recherche d'un diabète gestationnel est notamment recommandée en présence de biométries fœtales supérieures au 97ème percentile ou d'un hydramnios pendant la grossesse, même en l'absence de facteurs de risque.

(2) Prise en charge spécifique du diabète gestationnel pendant la grossesse

Tableau 2 : Prise en charge spécifique du diabète gestationnel

Elément de prise en charge	Détails	Objectifs
Règles hygiéno-diététiques	Activité physique régulière en l'absence de contre-indication	30 minutes 3 à 5 fois par semaine
	Prise en charge diététique	Adaptée à l'IMC préconceptionnel et à la prise de poids gestationnelle
Autosurveillance glycémique	Glycémies capillaires 4 à 6 fois par jour	<0,95 g/L à jeun <1,20 g /L à 2h en post-prandial (grade A)
Insulinothérapie	Si mauvais équilibre glycémique après 7-10 jours de règles hygiéno-diététiques (grade A)	<0,95 g/L à jeun <1,20 g /L à 2h en post-prandial (grade A)
Surveillance pré-natale	Si bon équilibre	Mensuelle (accord professionnel)
	En cas de déséquilibre du diabète ou de présence de facteurs de risque de pré-éclampsie associés	Plus rapprochée (accord professionnel) tous les 15 jours en alternant une consultation chez le généraliste et une consultation chez le spécialiste
Accouchement	Si équilibre glycémique satisfaisant et absence de retentissement fœtal	Normal (grade C)
	Si mauvais équilibre glycémique ou retentissement fœtal	Provoqué à 39 SA + 0J si la balance bénéfice-risque le permet
	Si poids fœtal estimé > 4250 ou 4500g	Proposition de césarienne (grade C)

L'apport glucidique doit être réparti en trois repas et deux collations (accord professionnel) et représenter 40 à 50% de l'apport calorique total (grade C). Pour améliorer l'équilibre glycémique, on recommande la consommation d'aliments à index glycémique faible et de fibres (accord professionnel).

L'autosurveillance glycémique permet la surveillance de l'équilibre du diabète et de poser si besoin l'indication d'une insulinothérapie. Elle est indispensable pour l'adaptation des doses le cas échéant. Cette surveillance doit être poursuivie dans le post-partum immédiat.

Si une insulinothérapie est nécessaire, il faut l'adapter au profil glycémique en préférant les analogues rapides de l'insuline Lispro et Aspart (grade B) et une NPH, plutôt qu'un analogue lent, si nécessaire (accord professionnel).

Des recherches sont en cours sur les antidiabétiques oraux comme le Glibenclamide et la Metformine mais ces molécules n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché en France dans un contexte de grossesse et ne sont pas recommandées.

Une césarienne en cas de macrosomie permet d'éviter les dystocies des épaules et les paralysies du plexus brachial.

(3) Prise en charge spécifique dans le post-partum précoce

Dans le post-partum, en l'absence de signe clinique, la surveillance biologique des nouveau-nés est semblable à celle des autres nouveau-nés de mère sans diabète gestationnel. La surveillance de la glycémie n'est alors indiquée que chez les enfants dont le poids de naissance est <10ème ou >90ème percentile, ou dont la mère était traitée par insuline.

Les glycémies de la mère doivent être surveillées pour s'assurer de leur normalisation sans traitement (accord professionnel).

Les recommandations concernant la contraception dans le post-partum sont similaires à celles de la population générale en l'absence d'obésité ou de facteur de risque cardio-vasculaire associé. Dans le cas contraire, un dispositif intra-utérin sera plutôt conseillé (accord professionnel).

(4) Prise en charge à long terme après un diabète gestationnel

Il est recommandé d'informer les patientes sur le risque élevé de diabète de type II après un diabète gestationnel (grade B) et d'organiser le dépistage du diabète de type II (grade A) lors de la consultation postnatale, dès tout désir de nouvelle grossesse et avec une fréquence de un à trois ans selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans (accord professionnel).

Ce dépistage peut être réalisé par une glycémie à jeun ou une HGPO mais la sensibilité de la glycémie à jeun pour le diagnostic de diabète de type II est inférieure à celle de l'HGPO (grade A).

Il faut également informer la patiente du risque de récidive du diabète gestationnel (30 à 84% selon les études (grade B)).

Les patientes doivent être incitées à poursuivre les règles hygiéno-diététiques après l'accouchement et à long terme avec une activité physique régulière, une alimentation équilibrée et la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires associés, qui doivent être régulièrement recherchés (accord professionnel).

En cas de surcharge pondérale associée à des troubles persistants de la glycorégulation, on peut proposer des programmes d'éducation thérapeutique ciblés pour mettre en place des modifications importantes du mode de vie et réduire le risque de diabète de type II (grade B). Un traitement par Metformine présente la même efficacité mais n'a pas l'Authorisation de Mise sur le Marché en France dans cette indication.

L'éducation thérapeutique doit également porter sur la programmation des grossesses ultérieures (grade B).

b) Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014¹⁰

Les recommandations HAS de 2014 reprenaient les recommandations CNGOF et SFD de 2010 détaillées ci-dessus et soulignaient qu'il était important de ne pas proposer de dépistage systématique aux femmes sans facteur de risque, qu'il ne fallait en aucun

cas retarder l'instauration d'une insulinothérapie si les objectifs glycémiques n'étaient pas atteints et qu'il n'était pas nécessaire d'adresser à l'hôpital toutes les patientes atteintes de diabète gestationnel.

Elles précisait que le suivi conjoint avec l'endocrinologue devait être nécessairement mis en place lorsque l'insulinothérapie était envisagée mais qu'il pouvait être débuté dès le diagnostic de diabète gestationnel si le besoin était ressenti par les professionnels de premier recours et selon les habitudes locales.

Elles insistaient également sur le fait que le suivi après l'accouchement pouvait être réalisé par le médecin généraliste, le gynécologue (médical ou obstétricien) ou la sage-femme selon le choix de la patiente et les habitudes des praticiens.

B. L'enjeu du suivi à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel

Dans cette thèse, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement au suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel en médecine générale, après leur accouchement et à long terme.

Pour ces patientes, le post-partum représentait une période charnière avec la nécessité d'un transfert de la prise en charge de l'hôpital vers les soins primaires.

Les taux de dépistage du diabète de type II chez les femmes aux antécédents de diabète gestationnel sont très insuffisants. Ils sont la plupart du temps inférieurs à 50%.¹¹ L'étude de Cosson et collaborateurs réalisée en France retrouvait des taux de 33,3% à 6 mois post-partum, augmentant jusqu'à 48,9% après réalisation d'une campagne d'information.¹² Une étude réalisée aux Pays-Bas retrouvait initialement le même taux de 33 %, augmentant jusqu'à 61% après un rappel réalisé lors de l'étude.⁷

Une étude danoise observait des taux beaucoup plus importants dans le post-partum précoce (autour de 80,5% à 3 mois) mais rapportait néanmoins une nette diminution jusqu'à 17,7% entre 4 et 6 ans après l'accouchement.¹³

La revue de littérature de Kalra et collaborateurs rappelait qu'un tiers des femmes présentant un diabète de type II avaient un antécédent de diabète gestationnel.¹¹ Un suivi insuffisant de ces patientes dans le post-partum représentait une nette perte de chance.

En effet, l'étude de Koning et collaborateurs rappelait qu'un diagnostic et un traitement précoce du diabète de type II permettaient de prévenir les complications à long terme comme les complications cardio-vasculaires ou rénales. Un suivi au long cours bien réalisé était une bonne opportunité pour prévenir ou retarder l'apparition d'un diabète de type II chez les patientes à risque.¹⁴

Chez les femmes présentant un antécédent de diabète gestationnel associé à des troubles mineurs de la glycémie à jeun comprise entre 1,00 et 1,25g/L, on observait une diminution de moitié du risque de diabète de type II avec des interventions thérapeutiques par Metformine ou à l'aide de modifications intensives du mode de vie. Les patientes avaient alors besoin d'un programme d'accompagnement comprenant de l'éducation thérapeutique et la prise en charge des autres facteurs de risque cardio-vasculaires.⁶

Une activité physique régulière et un régime alimentaire sain étaient des facteurs protecteurs par rapport au diabète de type II.

L'étude de cohorte prospective *Nurses' Health Study*¹⁵ portant sur une large population d'infirmières américaines a étudié l'impact d'un régime alimentaire sain (régime méditerranéen, régime contre l'hypertension ou autre régime sain) sur le développement d'un diabète de type II chez les femmes aux antécédents de diabète gestationnel. Elle observait un risque diminué de 40 à 57% dans le quartile le plus haut par rapport au quartile le plus bas. Certaines études retrouvaient également un effet bénéfique de l'allaitement dans la prévention du diabète de type II dans cette population. Une étude de cohorte prospective allemande publiée en 2012 ayant suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel pendant 19 ans retrouvait une réduction du risque de diabète de type II de 46% chez les femmes allaitant plus de 3 mois par rapport aux femmes n'allaitant pas.⁹ D'autres études restaient néanmoins nécessaires pour étudier ce phénomène. Il était également possible de diminuer de plus de 50% la mortalité coronarienne de ces patientes en corrigeant les facteurs de risque réversibles. Plus le risque individuel était haut et plus les mesures préventives étaient bénéfiques sur la diminution de ce risque, avec une amélioration

de la survie d'autant plus importante que ces mesures avaient été débutées précoce-
ment.¹⁵

Le post-partum pouvait aussi être considéré comme une période interconception-
nelle ou préconceptionnelle chez les patientes qui désiraient avoir d'autres enfants. Cette
période constituait alors une opportunité pour prévenir la récidive d'un diabète gestationnel
lors d'une prochaine grossesse. Les prises de poids entre deux grossesses augmentaient
significativement le risque de récurrence du diabète gestationnel et le risque d'apparition
d'un premier diabète gestationnel. Une étude californienne retrouvait un risque de diabète
gestationnel augmenté de 71% pour une prise d'un à deux points d'IMC entre la première
et la deuxième grossesse. Une prise de poids plus importante pouvait tripler ce risque. A
l'opposé, cette étude retrouvait qu'une perte de plus de 2 points d'IMC diminuait de 68% le
risque de diabète gestationnel. On remarquait également qu'une chirurgie bariatrique avec
une importante perte de poids réalisée avant une grossesse chez une patiente obèse di-
minuait le risque de diabète gestationnel et le risque d'obésité chez les enfants issus de
ces grossesses. Cependant, seules des études observationnelles étaient disponibles et
les auteurs ne disposaient pas encore d'essais cliniques randomisés dans cette popula-
tion.¹⁶

Chez les patientes jeunes présentant un diabète de type II, il existait un risque téra-
togène si le diabète était déséquilibré lors du début d'une nouvelle grossesse, ce qui était
d'autant plus fréquent si ce diabète n'avait pas été diagnostiqué.¹⁷ Chez les patientes aux
antécédents de diabète gestationnel, réaliser le dépistage d'un diabète de type II en pré-
conceptionnel et programmer les grossesses ultérieures était donc crucial pour diminuer le
risque de malformation et de fausse-couche spontanée.⁶

C. Intérêt de notre étude

Les données de la littérature étaient claires sur la nécessité de prévenir, dépister et
traiter précocement les complications à long terme chez les patientes aux antécédents de
diabète gestationnel. Cependant, la réalisation du suivi apparaissait difficile dans divers
systèmes de santé et les patientes étaient fréquemment perdues de vue dans le post-
partum, avec des taux de dépistage du diabète de type II souvent très insuffisants.

Dans le système de santé français, les recommandations de la HAS indiquaient que le suivi après l'accouchement pouvait être réalisé par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme.

Des effets bénéfiques de l'intégration des médecins généralistes dans cette prise en charge étaient retrouvés dans la littérature.

L'étude de Clarke et collaborateurs¹⁸ réalisée en France en 2012 chez des patientes aux antécédents de diabète gestationnel 6 à 12 mois après leur accouchement retrouvait également un taux insuffisant de dépistage et une méconnaissance du risque de diabète de type II chez ces patientes. Cette étude mettait en évidence un lien significatif entre l'implication du médecin traitant dans la prise en charge et la réalisation des dépistages prescrits. En effet, ce dépistage était plus facilement réalisé par les patientes si le médecin traitant était le prescripteur. L'étude soulignait aussi que la connaissance de la patiente sur le risque de développer un diabète de type II dans le futur était significativement améliorée suite à la réalisation d'une consultation en post-partum auprès de son médecin traitant, si celui-ci était informé de l'antécédent de diabète gestationnel. Les auteurs regrettaien une insuffisance de transmission des informations de la maternité vers le médecin généraliste et proposait une collaboration renforcée pour optimiser le dépistage et la prévention du diabète de type II après un diabète gestationnel.¹⁸

Dans le cadre d'une thèse d'exercice de Médecine Générale, B. Belghith¹⁹ a réalisé en 2014 une étude qualitative pour explorer les pratiques et le ressenti des médecins généralistes parisiens dans le suivi de grossesse et la prise en charge globale du diabète gestationnel. Cette thèse avait aussi pour objectif d'identifier les freins à cette prise en charge et les éventuels leviers pour l'améliorer. Elle soulignait que la participation du médecin généraliste était essentielle lors du suivi des grossesses compliquées de diabète gestationnel. En effet, le médecin traitant connaissait bien ses patientes et leur histoire et proposait des consultations plus accessibles que les spécialistes, à la fois géographiquement et financièrement. Son rôle central s'inscrivait dans un contexte de démographie médicale fragile, notamment avec la diminution du nombre de gynécologues médicaux. Cette étude explorait essentiellement les pratiques des médecins généralistes pendant la grossesse, n'évoquant que brièvement le rôle central du médecin traitant dans le post-partum.¹⁹

Nous disposions de peu de données sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes français dans le cadre de la prise en charge des patientes aux antécédents de diabète gestationnel après leur accouchement.

Nous avons donc décidé de réaliser une étude qualitative auprès de médecins généralistes pour explorer ce thème, en nous posant les questions suivantes :

- Quels sont les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel ?
- Comment faciliter ce suivi ?

L'objectif principal de notre étude était de recueillir l'expérience des médecins généralistes et les difficultés ressenties dans le suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel en pratique quotidienne.

De ce premier objectif découlait directement un objectif secondaire : recueillir des idées d'amélioration potentiellement applicables dans le système de santé français pour faciliter ce suivi.

II. METHODE

A. Choix de la méthode de recherche

Nous avons choisi pour effectuer cette étude une méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens auprès de médecins généralistes, pour recueillir leurs pratiques et leur vécu au sujet du suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel.

Cette méthodologie permet d'explorer une problématique complexe, pour laquelle nous disposons de peu de données dans la littérature sur les pratiques en France et pour laquelle l'utilisation d'une méthodologie quantitative aurait entraîné le risque d'omettre certaines thématiques importantes.

« L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées. Le questionnaire, lui, implique que l'on connaisse le monde de référence d'avance, ou bien qu'il n'y ait aucun doute sur le système interne de cohérence des informations recherchées » nous rapporte le sociologue et psychologue A. Blanchet.²⁰

La démarche qualitative, par la réalisation d'entretiens semi-dirigés, permet davantage de flexibilité, avec la possibilité de réajuster le guide d'entretien au fur et à mesure de l'étude si les entretiens génèrent des hypothèses auxquelles le chercheur n'aurait pas pensé initialement.

Par ailleurs, la démarche qualitative est une méthode de choix dans le cadre d'un recueil d'expérience, pour permettre l'expression développée d'un vécu subjectif et ainsi mieux comprendre le sens que l'individu donne à ses pratiques. Cette méthode permet également d'explorer la diversité de ces ressentis, sans limiter la personne interrogée par une liste fermée de réponses possibles.

Nous avons préparé des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien pré-établi pour orienter le discours des personnes interrogées autour des thèmes que nous souhaitions explorer, grâce à des questions ouvertes et adaptables aux réponses proposées lors de chaque entretien. Nous avons choisi de réaliser des entretiens en groupe ou « *focus groups* » pour recueillir des ressentis multiples et utiliser le débat pour générer de

nouvelles idées par la confrontation des différentes opinions. La réalisation de ces entretiens impliquait la participation d'un modérateur confirmé pour animer le débat et d'un observateur sensibilisé à la problématique pour recueillir les informations non verbales et issues de la dynamique de groupe. Nous avons ensuite complété les données recueillies lors des *focus groups* par des entretiens individuels, nécessitant une organisation et une analyse moins complexes tout en permettant une réflexion plus en profondeur.

B. Population étudiée

Nous avons réalisé les entretiens auprès de médecins généralistes libéraux de la Seine-Maritime et de l'Eure.

Nous avons effectué un échantillonnage raisonné en variation maximale. Celui-ci permet de sélectionner des médecins aux profils divers, reprenant différentes caractéristiques typiques de la population à étudier mais sans chercher une stricte représentativité. L'objectif était plutôt de recueillir les expériences les plus multiples et hétérogènes possibles pour obtenir un spectre très large des réponses envisageables. Les critères utilisés pour cet échantillonnage étaient : le sexe, l'âge, la durée d'exercice ($>$ ou $<$ 10 ans), le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain, en cabinet de groupe ou seul) et les formations complémentaires (diplômes complémentaires ou formation continue). La diversité des profils des médecins interrogés permet d'améliorer la validité externe des résultats de l'étude.

Pour des raisons d'organisation, le recrutement des participants pour les entretiens en groupe a été réalisé de « proche-en-proche », permettant un meilleur taux de participation. Ceux-ci ont en effet été réalisés lors de réunions de groupes de pairs ayant déjà l'habitude de se réunir régulièrement, l'un comprenant entre autres des médecins exerçant sur le lieu de stage de la chercheuse et l'autre réunissant des confrères de notre directrice de thèse, exerçant dans différents cabinets de la région. Les participants n'avaient aucun lien de hiérarchie entre eux, ce qui permettait d'encourager un discours plus libre.

Le recrutement des participants pour les entretiens individuels a été effectué en fonction de leur profil pour permettre une plus grande diversité des réponses. Les participants aux *focus groups* étant en majorité des femmes, nous avons donc interrogé par la suite des hommes, l'un étant installé de longue date et l'autre exerçant depuis moins de

dix ans. Ces deux médecins exerçaient dans des cabinets où exerçaient des maîtres de stage. Les médecins ont tous été contactés par téléphone et par courriel.

C. Recueil des données

1. Période et lieu de réalisation des entretiens

Les entretiens ont tous été réalisés dans des lieux et à des moments choisis par les personnes interrogées pour faciliter leur participation.

Les *focus groups* ont eu lieu lors de réunions de groupes de pairs. Le premier a eu lieu à Rouen le 16/05/2018 chez une des participantes en remplacement de la séance habituelle et a été suivi d'un dîner permettant un échange informel suite à l'entretien. Il y avait six participantes. L'entretien a duré 58 minutes. Le second *focus group* a eu lieu à Bois-Guillaume le 23/05/2018 chez une des participantes avant la réalisation d'une réunion de groupe de pairs, raccourcie pour l'occasion. L'entretien a également été suivi d'un dîner. Ce *focus group* réunissait 5 participants (un médecin contacté était absent pour raisons personnelles) et a duré 44 minutes.

Les entretiens individuels ont eu lieu après analyse des deux *focus groups*. Le premier a eu lieu à Rouen le 27/09/2018 au domicile du médecin interrogé et a duré 18 minutes. Le second a eu lieu à Rouen le 18/10/2018 dans une salle de la faculté de Médecine et de Pharmacie et a duré 19 minutes.

Nous avions également réalisé au préalable le 22/03/2018 un entretien de groupe exploratoire pour tester le guide d'entretien et mieux cibler le discours auquel nous pouvions nous attendre. Il réunissait à notre domicile trois internes en médecine générale ayant effectué leur stage chez le praticien.

2. Déroulement des entretiens

L'entretien a été présenté lors du premier contact par courriel, comme un « recueil d'expérience de médecins généralistes au sujet du suivi de leurs patientes après un accouchement : à la sortie de la maternité et par la suite. ». Nous sommes volontairement restés vagues sur le thème pour ne pas influencer les réponses des participants.

Les *focus groups* ont été animés par notre directrice de thèse qui avait une certaine expérience de ce mode de recueil tandis qu'une observation de l'ambiance générale et du non-verbal a été réalisée en parallèle en prenant des notes sur papier. Les entretiens individuels ont été réalisés par un seul enquêteur qui posait les questions et prenait également des notes.

Le thème général a été de nouveau présenté à l'oral au début de chaque entretien et nous avons réaffirmé la confidentialité et l'anonymisation des données recueillies. Chaque participant a signé une feuille de consentement pour l'enregistrement audio de l'entretien, qui a été réalisé à l'aide d'un dictaphone numérique. Nous avons également proposé aux participants de leur communiquer les résultats de l'étude. L'animatrice a repris au début de chaque *focus group* les consignes de prise de parole, a recueilli les caractéristiques démographiques des participants puis a posé les questions en suivant le guide d'entretien réalisé au préalable. Elle est également intervenue pour encourager, structurer ou faire préciser le discours des participants, pour redistribuer la parole si nécessaire et pour faire de rapides résumés en reprenant les points-clé évoqués, avant de passer à une nouvelle thématique. L'animatrice et l'observatrice ont veillé à rester le plus neutre possible en ne donnant pas leur propre opinion lors des entretiens.

3. Guide d'entretien

Un guide d'entretien est un ensemble organisé de questions ouvertes, suffisamment larges pour éviter de restreindre le discours et permettre une exploration étendue de la thématique. Il est néanmoins structuré pour ne pas omettre de thèmes clés, ciblés au préalable par le chercheur.

Nous avons organisé ces questions pour réaliser une progression du discours d'un sujet initialement très vaste (ici le suivi en post-partum) à une problématique plus précise (ici le suivi des patientes ayant présenté un diabète gestationnel). La première question, dite question « brise-glace », a été volontairement simple et très ouverte pour mettre à l'aise les participants. Nous demandions ici aux médecins le récit de la première consultation après un accouchement, situation assez commune en médecine générale, avant d'orienter vers des axes thématiques explorant plus précisément notre problématique. Des questions de relance et des grandes idées de réponses avaient été rédigées entre ces axes thématiques pour aider l'enquêteur à relancer ou orienter le discours si besoin.

Les axes thématiques ont été déterminés en fonction des grandes questions posées à ce sujet dans la littérature. Pour cela, nous avons réalisé une recherche bibliographique en langues française et anglaise en utilisant les moteurs de recherche Pubmed et Google Scholar avec les mots-clés suivants, traduits du français à l'anglais à l'aide de l'outil de recherche Cismef.

Tableau 3 : Mots-clés utilisés pour la recherche bibliographique

general practice		pregnancy-induced diabetes
general practitioner		gestational diabetes
general practice physician		gestational diabetes mellitus
family doctor		diabetes and pregnancy
family physician		
family medicine	AND	
primary care practitioner		
primary care physician		
primary health care		
community medicine		
community health services		
community health centers		

Le guide d'entretien a été adapté au cas par cas lors de chaque entretien mais aucune modification majeure de la structure n'a été nécessaire entre les entretiens. Ce guide d'entretien au complet est repris en annexe.

4. Choix du nombre d'entretiens

La retranscription et l'analyse des entretiens ont été réalisées autant que possible au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. L'analyse du premier *focus group* était néanmoins incomplète lors de la réalisation du second *focus group*, les deux dates étant très proches en raison de contraintes organisationnelles.

Nous avons réalisé les entretiens individuels pour diversifier les profils de médecins interrogés et ainsi éviter d'omettre des notions importantes. Cependant, le premier entretien, bien que riche, a apporté peu de concepts inédits par rapport aux *focus groups* et le deuxième entretien, tout aussi fourni en information, a permis d'atteindre le point de saturation des données, c'est-à-dire le moment où plus aucune notion nouvelle ne permettait d'élargir notre compréhension de la problématique.

D. Analyse des données

1. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot à partir de l'enregistrement audio dans le logiciel de traitement de texte OpenOffice Writer® pour constituer le verbatim, c'est-à-dire le compte-rendu fidèle des propos tenus. Les indications non-verbales pertinentes ont été ajoutées dans le texte en crochet pour mieux rendre compte du ton employé par la personne interrogée.

2. Analyse des entretiens

L'analyse des données a été réalisée entretien par entretien en découpant le verbatim en groupes de mots porteurs d'une unité de sens grâce au logiciel libre d'accès TAMS Analyzer®. A chaque unité de sens retrouvée était associé un code créé au fur et à mesure de l'analyse. Ce code était réutilisé à l'identique à chaque fois que cette même unité de sens était retrouvée dans le discours.

Les différents codes ont ensuite été regroupés par thèmes hiérarchisés, pour constituer la grille d'analyse (disponible en annexe). Cette grille a été utilisée pour réaliser un découpage transversal thématique de tout le verbatim pour dégager les éléments de réponse à notre problématique.

Le second *focus group* a été codé « à l'aveugle » par deux enquêteurs différents pour limiter la subjectivité du découpage du verbatim et du choix des codes et s'assurer d'une validité interne satisfaisante. Les deux analyses ont mis en évidence des résultats très proches.

III. RESULTATS

A. Description de la population de l'échantillon

Nous avons réalisé 2 entretiens de groupe et 2 entretiens individuels entre mai 2018 et octobre 2018. La durée totale des entretiens a été de 2h et 19 minutes : 58 minutes et 44 minutes pour les entretiens de groupe, 18 minutes et 19 minutes pour les entretiens individuels.

Nous avons interrogé 13 médecins : 8 femmes et 5 hommes, de 31 à 63 ans. Aucun des médecins contactés n'a refusé de participer à un entretien. La saturation des données a été atteinte au second entretien individuel.

Lors du premier *focus group*, six médecins ont participé, toutes des femmes, de 31 à 36 ans, exerçant depuis moins de 10 ans (M1 à M6). 3 étaient installées en zone urbaine en maison de santé pluridisciplinaire, 2 étaient installées en zone rurale en cabinet de groupe et une était en collaboration en zone urbaine dans un cabinet de groupe. Cinq des participantes avaient suivi un Diplôme Universitaire (DU) de Gynécologie.

Lors du second *focus group*, cinq médecins ont participé : deux femmes et trois hommes, de 49 à 60 ans, tous installés depuis plus de 10 ans (M7 à M11). Trois des médecins étaient installés en zone semi-rurale en cabinet de groupe et deux étaient installés en zone urbaine en cabinet de groupe. Aucun n'avait de diplôme complémentaire en gynécologie.

Lors des deux entretiens individuels, un homme de 36 ans installé depuis moins de 10 ans et un homme de 63 ans installé depuis plus de 10 ans ont participé. Ils étaient tous deux installés en zone semi-rurale, en cabinet de groupe. Aucun n'avait de diplôme complémentaire en gynécologie mais l'un nous rapportait avoir suivi une séance de formation médicale continue sur le diabète gestationnel.

B. Résultats de l'analyse thématique

Nous avons dégagé 102 codes que nous avons organisés en 4 grands thèmes : le suivi post-partum, le suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel, les difficultés rencontrées lors de ce suivi et les idées d'amélioration.

1. Suivi post-partum

a) *Pratique de la gynécologie et suivi de grossesse*

L'intérêt pour la gynécologie était surtout souligné par les médecins femmes, certains médecins hommes avouant souvent déléguer certains gestes.

M13 « Ma collègue était d'accord donc j'ai quelques patientes qui s'éclipsent vers elle pour leur suivi gynécologique. »

En revanche tous les médecins interrogés rapportaient réaliser régulièrement des suivis de grossesse. Dans notre système de santé, le suivi de grossesse peut être réalisé par différents acteurs : les médecins généralistes, les gynécologues ou les sages-femmes. Les patientes étaient rapidement orientées vers l'hôpital en cas de complication.

M12 « S'il y a la moindre complication je vais l'adresser immédiatement, dès la première consultation, en maternité. »

Dans le cas contraire, les participants laissaient fréquemment le choix à la patiente des acteurs de leur suivi de grossesse.

M6 « Une de mes premières questions quand je les vois pour la grossesse c'est de savoir par qui elles veulent être suivies. Et si elles me disent par moi y'a aucun souci ! »

Certains suivaient les grossesses jusqu'au huitième mois, d'autres réalisaient un suivi conjoint avec la maternité plus tôt dans la grossesse.

M12 « Si tout va bien, comme souvent, je fais jusqu'au quatrième mois et au quatrième mois le binôme, voilà. Et je les vois pour tous les petits problèmes intercurrents : elles viennent au cabinet et on s'en occupe. »

Un des médecins interrogés regrettait de suivre moins de grossesse qu'avant, ses patientes se tournant vers d'autres intervenants.

M10 « Moi à la campagne j'ai deux sages-femmes à moins de cinq kilomètres du cabinet qui ne demandent qu'à suivre toutes les grossesses... Je trouve qu'on suit moins de grossesses [...] c'est peut-être parce que je vieillis aussi, et que les jeunes femmes vont voir mon confrère qui est plus jeune et plus beau... »

Les médecins généralistes rapportaient également prendre volontiers part au suivi post-partum.

M2 « Et après quand j'ai suivi la grossesse je fais la consultation du post-partum et le suivi du post-partum du nourrisson. »

b) Thèmes abordés lors de la consultation du post-partum

Lors de la consultation du post-partum, quasiment tous les médecins interrogés rapportaient s'intéresser au vécu de l'accouchement par la mère, parfois ressenti comme difficile et dont les patientes parlent peu à la maternité ou à leurs proches.

M1 « Ça reste un peu tabou [acquiescement de l'assemblée] parce qu'on est "faites pour ça" [ton ironique] et du coup on ne parle pas trop du ressenti justement, qu'il se soit bien ou mal passé, césarienne, voie basse, rapide, long... c'est vrai que ça passe à l'as. »

Ensuite, les praticiens posaient facilement des questions sur le déroulement de la vie quotidienne et la manière dont la jeune mère vivait le retour à domicile.

M4 : « Souvent je reparle un peu du fonctionnement à la maison avec le couple, est-ce que ça va l'arrivée du bébé ? Comment ça se passe ? Etc. »

Les autres thèmes les plus fréquemment mentionnés étaient l'allaitement, l'examen du périnée et des cicatrices, la reprise des rapports sexuels et la contraception.

M2 « Vraiment, le systématique, c'est vérifier le périnée, la reprise des rapports, la contraception, l'allaitement, s'il y a besoin de faire le point là-dessus parce que ce n'est pas forcément évident le premier mois... »

Certains médecins soulignaient l'importance de mettre à jour le frottis et les vaccins, même si ces éléments étaient moins souvent développés.

M2 « Et puis oui, après à penser plus : frottis, coqueluche... »

D'autres abordaient plus longuement le vécu de la fin de la grossesse si les patientes n'avaient pas été amenées à consulter au cabinet pendant les derniers mois.

M12 : « Je leur pose toujours comme je disais quelques questions sur elles : comment s'est passée la fin de grossesse parce que souvent je ne les ai pas vues... »

La relation mère-bébé était parfois abordée pour déculpabiliser les jeunes mères.

M4 « Le lien mère-enfant, parce qu'elles entendent toutes tellement que c'est merveilleux, c'est l'instinct maternel, c'est naturel et y'a jamais le côté "bah non vous avez le droit de pas l'aimer tout de suite. »»

Enfin, certains praticiens mentionnaient réaliser un examen clinique complet de la mère ou refaire le point sur les pathologies générales.

M13 « Après tout dépend s'il y avait des pathologies préexistantes à la grossesse et qui pourraient avoir des répercussions a posteriori ou des pathologies liées à la grossesse en elle-même, un diabète gestationnel et tout ça... »

c) ***Organisation de la consultation du post-partum***

La plupart des médecins interrogés programmaient la consultation du post-partum pour la mère lors d'une des premières consultations pour le bébé.

M2 : « Je leur dis à la consultation du premier mois du bébé en général, leur dire “ Vous, il faut qu'on se voit entre les deux ou dans quinze jours. ” »

Cette consultation était proposée systématiquement par certains praticiens, seulement en cas de problématique particulière pour d'autres.

M12 : « Mais si tout s'est bien passé je me dis “ bah très bien ” et puis je ne vais pas plus loin, effectivement. Je ne leur demande pas de revenir systématiquement. »

Deux des participants préféraient la programmer plus en amont, pendant la grossesse.

M8 « Pour le post-partum elles sont un peu dans le flou et dans la perplexité et c'est probablement une consultation qui s'anticipe dans la date, dans un timing par rapport à l'accouchement. »

Le déroulement de cette consultation variait beaucoup d'un médecin à l'autre. Certains insistaient pour programmer un temps privilégié pour la patiente en l'absence de l'enfant, pour que la femme puisse parler d'elle-même sans être distraite par le bébé.

M12 « Je leur demande de revenir elles, mais seulement elles... Je préfère qu'elles reviennent carrément sans le bébé. »

M11 « Je pense que ce n'est pas la même chose, elle va s'exprimer... s'il y a son bébé, elle va d'abord s'exprimer seulement sur le bébé. »

D'autres programmaient une consultation pour la maman mais ne percevaient pas la présence du bébé comme un frein aux échanges.

M4 « Moi ça me gêne pas plus que ça en fait qu'il y ait le bébé qui soit présent, souvent à cet âge-là, quand elles viennent tôt, il est assez calme. »

Enfin, d'autres praticiens réalisaient la consultation du post-partum de manière fractionnée pendant les consultations pour le bébé.

M1 « Ça permet d'aborder tous les sujets en plusieurs fois. Parfois, elles viennent plus d'une fois par mois pour peser, ou parce qu'il y a un petit truc à demander... C'est comme ça que je fais. »

d) Difficultés à réaliser la consultation du post-partum

Tous les médecins interrogés avouaient rencontrer des difficultés notables pour réaliser une consultation de post-partum avec la jeune mère. En effet, les patientes prenaient rarement rendez-vous pour elles avec leur médecin généraliste au décours de l'accouchement.

M5 « Ce qui est compliqué finalement c'est de les avoir ! »

M12 « Bah écoute c'est une bonne question, je les revois... pas beaucoup en fait. »

Pour le suivi post-partum, comme pour le suivi de grossesse, le rôle de la multiplicité des acteurs possibles était souligné dans le phénomène de « perte de vue » des patientes pour leur médecin traitant.

M7 « Mais c'est vrai que je ne les revois pas tout le temps : elles sont parfois vues par l'obstétricien qui les a accouchées, moi je suis un homme, c'est parfois le suivi sage-femme qui est mis en place, ou mes collègues... »

Cependant, les praticiens étaient unanimes sur la raison principale de l'absence de suivi post-partum. En effet, ils soulignaient que la naissance de l'enfant entraînait inmanquablement un changement brutal des priorités de la patiente, qui plaçait désormais toute son attention sur son bébé et manquait alors de temps et de disponibilité pour se concentrer sur sa propre santé.

M5 « *Mais finalement elles sont tellement heureuses par le bébé avec tout ce qu'il y a à faire, avec les nuits difficiles... »*

M10 « *Souvent je commence à dire “ Ça vous change la vie, hein ? ” surtout quand c'est le premier... »*

M10 « *Elle est quand même, à ce moment-là quand elle sort de la maternité, maman à 95% et femme..., il lui reste 5%... »*

Le bébé se retrouve également au centre de l'attention de l'entourage, mais aussi des soignants. Les patientes ne retrouvent alors plus le soutien qu'elles ont reçu pendant la grossesse. Les équipes de soins, chargées de prendre à la fois en charge la mère et le bébé, ont tendance à suivre les nouvelles priorités de la maman et à concentrer leurs soins sur le nouveau-né si la mère n'exprime pas de demande particulière pour elle.

M1 « *Je ne pense pas qu'il n'y ait pas d'accompagnement à la maternité, mais c'est après qu'elles se sentent délaissées parce que tout tourne autour du bébé, alors elles s'oublient elles-mêmes et l'entourage les oublie aussi... Alors c'est vrai, elles n'ont plus de temps pour elles. »*

M7 « *J'ai l'impression que les premières consultations qu'on a sont centrées sur l'enfant, sur le bébé, moi en tout cas j'oublie, je pense, de prendre en compte la femme. »*

M8 « *C'est rigolo parce que d'un seul coup elle a perdu son statut de femme, elle est devenue “ maman ”. [...] Il faut tâcher d'être vigilant qu'elle retrouve sa position de femme. Donc je ne sais pas comment je fais... je... »*

Ce changement de priorités implique parfois un retard notable dans les soins du post-partum, voire une absence de prise en charge de certaines problématiques.

M5 « *Des fois on fait le post-partum à quatre mois...parce qu'elles n'ont pas le temps de venir, parce qu'elles n'ont pas le temps de s'organiser, parce que... »*

M4 « *On les voit un peu plus tard et du coup les gênes qu'elles ont pu avoir, qui n'étaient pas forcément normales et pour lesquelles on aurait pu les aider : des lochies qui ont traîné, des douleurs lors de la reprise des rapports etc., c'est vrai qu'on n'a pas forcément pu les aider... Et puis c'est passé, tant mieux ! Mais c'est vrai que la contraception des fois elle n'a pas été reprise... »*

2. Suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel

a) *Les acteurs du suivi*

Le suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel peut reposer sur les divers acteurs présents pendant la grossesse. Les médecins interrogés citaient notamment l'endocrinologue et les praticiens de la maternité.

M2 « Là c'était prévu par la maternité, la glycémie à trois mois... »

Cependant, les participants s'accordaient à dire que le médecin traitant était le spécialiste le mieux placé pour réaliser ou tout du moins orchestrer ce suivi à long terme. Le médecin généraliste pouvait conserver un rôle pendant la grossesse mais sa mission devenait plus centrale après l'accouchement.

M2 « Une fois qu'elles ont accouché elles ne sont plus suivies par les spécialistes qui les ont suivies de manière aussi rapprochées ces derniers mois...et oui il faut qu'on les capte à ce moment-là. »

M9 « Je pense qu'elles ont tendance à échapper à la proposition qui leur est faite de suivi post-grossesse quand même, donc on est là aussi pour rattraper et leur rappeler l'importance... Et de prescrire ! Et le suivi biologique et les explorations en cas d'anomalie qui persiste aussi. »

M13 « Je reste persuadé que c'est le médecin traitant qui reste le pivot de l'organisation de ça et c'est plus à nous de nous organiser pour savoir comment on peut faire passer les messages... »

Les médecins interrogés rapportaient avoir conscience de la nécessité d'un suivi à long terme et ajoutaient avoir les compétences pour réaliser ce suivi.

M13 : « Nous on sait que ça risque, même si ce n'est pas obligé, que ça risque de ressortir dans peut-être dix ans, peut-être quinze ans, peut-être vingt ans après »

M4 : « En théorie oui, je me sens tout à fait capable de les suivre... »

Ils soulignaient l'avantage de la spécialité de médecine générale pour réaliser cette prise en charge : la compétence à mettre en place un suivi à long terme en intégrant tous les éléments connus sur la patiente et sa vie quotidienne pour une prise en compte globale de la personne. Cela permettait ainsi de délivrer des soins et des conseils individualisés, adaptés précisément à cette patiente et par conséquent plus pertinents.

M11 « On a l'avantage, nous les généralistes, de connaître bien nos patientes et les contextes familiaux, sociaux etc., ce qui nous donne une facilité d'adaptation dans notre suivi parce que c'est évident qu'on ne va pas prendre en charge de la même façon une institutrice qui a eu un diabète, qui a bien suivi ses trucs et... quelqu'un qui... parce que le diabète c'est quand même un peu compliqué comme maladie, il faut quand même la comprendre ! Je trouve que ça c'est notre supériorité à nous, c'est de connaître les gens. »

M11 « Par rapport à une sage-femme qui arrive dans le... qui va très bien faire son truc mais nous on connaît tout le reste : on connaît la famille, on connaît les antécédents, on connaît les coups de blues, on connaît tout ça... »

b) Modalités du suivi

Les médecins interrogés citaient largement le suivi biologique, avec le contrôle de la normalisation de la glycémie dans le post-partum puis le dépistage régulier du diabète. Les techniques de dépistage mises en avant étaient surtout la glycémie à jeun et deux des médecins citaient le dosage de l'HbA1c. L'information à délivrer à la patiente à propos de sa maladie et du risque de complications venait en deuxième position.

M2 « Là c'était prévu par la maternité, la glycémie à trois mois... Pour autant elle avait besoin d'en parler et qu'on développe aussi les risques d'avoir un diabète par la suite, qu'est-ce que ça supposait pour elle comme suivi après. Je pense qu'elle était impliquée, qu'elle avait besoin de poser ces questions-là... »

Les autres modalités du suivi fréquemment relevées étaient la proposition d'une contraception et la préparation des futures grossesses.

M9 « *S'il n'y a pas d'autre facteur de risque, un œstro-progestatif.* »

M8 « *Ça va être aussi la préparation d'une future grossesse avec certainement une prise en charge diététique au moins, plus précoce, une surveillance biologique plus fréquente.* »

La plupart des médecins interrogés rapportaient réaliser une éducation thérapeutique portant notamment sur l'activité physique et des règles diététiques. Enfin, quelques participants évoquaient le suivi clinique avec notamment la surveillance du poids, l'évaluation du risque cardio-vasculaire global et la prise en charge des autres facteurs de risque et le suivi de la croissance de l'enfant.

M7 « *Ce n'est pas le même suivi qu'on met en place pour ces femmes-là, c'est évident qu'on parle diabète, qu'on contrôle les glycémies, l'HbA1C, la prise de poids, qu'on refait peut-être le point sur les antécédents familiaux, qu'on alerte aussi pour le bébé, les courbes de croissance de l'enfant aussi...* »

M8 « *Et peut-être de contrôler les autres facteurs de risque, le tabac... et d'être plus vigilant, peut-être même que sur l'HbA1C en elle-même...* »

M13 « *Mais leur parler régime, leur parler sport on essaye de le faire à tout le monde, même si on va essayer d'insister un peu plus dans ce contexte-là, surtout s'il y a d'autres facteurs de risque, si elles sont déjà en surpoids, si elles ont pris 25 kilos pendant la grossesse..* »

c) Organisation du suivi

Certains médecins mettaient en place un suivi différent pour les patientes aux antécédents de diabète gestationnel en étant plus vigilants sur les dépistages et la prévention.

M7 « *Je pense que je n'ai pas du tout la même attitude, comme disait M11, avec les femmes qui ont eu des complications, soit avant l'accouchement soit pendant l'accouchement, là on met en place un suivi spécifique.* »

M10 « Mais c'est évident qu'on fait plus de glycémies chez elles, qu'on programme les prochaines grossesses, avec une surveillance de glycémie tôt dès le début de la grossesse. Enfin ça je pense qu'on le fait tous. »

D'autres avouaient ne pas réaliser de suivi spécifique, la prévention faisant déjà partie intégrante de la prise en charge de tout patient en médecine générale.

M9 « Même si c'est un facteur de risque qui est connu, je pense quand même faire de la prévention avec tous les patients et pas simplement avec les femmes qui ont eu un diabète gestationnel, donc je ne suis pas sûre que ma pratique va être différente. »

Quelques participants rapportaient organiser une consultation spécifique pour parler de l'antécédent diabète gestationnel et du suivi à long terme.

M2 « Oui, au moment où elles sont censées faire à trois mois la glycémie à jeun... Peut-être de provoquer la consultation un peu dédiée aussi, de leur dire "Je vous revois avec votre prise de sang." parce qu'elles ont que ça à faire à trois mois normalement, mais sinon "Je vous revois avec votre prise de sang et puis on reparle du diabète gestationnel." »

Mais la plupart des praticiens interrogés préféraient fractionner la délivrance des messages de prévention lors de consultations programmées pour d'autres motifs.

M1 « Oui, il faut fragmenter l'information, d'abord dire de refaire la prise de sang et éventuellement reparler un peu du poids, de la contraception et puis le garder en tête pour une prochaine fois... »

Ces derniers citaient notamment les autres consultations dédiées aux dépistages, par exemple le suivi gynécologique, la rédaction de certificats d'aptitude à la pratique sportive et les consultations de suivi des enfants.

M2 « Peut-être qu'il faut qu'on y pense plus au moment des consultations de suivi gynéco, quand on fait le frottis, d'aborder ça à ce moment-là, de dire "Mais en fait les anciens accouchements..." ou autre mais effectivement il faudrait se trouver un moment, ou quand on voit le bébé... »

M12 « On arrive comme ça à parler du quotidien et de tout ce qui est préventif, à tous les niveaux, aussi bien pour leur petit, que pour elles, que pour leurs autres enfants. »

M12 « Et ce qui était très bien mais qu'on voit moins maintenant c'est les certificats sportifs qui nous permettaient de faire de la prévention à 95% de la consultation, c'était vraiment super... »

Enfin, certaines consultations pour des pathologies aiguës suffisamment bénignes pouvaient aussi être propices à délivrer des messages de prévention.

M12 « Je vais en faire [de la prévention] systématiquement à chaque consultation, j'arrive toujours à prendre un peu de temps, je pense que c'est une grosse partie de notre travail, c'est-à-dire que dans une consultation de base, on va profiter des petites pathologies on va dire, quelqu'un qui vient pour une virose je vais passer trois minutes pour la virose et un quart d'heure sur tout le reste en fait, c'est vraiment notre travail... »

3. Difficultés rencontrées lors de ce suivi

a) *En rapport avec la patiente*

(1) *Vécu du suivi hospitalier*

Les médecins interrogés relevaient que le suivi pendant la grossesse était centré sur une prise en charge intensive avec les différents praticiens de la maternité, coordonnée par l'hôpital et laissant peu de place au médecin traitant. Cela pouvait rendre le relais ambulatoire en post-partum difficile à concevoir pour les patientes.

M4 « On les a un peu perdues de vue du fait qu'elles soient suivies à la maternité etc. et je pense qu'elles font partie de ces femmes qu'on voit très peu par la suite, du fait qu'elles ont beaucoup été suivies. »

M1 « En plus leurs prescriptions de sortie sont faites par l'hôpital donc généralement ce sont eux qui reçoivent les résultats aussi de glycémie à jeun donc on ne les voit pas trop. »

De plus, les praticiens interrogés soulignaient le vécu parfois difficile de cette prise en charge intensive du diabète gestationnel par les patientes, en insistant en particulier sur l'aspect « restrictif » du traitement. Ils rapportaient leur désaccord par rapport à la pénibilité des règles hygiéno-diététiques et étaient nombreux à regretter la culpabilité ressentie par les patientes lorsque celles-ci peinaient à atteindre les objectifs. Plusieurs généralistes soulignaient que cette prise en charge jugée comme trop stricte pouvait entraîner un rejet brutal du suivi par les patientes, à la fois pendant la grossesse que pour le suivi post-partum.

M5 « J'en ai deux en tête qui sont venues pleurer dans mon bureau entre deux consultations endoc en disant “ C'est pas la peine, j'ai envie que la grossesse s'arrête, j'ai envie d'arrêter, c'est juste mission impossible ! ” Donc je pense que la grossesse c'est un mauvais souvenir et moins elles voient de médecin et mieux elles se portent... »

D'autres médecins nuançaient ce constat en rapportant que beaucoup de patientes étaient globalement satisfaites que tout soit mis en place pour assurer leur santé et celle de leur bébé, même si la plupart des praticiens relevaient une certaine lassitude par rapport au traitement et au suivi rapproché en fin de grossesse.

M12 « Elles trouvent qu'on s'occupe d'elles, elles sont contentes, enfin je veux dire il n'y a pas de souci pour un certain nombre mais pour d'autres elles trouvent que le traitement est trop important, qu'on leur demande d'en faire trop, de se contrôler trop... Il y en a certaines, très franchement, je les ai vues abandonner leur traitement, abandonner les suivis, annuler les consultations... »

M4 « Je pense que c'est justement parce qu'on n'a pas été strict pareil, on a été plus restrictif chez celles qui avaient vraiment du poids à perdre pendant la grossesse que celles qui peuvent juste équilibrer un peu l'alimentation et c'est le côté, je suis complètement d'accord, le côté restrictif, interdit... justement il n'y a rien de pire. »

(2) Normalisation des glycémies

L'accouchement entraînait un soulagement des patientes, impliquant à la fois la disparition des risques immédiats pour le bébé et la résolution du trouble glucidique dans la plupart des cas. L'impression de « guérison » ressentie était fréquemment renforcée par les soignants.

M13 « Pour elles, elles ne sont plus malades. »

M4 « La plupart du temps, le diabète gestationnel est géré à la sortie de la maternité, si elles avaient de l'insuline, souvent elles n'en ont plus. »

M10 « Après si ça se normalise et qu'il n'y a pas de nouvelle grossesse, ça redevient une patiente normale. »

(3) Manque d'information

L'absence de prise en charge de ces patientes après l'accouchement pouvait également être expliquée par un défaut d'information sur la nécessité de suivi et le risque de complications à long terme après un diabète gestationnel.

La plupart des médecins interrogés rapportaient que le risque de ces complications était mentionné lors de la prise en charge initiale par le médecin traitant ou les autres spécialistes mais que cette information n'était en général pas suffisamment intégrée par les patientes. Certains participants mettaient en avant le fait que les équipes de la maternité, du fait de la quantité et de la précision des informations à transmettre, se concentraient davantage sur une éducation thérapeutique solide et détaillée concernant la prise en charge pendant la grossesse, qui relevait du rôle direct et immédiat de ces équipes.

Les informations sur les conséquences pour le futur lointain, bien que probablement évoquées à chaque patiente, n'étaient alors pas suffisamment répétées et le suivi à long terme rarement planifié ou expliqué. Certaines patientes risquaient alors d'occulter totalement ces informations.

M2 « Je pense qu'effectivement on leur explique pas forcément le suivi par la suite, les conséquences du diabète gestationnel, elles ont des objectifs, elles connaissent par cœur

0.90, 1.20, 1.40, 1 machin, ça elles sont au taquet là-dessus mais les conséquences pour elles en tant que femme après avoir eu un diabète gestationnel pendant la grossesse, j'ai l'impression qu'aucune n'était au fait de ça et je ne sais pas, on doit leur en parler à un moment, comme disait M5, c'est vraiment quelque chose qu'elles n'ont pas capté, elles ont compris les risques pour le bébé, elles ont compris ce qu'elles devaient faire pendant la grossesse mais une fois que la grossesse est terminée... »

Les médecins interrogés soulignaient que les patientes avaient tendance à hiérarchiser les risques encourus. En effet, les patientes appréhendaient généralement bien les risques pour leur descendance et le risque de récidive du diabète gestationnel lors d'une prochaine grossesse était souvent bien compris. En revanche, les risques à long terme pour les patientes elles-mêmes n'étant pas une priorité au moment de la délivrance des informations, ces conséquences étaient fréquemment oubliées par les jeunes mères.

M12 « Je pense que pour certaines elles ont compris que ça peut être un déclencheur de diabète et d'autres non... L'enjeu pour le bébé elles ont toutes compris, ça c'est sûr, ou à 99% mais pour la suite... assez moyennement... Je ne suis pas sûre qu'elles se rendent bien compte qu'elles sont plus à risque de diabète que d'autres. Et le risque de récidive pour les prochaines grossesses, là oui, absolument. »

M8 « J'ai des femmes dont c'est la deuxième grossesse, des jeunes femmes, et elles étaient tout à fait au courant qu'elles allaient être suivies, qu'elles allaient anticiper un petit peu les risques, pendant le suivi de la grossesse qu'elles allaient voir rapidement l'endocrinologue, la diététicienne... »

M4 « Je pense aussi que comme beaucoup de femmes enceintes, à partir du moment où on leur explique le risque pour bébé et pour elles, le risque pour elles, elles l'oublient. »

Certains praticiens rapportaient enfin que les patientes, même si elles étaient de nouveau informées après l'accouchement du risque pour elles-mêmes, n'appréhendaient pas bien le risque de développer précocement un diabète de type II et se concentraient sur des besoins de soins plus immédiats.

M13 « Pour elles, elles ont l'impression que c'est juste un accident de la grossesse, on a beau leur dire, je sais que je leur dis en retour quand elles ont appris qu'il y avait un diabète gestationnel, je leur dis forcément " Il faudra vous surveiller là-dessus, vous êtes plus à risque. ", mais ça leur paraît lointain parce que le diabète de type II c'est souvent un truc

de personnes de 50 – 60 ans et elles ont 25 – 30 ans donc je n'ai pas le sentiment qu'elles se sentent particulièrement concernées... »

(4) Difficultés d'organisation

Les participants soulignaient également que les patientes rencontraient des difficultés à continuer leur suivi du fait de contraintes d'organisation s'ajoutant à celles concernant le bébé et les autres enfants de la famille ou la reprise d'un emploi. Ces difficultés étaient souvent rencontrées pour organiser un suivi hospitalier mais aussi parfois pour programmer les consultations en ambulatoire.

M2 « Et puis c'est retourner à l'hôpital, c'est retourner voir un autre spécialiste... »

M1 « C'est des délais d'attente, c'est loin de chez elles... »

M2 « C'est reprendre un rendez-vous, c'est s'organiser pour garder le bébé à ce moment-là... »

M6 « Souvent elles ne le font pas, alors je leur prescris, parce que l'ordonnance elles l'ont perdue. »

Ces contraintes d'organisation et de temps pour les jeunes mamans entraînaient fréquemment une absence de consultation dédiée à la prévention.

M1 « Je trouve qu'on ne les voit pas du tout... On va les revoir pour un problème aigu, une infection, une grippe, des choses comme ça, on ne les voit pas du tout pour elles pour ça, pour un suivi... donc c'est vrai que ça passe à la trappe, même si on l'a noté dans le dossier, elles ne viennent pas du tout pour ça, enfin elles ne se font plus du tout suivre, hormis si une nouvelle grossesse arrive après... »

M13 « C'est déjà des patientes qui consultent énormément pour le bébé alors c'est difficile de dire "on va se voir en plus" parce que déjà on les voit quasiment tous les mois, souvent un peu plus avec la gastro, la rhino, le machin, s'il faut se voir pour elles en plus c'est compliqué. »

b) En rapport avec le médecin

(1) Incertitudes sur les modalités de prise en charge

Les médecins généralistes interrogés étaient conscients de la nécessité d'un suivi mais la plupart ne se sentaient pas à l'aise par rapport aux modalités précises de ce suivi et avouaient peu développer cette prise en charge sur le long terme.

M12 « A l'aise je ne sais pas... Oui, c'est-à-dire, celles qui ont eu un diabète gestationnel, je vais les revoir bien sûr, on va en reparler et puis je n'ai pas une idée très précise de la conduite à tenir, bien sûr je vais leur faire un contrôle dans les mois qui viennent au niveau sanguin et puis ça va un petit peu s'arrêter là je pense... »

M8 « Et puis, si tout est normal, il ne va pas forcément y avoir de prise en charge spécifique pour prévoir la grossesse suivante et pour préparer l'avenir à long terme ! Je ne sais pas si on a une bonne préparation pour l'avenir... Je n'ai pas l'impression que je fais beaucoup de prévention sur le futur, à long terme. »

Plusieurs praticiens s'interrogeaient sur la probabilité exacte des risques de complication à long terme après un diabète gestationnel et jugeaient cette information manquante comme importante pour adapter leurs conseils aux patientes et leur conduite à tenir.

M5 « Est-ce qu'après la grossesse j'ai un risque de diabète de 5%, de 10%, de 50%, de 90% ? Et à combien de temps ? Parce que... enfin on dramatise peut-être à juste titre en disant " Vous avez un diabète gestationnel donc forcément vous ferez un diabète un jour dans votre vie. " Mais finalement c'est quoi le risque ? »

M10 « C'est plutôt effectivement comme dit M7, qu'est-ce qu'on en fait quand il n'y a pas de grossesse ? Est-ce que vraiment c'est un facteur de risque important cardio-vasculaire ou de diabète, est-ce que vraiment ça nécessite une surveillance ou pas ? Moi je n'ai pas la réponse à ça, je ne sais pas quel est le risque... »

Certains jeunes praticiens relevaient également le manque d'habitude comme un frein à la maîtrise de cette prise en charge ne représentant pas une problématique quotidienne en médecine générale.

M4 « Ça ne fait qu'un an et demi que je suis installée, que je peux être amenée à les suivre, c'est une population rare, plus rare en tout cas. »

(2) Méfiance par rapport aux recommandations

La plupart des médecins généralistes interrogés rapportaient une certaine méfiance vis-à-vis des recommandations concernant le diabète gestationnel. Les réticences à les appliquer portaient essentiellement sur le seuil diagnostic du diabète gestationnel au début de la grossesse, jugé comme trop strict. La prise en charge proposée en découlant était fréquemment ressentie par ces praticiens comme une surmédicalisation.

M1 « Personne ne les respecte en fait [les recommandations] ! Parce qu'on fait tous la glycémie à jeun au premier trimestre alors que finalement c'est seulement sur facteurs de risque... Enfin je le fais aussi, hein ! Et puis que ce taux de glycémie à jeun est un peu particulier... »

M10 « Il y a 20 ans quand on avait un diabète gestationnel, on avait un diabète gestationnel ! On avait des glycémies à 2g50 ! Maintenant, quand on a 1g de glycémie c'est la panique, il faut voir l'endocrinologue... Cette panique quand on a 1g à jeun, effectivement comme dit M8, il faut relativiser un peu. Il y a quand même diabète et diabète ! Mais bon ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas prendre en charge les femmes qui ont un diabète léger mais il ne faut pas non plus mettre tout le monde dans le même panier, je trouve. »

M2 « Déjà elles le vivent mal les trois derniers mois, si on le fait à partir de dix semaines, aïe aïe aïe... Enfin je ne sais pas quelles sont vos pratiques là-dessus, je leur donne des conseils diététiques, je fais un contrôle et je vois ! Mais je ne les adresse pas en consultation diabète gestationnel à dix semaines quand elles ont une glycémie à jeun à 0,93-0,94 quoi... »

La prise en charge pendant la grossesse étant ressentie comme trop intensive, certains médecins rapportaient une réticence à continuer un suivi rapproché après l'accouchement.

M2 « Je ne me vois pas leur demander de revoir une... même si quelque part, si on restait de notre côté purement médical il faudrait, mais je ne me vois pas du tout leur demander, même si on crée une consultation exprès, de dire, " Il faut revoir une diététicienne, revoir

le régime etc. ", de les relancer dans une prise en charge médicale, je pense que c'est quelque chose de compliqué. »

(3) Difficultés à mettre en place le suivi

Malgré les méfiances concernant les recommandations actuelles à ce sujet et les incertitudes concernant les modalités de prise en charge, les participants étaient bien conscients que le suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel était important pour diminuer la morbi-mortalité à long terme de ces jeunes patientes et regrettaien dans l'ensemble les difficultés rencontrées pour organiser ce suivi.

M1 « Moi j'ai l'impression, enfin je n'ai pas les chiffres en tête, mais ce que j'ai retenu de nos différentes formations c'est que le risque néonatal est beaucoup plus faible que le risque maternel en post-partum, enfin ce n'est pas dans l'immédiat, c'est dans les années à venir mais le risque du diabète chez la femme est plus important et réel, et du coup c'est celui-là qu'on zappe... »

M2 « Je suis d'accord qu'on leur prend beaucoup la tête pendant la grossesse et qu'on oublie tous les suivis... »

Plusieurs avouaient se sentir responsables au même titre que les patientes elles-mêmes de l'oubli de la programmation du suivi.

M3 « Elles tombent très vite à la trappe, pour elles comme pour moi. »

M3 « Je me suis fait avoir par plusieurs patientes, où c'est six mois - un an après elles font une deuxième grossesse : " Mais mince on a jamais fait la glycémie à jeun. " »

M9 « C'est à nous de les informer, je pense qu'on ne le fait pas, enfin personnellement je ne le fais pas. »

D'autres praticiens regrettaien le manque de temps médical à consacrer à la prévention lors des consultations pour ces patientes, limitant les possibilités d'éducation thérapeutique, alors qu'ils considéraient cette éducation comme un des rôles premiers du médecin généraliste.

M13 « Dans notre pays, un médecin c'est là pour guérir, la prévention c'est notre rôle à part entière mais c'est compliqué, ça c'est clair, il faut répéter, répéter, répéter... »

M13 « La diététique je trouve que c'est toujours un peu l'enfer à aborder en consultation, parce que c'est tellement large... Alors ou on y passe trois quarts d'heure et des fois on les a perdues dans les détails techniques, soit on essaye d'aborder deux - trois idées fortes, mais souvent ça capote. »

c) *En rapport avec le système de santé*

(1) *Variabilité des recommandations et des protocoles*

Les médecins généralistes interrogés portaient un regard critique vis-à-vis de la disparité des protocoles leur étant proposés, ceux-ci étant régulièrement modifiés au cours du temps mais variant aussi d'un établissement à l'autre et d'un spécialiste à l'autre. Certains participants étaient demandeurs d'un consensus plus clair.

M8 « Mais je pense que c'est aussi quelque chose de très récent et nous qui sommes vieux médecins, nous avons beaucoup moins cette pression-là. Et pour avoir vu des protocoles changer de multiples fois, peut-être qu'on est un peu plus dubitatifs au sujet des protocoles formels. »

M1 « Et puis il y a une divergence aussi entre les différentes cliniques ou hôpitaux parce qu'il y en a à 0,93 c'est l'alerte tout de suite : endoc, diet etc. et puis d'autres " Oh, c'est bon, on verra au 6ème mois ! " »

M4 « Mes souhaits c'est que les endocs et les gynécos se mettent d'accord. »

(2) Transition des soins difficile entre l'hôpital et la ville

Les médecins généralistes regretttaient un manque de retour des spécialistes aux-quels ils adressaient les femmes enceintes et se sentaient écartés de cette prise en charge pendant la grossesse, ne recevant pas les informations actualisées concernant l'évolution de l'état de santé de leur patiente. Les participants relevaient que cette absence de communication dépendait surtout des habitudes du correspondant et pas de la spécialité du praticien, cette critique concernant à la fois les gynécologues, les endocrinologues et les sages-femmes.

M12 « Si je n'avais pas forcément fait le diagnostic ou que, comme le suivi est un peu en binôme, des fois elles sont plus suivies par la maternité, des fois je ne savais pas qu'il y avait ce diabète gestationnel. »

M2 « Elle m'a amené le dernier courrier de l'endocrinologue de la fin de la grossesse me disant qu'elle avait été mise sous insuline à la fin de la grossesse et on l'apprend à la consultation du post-partum en fait, parce qu'entre temps on n'a pas eu de courrier, on n'a pas le compte-rendu de l'accouchement. »

M11 « C'est très hétérogène ! Si c'est par exemple le Dr X., qui par ailleurs n'est pas le plus sympathique, il nous envoie les compte-rendus de ses consultations ! Déjà en consultation il a vu s'il y avait un diabète etc. : il nous donne tous ces renseignements-là. Il y en a d'autres, tu n'as pas de nouvelles, tu as juste l'accouchement à la fin. »

M8 « Et en plus, dans la relation avec les sages-femmes et notamment les sages-femmes de l'hôpital on a beaucoup de mal à être pris au sérieux pour le suivi d'un diabète ou le suivi d'une hypertension, le suivi du diabète pour la sage-femme c'est l'endocrinologue et le suivi de l'hypertension c'est le cardiologue, éventuellement le néphrologue, voilà. Et le médecin généraliste, elles ne le connaissent absolument pas. »

Le compte-rendu d'accouchement était un outil de communication largement utilisé par les spécialistes hospitaliers pour transmettre les informations au médecin traitant. Cependant, les participants dénonçaient l'absence de contenu individualisé de ces compte-rendus, regrettant l'absence d'informations ciblées pouvant faciliter la poursuite d'une prise en charge de qualité au cabinet après l'accouchement.

M7 « *J'ai l'impression que c'est un peu stéréotypé : elle a accouché à tel terme, l'enfant pesait tant, l'Apgar est à combien... J'ai l'impression que parfois ils oublient même de remettre s'il y a eu un problème pendant la grossesse... »*

M8 « *“ Elle a eu un suivi avec Madame la diététicienne et Monsieur le Docteur Machin. ” Mais quel suivi ? Tu ne sais pas ce qu'ils ont fait ! »*

Plusieurs médecins généralistes ressentaient que le relais ambulatoire après l'accouchement était souvent trop brutal, le médecin traitant étant fréquemment exclu de la prise en charge pendant la fin de la grossesse. Ils soulignaient alors l'absence de rôle clairement défini quant à la programmation des examens de la patiente pour le post-partum.

M2 « *Par contre j'ai l'impression qu'il n'y a pas de suivi, une fois qu'elles ont accouché elles ne sont plus suivies par les spécialistes qui les ont suivies de manière aussi rapprochées ces derniers mois... »*

M3 « *Après est-ce que c'est nous qui faisons la fiche d'information, est-ce que ça passe par un travail avec euh... »*

M4 « *Mais en pré-partum elles voient tellement les endocs, les diététiciennes tout ça, je trouve que ça pourrait faire partie, vu que c'est eux qui sont censés gérer... Ce n'est pas que je ne me sens pas de le faire ou que ce n'est pas à moi de le faire, mais comme ils les ont beaucoup vues... »*

(3) Organisation difficile des soins ambulatoires

Les participants relevaient également des difficultés d'organisation lors de la prise en charge pluridisciplinaire en ambulatoire. Ils regretttaient largement le non-remboursement des consultations chez les diététiciens, qui pouvait limiter la poursuite de la prise en charge débutée à l'hôpital.

M6 « *Je pense que justement le frein du suivi derrière c'est aussi la diététicienne, c'est que c'est pas pris en charge quoi... »*

En outre, les médecins généralistes soulignaient le caractère récent de la collaboration avec les autres professionnels paramédicaux et les difficultés rencontrées à mettre en

place une communication efficace pour organiser la prise en charge conjointe de ces patientes.

M11 « Mais quand elles vont chez des sages-femmes de ville, est-ce que vous avez des retours ? Moi, personnellement, je n'en ai pas ! »

M8 « C'est encore difficile de le faire, c'est difficile d'avoir une infirmière Asalée, c'est difficile de discuter avec des sages-femmes, on marche un petit peu sur des œufs quand on veut travailler ensemble, il faut qu'on se mette d'accord sur comment on voit les choses les uns les autres et il y a beaucoup de discussions pour travailler en collaboration. En plus nous, on est loin d'avoir fait ça toute notre vie, c'est quelque chose qu'on découvre, enfin qu'on pratique, non pas de façon descendante “ Tu fais ça, tu fais ci, tu surveilles ça comme ça. ” mais avec des allers-retours, un partage, ça c'est quelque chose de récent. »

4. Idées d'amélioration

a) Communication avec la maternité

L'outil clé de communication entre l'hôpital et le cabinet était le compte-rendu d'accouchement. Bien que celui-ci soit décrit comme « stéréotypé », certains médecins soulignaient les efforts faits par certains établissements pour transmettre rapidement les principales informations, ce qui facilitait la poursuite de la prise en charge dès les premières consultations.

M3 « En fait y'a de plus en plus de cliniques, en tout cas moi ceux que je vois, où les mamans sortent avec leur compte-rendu d'accouchement. »

M13 « Oui, oui assez rapidement, ils ont fait beaucoup d'efforts là-dessus, le compte-rendu définitif on l'a dans les quinze jours et souvent elles viennent d'emblée avec une feuille sur laquelle il y a déjà les principales données, là-dessus vraiment... Sauf au CHU, des fois on arrive à les avoir 2 mois ½ à 3 mois après ! Leurs trucs sont bien, c'est toujours un peu stéréotypé mais au moins le diabète gestationnel figure toujours s'il y en a eu un, il n'y a pas de problème. »

Certains médecins étaient demandeurs d'un protocole clair défini en amont par la maternité pour programmer la suite de la prise en charge.

M7 « Peut-être que ce protocole devrait être établi à la sortie de la maternité et qu'on devrait y repenser... Mettre dans le dossier des rappels, peut-être... »

Certains praticiens relevaient d'autres moyens de communiquer efficacement entre professionnels de santé, comme les soirées de formation continue permettant aux généralistes de refaire un point avec les spécialistes sur les dernières recommandations, de poser leurs questions et d'exposer leurs méfiances ou les difficultés concrètes rencontrées, tout en renforçant le lien entre les médecins traitants et les médecins de l'hôpital le plus proche.

M12 « On avait organisé une formation médicale continue il y a peut-être quatre - cinq ans avec une gynécologue et une endocrinologue qui nous avaient parlé de ça, on avait fait une formation dessus... »

Enfin, le rôle de la maternité sur la programmation du suivi après l'accouchement et le déroulement d'un relais sans heurts en ambulatoire était souligné. La place des acteurs paramédicaux, comme les diététiciens ou les sages-femmes de l'hôpital, était mise en évidence. Ces soignants étaient en effet les mieux placés pour insister sur les messages clés juste avant la sortie de la maternité, à un moment où la patiente se concentre sur son nouveau-né et ne participe plus à des consultations médicales.

M4 « Ou par la sage-femme après l'accouchement mais leur dire " Voilà, vis-à-vis du diabète gestationnel, ce serait bien d'en reparler avec le médecin. ", ou la diététicienne qui passe en disant " Bah voilà, là ça va rentrer dans l'ordre, il n'y en aura plus particulièrement mais il ne faut pas l'oublier, il faut le garder dans un coin de sa tête, il faudra en reparler avec le médecin. ", ça peut être à la maternité. »

Les moyens cités étaient l'information orale directe, l'information écrite par le biais d'une fiche et l'organisation de réunions à la maternité dans le post-partum.

M4 « Une petite feuille d'information, ils en donnent sur les lochies, sur l'allaitement, sur quand reprendre le sport, sur quand faire la rééducation... " Vous avez fait un diabète gestationnel. ", ça peut être le truc, la petite fiche d'information... »

M4 « *C'est vrai que ce n'est pas moi qui l'enverrais à trois mois en disant " Il faut REvoir une diététicienne. ", mais c'est plutôt quelque chose qu'eux éventuellement peuvent anticiper et organiser, un peu comme les consultations allaitement qu'ils proposent après l'accouchement pour les femmes qui allaitent, " Vous avez fait un diabète gestationnel, et, si vous voulez, en tout cas si vous voulez vous informer, il peut y avoir des réunions. " »*

b) Communication au sein du cabinet du médecin traitant

Au retour de la maternité, certains participants proposaient de remettre eux-mêmes à leur patiente une fiche d'information sur les complications possibles et l'importance du suivi à long terme. La transmission de ces messages pouvait même être réalisée en amont de la prise en charge hospitalière, dès le diagnostic de diabète gestationnel par le médecin traitant.

M8 « *On pourrait aussi se servir de cet outil-là. La "fiche patient" de Prescrire : " Vous avez eu un diabète gestationnel : voilà toc, toc, toc, ce qui peut nécessiter que vous alliez voir leur médecin régulièrement, de lui en parler " et de leur proposer des échéances. »*

M3 « *Quand on leur explique ce que c'est qu'un diabète gestationnel, leur dire dès maintenant : " Par contre pendant la grossesse c'est ça, par contre faudra vous noter dans un coin de tête qu'il y aura ça à faire. " Voir dans leur classeur qu'elles se font toutes maintenant avec toutes leurs fiches, " Vous mettez une fiche ' Penser à revoir le médecin. ' " des choses comme ça... »*

Même si ces informations sont bien délivrées à la patiente, la prévention reste difficile à réaliser du fait des changements de priorité des jeunes mamans, comme les participants l'ont décrit précédemment.

Pour permettre au médecin traitant et à ses confrères de dispenser régulièrement les conseils et de ne pas oublier de réaliser les dépistages, les participants rapportaient utiliser leur dossier informatisé pour programmer des rappels, via les antécédents, les notes « post-it » dans le dossier de la patiente voire dans le dossier du bébé, plus souvent consulté. Un des médecins citait également le Dossier Médical Partagé (DMP) pour amé-

liorer la transmission des informations médicales entre les différents professionnels de santé.

M12 « Est ce que c'est noté dans mes antécédents ? J'aimerais bien que ça le soit [rires], mais je crois que ça ne l'est pas à chaque fois, mais je pense que ça serait effectivement une bonne chose parce que là mon attitude sera beaucoup plus "incisive" s'il y a eu un antécédent de diabète gestationnel, ce qui veut dire que je mettrai beaucoup plus vite un traitement. »

M3 « Je me force à mettre un post-it, mais non pas dans le dossier de la maman, mais dans le dossier du bébé, parce que si c'est dans le dossier de la maman et qu'on ne la voit pas ça passe à l'as. »

M7 « Peut-être que le DMP, plus tard, pourra nous aider... »

c) Collaboration pluridisciplinaire en ambulatoire

La collaboration pluridisciplinaire en ambulatoire était également une idée d'amélioration fréquemment mise en avant par les médecins interrogés. Ceux-ci constataient avoir des difficultés à réaliser seuls la prise en charge des patientes aux antécédents de diabète gestationnel, principalement par manque de temps.

M8 « Ces choses-là, on ne peut plus les faire tout seul, cette prévention-là, on ne peut plus la faire tout seul, il faut qu'on travaille en commun, avec d'autres gens, et c'est plutôt là-dessus qu'il faut qu'on essaye de travailler. Parce que tu ne peux plus gérer tous les protocoles. »

Ils citaient notamment les sages-femmes, les diététiciens et les infirmiers du dispositif « Asalée » (Action de Santé Libérale En Equipe) comme partenaires clés de ce suivi, pour aider les patientes à poursuivre les changements de mode de vie opérés pendant la grossesse. Le lien avec les professionnels en ambulatoire était décrit comme plus aisés qu'avec les praticiens hospitaliers du fait d'une plus grande proximité avec les patientes et d'une communication plus facile avec leur médecin traitant. La plupart des participants relevaient que cette collaboration mériterait d'être amplement développée.

M1 « *Prado [Programme d'accompagnement au retour à domicile] n'a pas vocation à intervenir plus sur ces patientes-là... ça serait peut-être pas mal... »*

M8 « *C'est notamment pour ça que j'ai invité des sages-femmes à venir et qu'on puisse discuter de la façon dont on travaillait et voilà, et on commence à travailler ensemble et pouvoir échanger sans retenue. »*

M13 « *Je pense que la diététique c'est mieux géré par les diététiciennes que par nous, on n'a pas le temps médical pour ça, je pense qu'on aurait besoin d'y passer beaucoup trop de temps. »*

M2 « *Ça n'existe pas dans les protocoles Asalée actuels, elles font diabète normal mais pourquoi pas... ça peut être aussi quelque chose, ça se fait au sein du cabinet, elles ne se sentent pas obligées de retourner à l'hôpital etc., elles peuvent venir avec bébé, elles sont en confiance, elles savent où ça se passe et de leur dire " Vous avez un diabète gestationnel, c'est bien dans l'année qui vient de prévoir une consultation avec l'infirmière. " et d'avoir un protocole effectivement " Information, éducation thérapeutique, suivi du diabète gestationnel "... »*

d) Responsabilisation des patientes

Certains praticiens relevaient qu'une prise en charge à long terme bien conduite nécessitait également la participation active des patientes, une fois informées sur le risque de complications à long terme et l'éventail de mesures de prévention proposées.

M8 « *Je pense que c'est aussi à elles, une fois informées qu'elles ont plus de risque au moment de la ménopause ou même un petit peu avant, d'avoir un diabète... C'est à elles aussi de nous demander de participer à cette vigilance. »*

Ces patientes alors devenues actrices de leur maintien en bonne santé pouvaient prendre des décisions partagées avec leur médecin traitant et fixer leurs objectifs de changement de mode de vie à court ou à moyen terme, en accord avec leurs disponibilités et leur motivation.

M2 « *Mais peut-être leur poser la question de ce qu'elles ont envie de faire à propos de ça, ce qu'elles savent, ce qu'elles en pensent et comment elles voient pour la suite... »*

M5 « *Et finalement on est surtout dans la discussion partagée avec le patient en disant : “ Voilà, est-ce que vous voulez prendre un traitement ou pas de traitement, quels sont les bénéfices et quels sont les risques ? ” Et là je crois que la femme a tout à fait les capacités, avec des explications correctes, à savoir effectivement est-ce qu'elle a un gros risque... »*

Le rôle des patientes pouvaient également consister à rappeler à leur médecin l'existence de ce facteur de risque et la nécessité de dépistage lorsque celui-ci n'était pas réalisé du fait, par exemple, d'une absence de consultation.

M8 « *Et c'est à la femme de se prendre en charge, au patient de se prendre en charge, on ne peut pas gérer tout seul, avoir tous les rappels, avoir les outils informatiques... [...] Avoir des alertes permanentes, ça tue les alertes ! Il faut que les patientes se prennent en charge ! »*

Certains médecins nuançaient ce processus de responsabilisation des patientes en insistant sur la nécessité d'une prise en charge individualisée prenant en compte la situation globale de chaque patiente pour soutenir sa prise de décision.

M11 « *Et surtout on a l'avantage, nous les généralistes, de connaître bien nos patientes et les contextes familiaux, sociaux etc., ce qui nous donne une facilité d'adaptation dans notre suivi parce que c'est évident qu'on ne va pas prendre en charge de la même façon une institutrice qui a eu un diabète, qui a bien suivi ses trucs et... quelqu'un qui... parce que le diabète c'est quand même un peu compliqué comme maladie, il faut quand même la comprendre ! »*

M8 « *Alors il y a les patientes qui peuvent le faire, comme tu le disais M11, et les patientes qui n'y arrivent pas... Et celles-là ont peut-être besoin d'un accompagnement spécifique. »*

e) ***Rôle des médias***

Enfin, les avis des praticiens évoquant le rôle des médias étaient très partagés. Certains évoquaient la nécessité d'informer collectivement la population sur les grands facteurs de risque, d'autres préféraient que les campagnes de santé publique insistent sur d'autres points concernant une part plus importante de la population.

M8 « Les médias commencent à participer avec des déviances sur lesquelles ils nous font crier “ Oh là là, ils sont fous ! ”, mais ça fait partie d'une prise de conscience de la population. »

M13 « Après ça reste quand même quelque chose de pas si fréquent que ça, je ne suis pas sûr que ce soit un sujet qui nécessite une campagne de prévention publique ou quoi que ce soit, je pense qu'on peut dépister les patientes et effectivement être nous attentifs en tant que médecin et après faire l'éducation thérapeutique aux patientes qui ont ce problème-là mais qu'il n'y a pas forcément besoin de faire de grandes campagnes nationales. »

IV. DISCUSSION

A. Forces et faiblesses de l'étude

1. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative nous a paru la plus adaptée à notre problématique, permettant d'explorer un sujet encore peu décrit dans la littérature dans le contexte du système de santé français. Elle est en outre la méthode de choix pour appréhender les opinions et les ressentis personnels des acteurs pour mieux comprendre les déterminants de leurs pratiques individuelles.

Le nombre de participants recrutés dans notre étude étant faible, l'échantillon n'était pas représentatif de la population étudiée et ne permettait donc aucune possibilité de généralisation et d'extrapolation de ces résultats à l'ensemble de la population. Cependant, la taille de cet échantillon était comparable aux autres études qualitatives de ce genre et l'échantillonnage a été raisonné en variation maximale, l'enjeu étant de diversifier les profils des participants pour recueillir l'éventail de points de vue le plus large possible. Les participants étaient des volontaires sélectionnés de proche en proche pour des contraintes d'organisation, ce qui a pu biaiser le recrutement.

Notre étude s'est appliquée à répondre autant que possible aux critères de la grille de lecture critique des articles de recherche qualitative appliquée à la médecine de Côte et Turgeon.²¹

2. Elaboration du guide d'entretien

Lors de l'élaboration de notre guide d'entretien, nous n'avons pu formellement maîtriser le risque d'oubli d'une thématique importante pour explorer notre sujet mais l'utilisation de questions ouvertes très larges plutôt que de questions fermées préconçues a permis de limiter ce risque.

La formulation des questions a été mise à l'épreuve lors d'un entretien exploratoire pour limiter les difficultés de compréhension et le risque d'ambiguïté des questions. De plus, le guide d'entretien était conçu pour être adaptable et pouvoir évoluer entre les différents entretiens si cela s'avérait nécessaire.

3. Biais de recueil

L'animation d'entretien demande la capacité à utiliser les stratégies d'intervention pour structurer le discours des participants sans influencer leurs réponses, pour recueillir une expression la plus libre possible sans déborder du cadre de la discussion. Pour notre étude, lors des entretiens individuels, un seul enquêteur prenait des notes et posait également les questions. Cependant, les entretiens de groupe étant plus difficiles à animer, nous avons réalisé les *focus groups* à deux enquêteurs. Le rôle de modérateur était alors joué par le Dr Jeanne-Claire Yrles, directrice de thèse, ayant déjà une certaine expérience de ces entretiens de groupe.

Le sujet précis des entretiens n'avait volontairement pas été dévoilé au préalable. Les réponses ainsi recueillies étaient donc plus spontanées mais ne permettaient aucune réflexion approfondie. Nous avons également pu être confrontés au biais de mémorisation, les participants mettant plus naturellement en avant les situations choquantes ou inhabituelles, ayant marqué leurs souvenirs, plutôt que les situations banales.

Les entretiens étant réalisés en présence de pairs, nous pouvions rencontrer un biais de désirabilité sociale, les participants d'un entretien ayant tendance à modérer leurs propos pour ne pas choquer l'enquêteur ou les autres participants. La réalisation d'entretiens individuels permettait de recueillir une expression plus personnelle, moins soumise à la contrainte du groupe, alors que la réalisation d'entretiens en groupe avait l'avantage du susciter le débat et le recueil d'une plus grande richesse d'informations grâce aux interactions entre les participants.

Le consentement des participants avait été recueilli au préalable et réaffirmé au début des entretiens en insistant sur l'anonymisation des données et la confidentialité pour faciliter une expression plus libre.

4. Analyse des données

La saturation des données a été atteinte au second entretien individuel. La littérature sur notre sujet dans le système de santé français étant peu fournie et les recommandations de suivi étant peu précises et soumises à interprétation, nous cherchions à explorer une thématique très vaste de prévention et de suivi à long terme et non pas à recueillir des informations précises sur les modalités du suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel par leur médecin traitant. Nous n'avons donc pas jugé nécessaire de confirmer cette saturation par un troisième entretien individuel.

L'analyse de données issues de la recherche qualitative par un enquêteur comporte inévitablement une part de subjectivité. Les données issues d'un des deux *focus groups* ont donc été analysées par deux enquêteurs de manière totalement indépendante, en comparant par la suite les résultats obtenus, pour atténuer cette subjectivité. Cette triangulation des chercheurs permettait d'améliorer la validité interne de notre étude.

B. Discussion des principaux résultats

Dans notre étude, les médecins généralistes rapportaient des difficultés à suivre les jeunes mères après leur accouchement et à long terme, ces dernières mettant davantage la priorité sur la santé de leurs enfants. Ils insistaient sur le rôle central du médecin traitant pour réaliser le suivi individualisé et la prévention à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel, cette prévention devant souvent être fractionnée lors de consultations programmées pour d'autres motifs.

Les difficultés rencontrées pour réaliser ce suivi étaient principalement le manque d'information des patientes sur le risque de complications à long terme et les difficultés

d'organisation liées au contexte familial, les incertitudes des médecins sur les modalités exactes de suivi, la méfiance concernant les recommandations, le manque de temps médical à consacrer à l'éducation thérapeutique ainsi que les difficultés de communication avec les équipes hospitalières et les autres soignants en ambulatoire.

1. Le post-partum : un changement de priorités pour la nouvelle mère

a) La femme s'efface derrière le bébé

M10 « Elle est quand même à ce moment-là quand elle sort de la maternité maman à 95% et femme...., il lui reste 5%... »

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude rapportaient que la consultation du post-partum était difficile à organiser pour la jeune mère, les soins se concentrant plutôt sur le bébé. Suite à l'accouchement, la femme, qui était au centre de toutes les attentions pendant la grossesse, devenait mère et redéfinissait ses priorités : il n'était plus temps de veiller sur elle mais de veiller sur le bébé.

Les patientes interrogées dans d'autres études rapportaient également de se concentrer plutôt sur la santé de leur enfant à cette période.⁷ Le stress ressenti par rapport au fait de devenir mère²² et la fatigue, fréquente dans le post-partum, étaient décrits comme des obstacles aux consultations.¹¹ Un allaitement maternel était perçu comme une difficulté supplémentaire pour maintenir un long jeûne, rendant difficiles les dépistages.⁷

Les participants de notre étude soulignaient que l'entourage et les soignants concentraient également leurs efforts autour du nouveau-né. La patiente limitait alors les soins pour elle-même et pouvait être perdue de vue des équipes de soins, qu'elle fréquentait pourtant régulièrement pour son bébé.

Dans la littérature, les patientes rapportaient parfois ressentir une certaine forme d'abandon lors du relais post-partum entre la maternité et les soins primaires.⁷ Elles ne revoyaient pas forcément leur obstétricien¹⁷ mais ne réalisaient pas pour autant un relais systématique avec leur médecin généraliste.²³ Certaines patientes regrettaiient que les

médecins n'insistent pas suffisamment sur la nécessité du test ou ne rappellent pas les patientes qui ne s'étaient pas présentées à leur rendez-vous.⁷ Cependant, on retrouvait une compliance limitée au suivi et aux tests de dépistage malgré les prescriptions et les rappels.⁷

b) Une rupture du suivi de la femme malgré les complications de grossesse

(1) Disparition des risques pour le bébé

M2 « Elles ont compris les risques pour le bébé, elles ont compris ce qu'elles devaient faire pendant la grossesse mais une fois que la grossesse est terminée... »

Les médecins interrogés dans notre étude insistaient sur le fait que les modifications de comportement mises en place pendant la grossesse étaient souvent vécues comme restrictives par les patientes. D'autres études rapportaient qu'après l'accouchement, les plupart des femmes étaient moins motivées à poursuivre ces modifications de comportement, celles-ci n'ayant plus d'impact immédiat sur la santé du bébé.¹¹ Cette motivation diminuait au fur et à mesure que l'on s'éloignait de l'accouchement.¹⁷

Néanmoins, certaines patientes rapportaient conserver ces habitudes de vie pour rester en bonne santé dans le but de s'occuper au mieux de leurs enfants et de limiter les complications lors de futures grossesses.²⁴

(2) Normalisation des glycémies et manque d'information sur les complications à long terme

Le défaut d'information sur les complications à long terme était une limite au dépistage décrite dans notre étude et dans de nombreuses autres sources.

Les patientes étaient bien informées sur la résolution fréquente du trouble glucidique après l'accouchement²⁴ mais recevaient des informations insuffisantes sur le risque important de développer un diabète de type II à moyen ou long terme.⁷ Les patientes se concentraient sur leur équilibre glycémique à court terme et décrivaient qu'une auto-

surveillance glycémique capillaire normale lors du retour à domicile était un frein à la réalisation d'un dépistage par HGPO, les femmes se considérant comme guéries. En revanche, si ces valeurs glycémiques étaient anormales, les patientes étaient plus enclines à réaliser l'HGPO rapidement.²⁴ Au contraire, la peur d'une mauvaise santé future avec l'appréhension d'un diagnostic de diabète était parfois rapportée comme un frein au dépistage.⁷

(3) Difficultés d'organisation

Les difficultés d'organisation pour le suivi post-partum mises en évidence par les médecins dans notre étude étaient retrouvées dans des études interrogeant directement les patientes.

Le manque de temps était une des raisons principalement invoquées⁹ avec des difficultés à organiser le test du fait de la reprise de leur emploi.²⁵ La perte de l'ordonnance,²⁵ les longs délais de rendez-vous,⁷ la distance par rapport au centre de soins, l'impossibilité de se déplacer seules et le manque de soutien pour s'occuper des enfants¹¹ étaient aussi fréquemment cités.

Dans certains pays, le défaut d'assurance maladie et le coût du test pouvaient être un frein important à moyen terme,¹¹ par exemple aux Etats-Unis avec la perte de l'assurance *Medicaid* à 60 jours post-partum.²⁶

2. Transfert des soins de l'hôpital à la ville, un enjeu de communication

a) *Le suivi à long terme : rôle du médecin traitant*

M11 « Par rapport à une sage-femme qui arrive dans le... qui va très bien faire son truc mais nous on connaît tout le reste : on connaît la famille, on connaît les antécédents, on connaît les coups de blues, on connaît tout ça... »

Notre étude et les données disponibles dans divers systèmes de santé s'accordent sur le rôle central du médecin traitant dans le suivi des patientes à long terme après un

diabète gestationnel, ce suivi demandant des compétences en prévention et en coordination des soins. Le médecin traitant était le mieux placé pour prendre en compte la personne dans sa globalité et ainsi réaliser ce suivi individualisé à long terme.

Le suivi post-partum pouvait être réalisé par le médecin généraliste, le gynécologue (médical ou obstétricien) ou la sage-femme selon le choix de la patiente et des praticiens.¹⁰ La dynamique de restriction budgétaire des hôpitaux et la diminution du nombre de gynécologues médicaux plaçaient le médecin généraliste au centre des soins du post-partum.¹⁸

Dans une étude qualitative réalisée au Canada²⁸, les patientes et les médecins généralistes estimaient que le médecin traitant devait être responsable du dépistage post-partum.²⁷ Les soignants hospitaliers considéraient également que cette responsabilité devait être partagée entre le médecin traitant et la patiente. En effet, si le médecin traitant n'évoquait pas le dépistage post-partum, la probabilité que les patientes réalisent ce dépistage était plus faible, malgré les informations et prescriptions reçues à la maternité. Les généralistes soulignaient néanmoins que les praticiens hospitaliers avaient un rôle crucial d'information du médecin généraliste au sujet du diagnostic de diabète gestationnel et de la prise en charge détaillée restant à mettre en place. En effet, les praticiens apprenaient encore trop souvent ce diagnostic des patientes elles-mêmes.²⁸

Une prise en charge hospitalière ne semblait pas faciliter l'éducation dans le post-partum. Une étude américaine²⁹ portant sur des médecins et soignants hospitaliers en 2016 retrouvait que, lors de la première visite post-partum, plus de 80% des praticiens s'informaient sur l'alimentation du bébé, l'organisation de la famille, le moral de la mère mais seulement 10% évoquaient le régime alimentaire de la mère, son activité physique, son poids ou son futur risque de diabète de type II, même si 75% des praticiens prescrivent le premier dépistage post-partum. Dans cette même étude, 50% des sages-femmes n'étaient pas informées de la nécessité de réaliser un dépistage en post-partum et le personnel hospitalier, dont les gynécologues-obstétriciens, ne réalisait pas d'éducation thérapeutique.²⁹

Dans l'étude anglaise de Rayanagoudar et collaborateurs³⁰ en 2015, la perception du risque de diabète de type II à long terme était correcte chez 90% des diabétologues et 60% des généralistes, mais à peine la moitié des obstétriciens. Moins de 20% des sages-

femmes avaient une perception correcte de ce risque alors qu'elles étaient souvent les premiers recours des femmes en fin de grossesse et dans le post-partum proche.³⁰

Au Danemark, les femmes sont encouragées à réaliser le dépistage du diabète de type II chez leur médecin traitant, une politique qui reste très variable selon les pays.²³ On observait alors un haut taux de dépistage en post-partum immédiat (80,5%) chez le médecin généraliste, cet examen faisant partie de la visite post-partum standard.¹³

b) Communication avec la patiente

(1) Education de la patiente sur l'importance du suivi

De nombreuses études rapportaient, comme la nôtre, le manque d'information des patientes sur la nécessité de réaliser un dépistage.²⁵ La prise en charge à la maternité était centrée sur la grossesse et l'accouchement et les informations délivrées à ce sujet étaient nombreuses, nécessitant un apprentissage rapide de la patiente. De ce fait, l'information sur la prise en charge et le risque de complications en post-partum était généralement peu développée pendant la grossesse, ce qui diminuait les chances de réaliser les dépistages.

L'étude de Kilgour et collaborateurs soulignait que les praticiens hospitaliers avaient un rôle essentiel à jouer dans l'éducation de la femme au sujet des risques de complications à long terme après un diabète gestationnel et de l'importance d'un suivi ambulatoire régulier. Ils étaient en première ligne pour informer les femmes sur les modalités précises de ce suivi post-partum, à la fois pour le bébé et pour la mère.²⁸

Comme dans notre étude, certaines sources recommandaient d'éduquer les patientes dès la fin de la grossesse à l'aide de sources écrites, en plus de l'information orale, pour leur permettre d'intégrer les nombreuses informations délivrées. L'envoi d'une copie de cette lettre au médecin traitant permettrait vraisemblablement d'améliorer le suivi à long terme.¹⁴ D'autres sources recommandaient de délivrer cette information dès le diagnostic de diabète gestationnel par le gynécologue ou le médecin traitant.²⁴

(2) Programmation de la suite de la prise en charge

Comme dans notre étude, la revue de littérature réalisée en 2017 par Martinez et collaborateurs²⁶ décrivait le post-partum comme une période de transition, avec un changement brutal des soins prodigués et des acteurs du réseau de soins suite à une modification des besoins de la patiente. La patiente basculait de soins très fréquents concentrés sur la grossesse en milieu hospitalier à des soins de prévention et de suivi à long terme en soins primaires. Les explications sur la marche à suivre concrète après l'accouchement étaient données trop peu de temps avant la fin des soins hospitaliers, ne permettant pas de répéter les informations nécessaires et de planifier clairement les soins ambulatoires du post-partum. Cet article recommandait un plan de prise en charge clair reflétant l'importance d'un suivi clinique et biologique. Un exemplaire pourrait être remis et expliqué à la patiente, pour lui rappeler les étapes ultérieures du suivi si un rendez-vous était manqué et l'importance de reprogrammer rapidement ces rendez-vous. Les auteurs proposaient aussi que l'équipe hospitalière s'assure que la patiente ait bien un médecin traitant ou l'aide à en trouver un rapidement pour qu'elle n'interrompe pas les soins après le dernier rendez-vous hospitalier.²⁶ Une organisation en amont du post-partum pourrait aussi permettre de programmer le temps de consultation nécessaire pour s'occuper correctement du bébé et de la maman.²⁸

L'étude de Ehrenthal et collaborateurs³¹ réalisée aux Etats-Unis en 2013 retrouvait que 96% des femmes aux antécédents de diabète gestationnel consultaient leur gynécologue-obstétricien à 6 semaines après l'accouchement alors que seulement 21% de ces patientes consultaient leur médecin généraliste dans les 3 mois post-partum, malgré les conseils donnés dans ce sens à la maternité.³¹ Notre étude ne retrouvait pas cette notion de prise en charge du post-partum par le gynécologue. Dans notre système de soins, les patientes semblaient se tourner plutôt vers les soins primaires, chez la sage-femme ou médecin généraliste, sauf dans des cas particuliers, par exemple après une césarienne.

L'étude de Kilgour et collaborateurs²⁸ mettait en avant un rôle bénéfique des sages-femmes pour améliorer le lien entre l'hôpital et la ville et pour promouvoir la réalisation du suivi en post-partum auprès des patientes. Plusieurs études retrouvaient en effet une amélioration du suivi post-natal du diabète gestationnel lorsque les sages-femmes continuaient à donner des informations aux patientes à ce sujet après l'accouchement.²⁸

D'autres sources évoquaient le rôle possible des équipes des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la réorientation des jeunes mamans vers le médecin traitant.¹⁴

c) Communication avec le médecin traitant

(1) Rupture du suivi ambulatoire pendant la grossesse

M12 « Comme le suivi est un peu en binôme, des fois elles sont plus suivies par la maternité, des fois je ne savais pas qu'il y avait ce diabète gestationnel. »

Comme les participants de notre étude, les médecins généralistes interrogés par Kilgour et collaborateurs²⁸ étaient souvent les prescripteurs du dépistage du diabète gestationnel et étaient alors en première ligne pour son diagnostic et l'orientation des patientes vers une prise en charge hospitalière, quand un suivi spécialisé s'avérait nécessaire. Cependant, les médecins traitants regretttaient la rupture du suivi ambulatoire de leur patiente, dont ils n'avaient parfois aucune nouvelle jusqu'à l'accouchement, en dehors d'éventuelles consultations sans lien direct avec la grossesse.

Ils déploraient l'absence de courrier suite aux consultations spécialisées. Les médecins généralistes se retrouvaient mis à l'écart de la prise en charge, ce qui était décrit comme délétère pour le traitement d'événements intercurrents pendant la grossesse et pour la mise en place du suivi ultérieur, voire perçu comme impoli par certains médecins, qui ne se sentaient pas traités d'égal à égal par leur correspondant hospitalier.²⁸

Les recommandations HAS de 2014 reprenaient les recommandations CNGOF et SFD de 2010¹ détaillées dans l'introduction en insistant sur le fait que le suivi de la grossesse et de l'accouchement devait se faire en étroite collaboration entre le médecin traitant, l'obstétricien et l'endocrinologue-diabétologue si nécessaire. La HAS recommandait une consultation mensuelle par le médecin généraliste si le diabète gestationnel était parfaitement équilibré sans insulinothérapie, en l'absence de retentissement fœtal et de facteur de risque associé. Dans le cas contraire, elle recommandait un suivi tous les 15 jours en alternant une consultation chez le généraliste et une consultation chez le spécialiste.

L'avis du groupe de travail de la HAS était que la prise en charge idéale du diabète gestationnel était un suivi ambulatoire jusqu'à l'accouchement, formalisé par un protocole pluridisciplinaire local détaillant précisément le rôle de chacun, les modes de coordination,

la fréquence du suivi, les indications d'hospitalisation, les modalités de suivi en post-partum et les modalités de prévention du diabète de type II.¹⁰

(2) Informations insuffisantes pour la reprise du suivi

M1 « Je n'ai pas les chiffres en tête, mais ce que j'ai retenu de nos différentes formations c'est que le risque néonatal est beaucoup plus faible que le risque maternel en post-partum, enfin ce n'est pas dans l'immédiat, c'est dans les années à venir mais le risque du diabète chez la femme est plus important et réel, et du coup c'est celui-là qu'on zappe... »

Les participants de notre étude avaient conscience de l'importance du suivi à long terme et de la perte de chance que constituait une rupture de ce suivi.

D'après les thèmes principalement évoqués dans l'étude qualitative australienne de Kilgour et collaborateurs²⁸, les soignants hospitaliers étaient plus concentrés sur la prise en charge de la grossesse compliquée alors que les généralistes insistaient davantage sur la nécessité d'obtenir des informations de bonne qualité pour le suivi post-partum. Ils souhaitaient que celles-ci soient délivrées par les praticiens hospitaliers, qu'ils considéraient comme des experts mais ils n'étaient pas satisfaits par la communication avec la maternité et par la nature et la forme des informations reçues. En effet, lorsque le médecin traitant reprenait le suivi de sa patiente après l'accouchement, il manquait souvent d'informations sur les modalités précises du suivi, notamment la nature et la fréquence des tests de dépistage à prescrire.²⁸

(3) Compte-rendu hospitalier

M8 « “Elle a eu un suivi avec Madame la diététicienne et Monsieur le Docteur Machin ” mais quel suivi ? Tu ne sais pas ce qu'ils ont fait ! »

Dans notre étude comme dans de nombreuses autres sources, le compte-rendu de sortie de la maternité était décrit comme l'outil principal de communication entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant. Pour améliorer cette communication, les patientes sortaient parfois de la maternité avec un exemplaire du compte-rendu d'hospitalisation pour que le médecin traitant reçoive les informations adéquates dès la première consultation en

post-partum. Pourtant, les médecins généralistes déploraient la quantité de détails sur le déroulement précis de la grossesse et l'accouchement, qui risquaient de noyer les informations importantes pour le suivi. Certains médecins constataient même que le diagnostic de diabète gestationnel était parfois oublié dans le compte-rendu ou que ce dernier n'était pas toujours transmis au médecin traitant.¹⁸ Dans l'étude de Kilgour et collaborateurs²⁸, les généralistes regrettaien que ce compte-rendu soit rédigé dans l'esprit de résumer le séjour hospitalier et pas dans la perspective de transmettre des informations pertinentes au médecin traitant pour la prise en charge future. Ils proposaient de réfléchir à un format de compte-rendu différent, rédigé pour le généraliste, mettant en avant les points clés de la prise en charge hospitalière ayant des conséquences directes sur le suivi post-partum et détaillant les modalités de ce suivi. Un des médecins généralistes interrogés résumait ainsi cette proposition : « *Tell us how she is going, what you have done, what you are going to do and what you want me to do.* », pouvant être traduite par « *Dites-nous comment elle va, ce que vous avez fait, ce que vous allez faire et ce que vous voulez que je fasse.* »²⁸

Le compte-rendu de sortie de la maternité devrait clairement statuer si le gynécologue-obstétricien avait l'intention de prendre en charge le suivi post-partum immédiat, dont le contrôle glycémique, ou s'il comptait sur le médecin généraliste pour initier ce suivi.²⁸ La revue de littérature de Martinez et collaborateurs proposait la création d'un dossier informatisé partagé par la maternité et le médecin généraliste qui pourrait permettre, à l'aide de rappels électroniques, de repérer les patientes n'ayant pas encore consulté leur médecin traitant ou n'ayant pas réalisé le dépistage.²⁶

(4) Incertitude par rapport aux risques de complications et controverses sur les modalités de prise en charge.

Dans notre étude, les médecins généralistes exprimaient des incertitudes concernant l'importance du risque de développer un diabète de type II et concernant les modalités de suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel, notamment vis-à-vis de la fréquence des dépistages et de la contraception à proposer après l'accouchement.

Une étude danoise retrouvait également une connaissance incomplète des recommandations, qui était améliorée par les rappels.²³ D'autres études retrouvaient que les praticiens concernés évaluaient le dépistage du diabète de type II dans le post-partum des

femmes aux antécédents de diabète gestationnel comme une « priorité basse », possiblement par une mauvaise estimation du risque,³⁰ ce qui pouvait augmenter le risque que les praticiens oublient de réaliser les dépistages.²⁴

Des controverses persistaient sur les modalités de dépistage dans le post-partum notamment sur la nature du test, sa fréquence et sur les stratégies à mettre en place pour améliorer les taux de dépistage. Cela entraînait des incohérences entre les recommandations des différents pays.¹¹ Pour illustrer ce point, nous avons résumé dans le tableau ci-dessous les recommandations de dépistage post-partum dans plusieurs pays développés.

Tableau 4 : Comparaison de différentes recommandations de dépistage du diabète après l'accouchement chez les patientes ayant présenté un diabète gestationnel.

Pays	Période de réalisation du dépistage post-partum	Technique utilisée pour le dépistage post-partum	Fréquence du dépistage à long terme	Technique utilisée pour le dépistage à long terme
France ¹	Consultation post-natale (autour de 6 semaines post-partum)	GAJ ou HGPO (HGPO plus sensible)	Tous les 1 à 3 ans selon les facteurs de risque (sans précision) pendant 25 ans et avant chaque nouvelle grossesse	GAJ ou HGPO (HGPO plus sensible)
Allemagne ³²	6 - 12 semaines post-partum	HGPO	-Si dernière HGPO normale : tous les 2 à 3 ans pendant 10 ans -Si intolérance au glucose ou hyperglycémie à jeun : tous les ans	Sans précision
Royaume-Uni ³³	6 -13 semaines post-partum	GAJ	Tous les ans et avant chaque nouvelle grossesse	GAJ ou HbA1c
Pays-Bas ³⁴	6- 12 semaines post-partum	Sans précision	Tous les ans pendant 5 ans puis tous les 3 ans	GAJ
Canada ²⁷	6 semaines - 3 mois post-partum	HGPO	Tous les 3 ans	HGPO

Légende : GAJ : Glycémie à jeun

HGPO : Hyperglycémie provoquée par voie orale (avec 75g de glucose)

HbA1C : Hémoglobine glyquée

Interprétation du test d'hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 grammes de glucose chez la femme non enceinte (seuils uniformes selon les recommandations) :

- Test normal si glycémie à jeun < 1g/L et glycémie à 2h de la charge orale < 1,40 g/L
- Diabète si glycémie à jeun \geq 1,26 g/L (devant être contrôlée sur un second prélèvement) et glycémie à 2h de la charge orale \geq 2,00 g/L
- Hyperglycémie à jeun : GAJ entre 1,00 et 1,25 g/L
- Intolérance au glucose : glycémie à 2h de la charge orale entre 1,40 et 1,99 g/L.

Dans l'étude de Kilgour et collaborateurs, les généralistes exprimaient un besoin de recommandations claires et explicites et trouvaient difficile de faire le tri entre les différentes recommandations existantes. Ils considéraient que leurs correspondants hospitaliers étaient plus qualifiés pour trancher et leur faisaient confiance pour leur fournir un protocole précis à suivre.²⁸

D'autre part, la diminution des seuils diagnostiques du diabète gestationnel en 2010 pouvait accentuer la méfiance de certains médecins généralistes par rapport aux recommandations de prise en charge.

M1 « Personne ne les respecte en fait [les recommandations] ! Parce qu'on fait tous la glycémie à jeun au premier trimestre alors que finalement c'est seulement sur facteurs de risque... Enfin je le fais aussi, hein ! Et puis que ce taux de glycémie à jeun est un peu particulier... »

Dans notre étude, le suivi post-partum était volontiers repoussé par les médecins traitants dont les patientes avaient mal vécu la prise en charge pendant la grossesse. Le sentiment de culpabilité ressenti par certaines patientes dans le contexte de régime restrictif était vécu comme une injustice par certains médecins, qui avaient l'impression d'un sur-diagnostic de ce diabète gestationnel dû à des recommandations trop sévères.

Comme nous l'avons évoqué dans l'introduction, l'étude HAPO avait mis en évidence un continuum entre la sévérité de l'hyperglycémie maternelle et le sur-risque de complications materno-fœtales. Les seuils de diagnostic du diabète gestationnel avaient par la suite été modifiés par le consensus d'experts international de l'IADPSG. L'étude de Meek et collaborateurs³⁵ constatait que les seuils choisis par l'IADPSG entraînaient une augmentation importante de la prévalence du diabète gestationnel. Cependant, le choix de ces seuils était considéré comme justifié. En effet, les patientes présentant un diabète gestationnel selon les seuils de l'IADPSG mais n'étant pas diagnostiquées par les recommandations du NICE de 2015, moins strictes, présentaient un risque de complications plus important que les patientes diagnostiquées et traitées pour un diabète gestationnel. Un traitement aurait donc été bénéfique pour ces patientes.³⁵

Le choix d'un dépistage ciblé ou universel était encore sujet à controverses et devait être adapté aux caractéristiques de la population, qui différait énormément selon les pays.^{36, 37}

Comme l'évoquait l'un des participants de notre étude, l'étude de Clarke et collaborateurs soulignait que la confiance dans les recommandations pourrait être améliorée par l'organisation de formations médicales continues des médecins généralistes à ce sujet, en invitant des spécialistes de l'hôpital du secteur.¹⁸

3. L'organisation de la prévention à long terme

a) *Prise en charge globale par le médecin traitant*

M13 « Dans notre pays, un médecin c'est là pour guérir, la prévention c'est notre rôle à part entière mais c'est compliqué, ça c'est clair, il faut répéter, répéter, répéter... »

Comme notre étude, la revue de dossiers d'Ortiz et collaborateurs²⁹ constatait que les praticiens présentaient des difficultés à réaliser des consultations d'aide aux changements de comportement. Les raisons évoquées étaient le manque de temps, le manque de formation et de confiance en eux, le manque de supports de ressources, le non rem-

boursement de certaines séances, la faible demande des patients et la concentration sur des soins plus urgents.²⁹

Une prise en charge globale de la famille permettait de donner les informations de prévention de manière fractionnée et de les répéter mais encore fallait-il se souvenir à chaque consultation des facteurs de risque des autres membres de la famille. Devant cette difficulté, certaines études proposaient de cibler les femmes les plus à risque pour leur proposer un suivi centré sur cette problématique et ne pas risquer de les perdre de vue.

L'article de Roberts et collaborateurs³⁹ présentait la grossesse comme un équivalent de test de dépistage pour le risque de maladies cardio-vasculaires à long terme. Dans le post-partum, il était important de ne pas perdre de vue les informations récoltées sur les complications de grossesse car celles-ci étaient cruciales pour évaluer au mieux le risque cardio-vasculaire individuel.³⁸ L'*American Heart Association* (AHA) a de ce fait inclus dans ses recommandations 2011 la nécessité de recueillir dans les antécédents les complications de grossesse, considérant la pré-éclampsie et le diabète gestationnel comme des facteurs de risque cardio-vasculaires à part entière.³⁹

Parmi les scores de risque développés pour cibler les patientes les plus à risque, on peut citer le Findrisk (*Finnish Diabetes Risk Score*) élaboré en Finlande et validé en France pour le diabète de type II et la prévalence d'anomalies glycémiques chez les patients en surpoids.¹²

Dans la version 2018 du score Qdiabetes créé en 2009 et largement utilisé au Royaume-Uni pour estimer le risque de survenue de diabète de type II à dix ans, de nouveaux facteurs de risque ont été intégrés suite à une grande étude de cohorte prospective confirmant la place du diabète gestationnel parmi les plus importants facteurs de risque de diabète de type II. L'intégration du diabète gestationnel dans le Qdiabetes-2018 entraîne la génération de nouvelles alertes automatiques dans les systèmes informatiques couramment utilisés en médecine générale au Royaume-Uni et devrait permettre de sensibiliser les médecins sur le risque accru de diabète de type II et faciliter le suivi régulier de ces patientes.⁴⁰

Les systèmes de rappel électroniques pour les professionnels de santé et les rappels téléphoniques ou postaux pour les patients ont prouvé leur efficacité dans l'améliora-

tion des taux de réalisation des actes de dépistage dans d'autres contextes (dépistage du cancer colorectal, du col de l'utérus, mammographies...).²³ Ils ont également montré leur efficacité dans l'augmentation de la participation au dépistage du diabète de type II chez les femmes aux antécédents de diabète gestationnel notamment en Australie où un programme national organise l'envoi de rappels postaux systématiques aux femmes aux antécédents de diabète gestationnel et à leur médecin traitant entre 12 et 16 semaines post-partum, date calculée grâce au terme théorique.²⁵ L'envoi d'un rappel au médecin traitant à 15 mois du post-partum avait également montré une efficacité sur le suivi à long terme.¹⁴ Les rappels personnalisés de type téléphoniques semblaient être les plus efficaces mais tous les modes de communication s'avéraient utiles.²³ Les rappels par *Short Message Service* (SMS) étaient une piste intéressante car ils étaient peu coûteux et avaient prouvé leur efficacité pour améliorer la participation aux rendez-vous médicaux en général avec une efficacité similaire aux appels téléphoniques.⁴¹ Une étude australienne retrouvait une nette préférence des patientes pour ce système de communication, alors que l'appel téléphonique arrivait bon dernier.²⁵

b) Collaboration pluridisciplinaire ambulatoire

M8 « Ces choses-là, on ne peut plus les faire tout seul, cette prévention-là, on ne peut plus la faire tout seul, il faut qu'on travaille en commun, avec d'autres gens, et c'est plutôt là-dessus qu'il faut qu'on essaye de travailler. Parce que tu ne peux plus gérer tous les protocoles. »

L'éducation thérapeutique nécessitant beaucoup de temps, les médecins généralistes de notre étude rapportaient le besoin de s'entourer d'autres acteurs pour réaliser une prise en charge de qualité et aider les patientes à adopter un mode de vie plus sain.

De nombreuses études réalisées sur des populations à risque de diabète de type II en Europe, en Amérique du Nord et en Asie ont montré une efficacité des interventions sur le mode de vie pour prévenir ou retarder le diabète de type II.²²

Dans le cadre de l'*American Diabetes Prevention Program*, un essai clinique randomisé multicentrique comparait les femmes aux antécédents de diabète gestationnel aux autres femmes à risque de diabète de type II avec un suivi de 10 ans.

La comparaison était réalisée sur trois groupes de traitement :

- placebo et conseils de mode de vie standards,
- Metformine et conseils de mode de vie standards,
- placebo et intervention intensive sur le mode de vie.

Dans le groupe placebo, cette étude retrouvait un risque significativement plus important de développer un diabète de type II chez les patientes aux antécédents de diabète gestationnel que chez les autres patientes à risque. L'intervention intensive sur le mode de vie avait permis une diminution du risque de diabète de type II significative, d'environ 30%, avec des résultats similaires pour les patientes des deux groupes. Le traitement par Metformine avait lui aussi permis une diminution significative du risque de diabète de type II de 40% chez les patientes aux antécédents de diabète gestationnel mais sans efficacité retrouvée dans l'autre groupe, malgré une tolérance similaire au traitement et une perte de poids plus importante chez les autres patientes. D'après cette étude, le traitement de 7 femmes aux antécédents de diabète gestationnel par Metformine ou de 11 de ces femmes par une intervention intensive de mode de vie permettrait d'éviter l'apparition d'un cas de diabète de type II à 10 ans dans cette population.²² L'utilisation d'un traitement par Metformine à but préventif du diabète de type II est courante aux Etats-Unis mais n'est actuellement pas recommandée en France.

Une revue de la littérature de 2016 recensant les essais cliniques randomisés chinois et américains portant sur les interventions sur le mode de vie dans une population de patientes aux antécédents de diabète gestationnel retrouvait néanmoins peu d'études de bonne qualité méthodologique ciblant cette population en particulier. Il s'agissait surtout d'études pilotes et d'études de faisabilité pour de futurs essais cliniques à grande échelle.²²

Les objectifs de ces interventions portaient majoritairement sur l'augmentation de l'activité physique, la rééquilibration de l'alimentation et l'amélioration de la perte de poids en post-partum.⁴² Quelques études incluaient également une promotion de l'allaitement²² ou un soutien psycho-social et comportemental avec la mise en place d'objectifs discutés entre la patiente et les soignants.⁴² Les auteurs mettaient aussi en avant l'objectif de déli-

vrer une meilleure information sur les risques de diabète de type II dans l'avenir et sur la nécessité d'un dépistage et d'un suivi régulier par le médecin traitant.¹⁴ Dans ces études, les patientes étaient suivies entre 12 semaines et 5 ans et la durée des interventions variait de 12 semaines à 3 ans avec une moyenne de 6 mois.²² La moitié des études avaient été conduites uniquement aux moyens de nouvelles technologies,²² ce qui semblait plus pratique à utiliser pour les femmes en post-partum qui avaient d'importantes contraintes d'emploi du temps.⁴³ Les autres moyens utilisés étaient les rendez-vous en face à face et les contacts téléphoniques.²² L'utilisation du SMS semblait également facile et utile.⁴³ Les professionnels impliqués dans ces interventions pluridisciplinaires étaient majoritairement des diététiciens, des entraîneurs sportifs, des soignants spécialisés en éducation au diabète, avec un rôle prépondérant du diététicien.²²

Plus de la moitié des études retrouvaient dans le groupe « intervention » une amélioration des comportements alimentaires et une diminution significative du poids. Cependant, ces études ne comportaient pas de suivi à long terme et ne permettaient pas de mettre en évidence de différence significative entre les groupes pour l'incidence du diabète de type II. L'efficacité à long terme sur cette incidence et la faisabilité à long terme de ces interventions n'étaient pas évaluées. La durée et la fréquence optimales des interventions n'étaient pas définies et le moment le plus propice pour débuter ces interventions posait encore question. Il était en effet difficile de débuter ces changements majeurs dès 6 semaines post-partum, les patientes étant alors concentrées sur les soins de leur nourrisson. Les études montraient des résultats globalement encourageants, même si elles étaient débutées plus tard après l'accouchement.²²

Les études personnalisées par rapport aux ressources, à la culture et aux préférences de la patiente étaient les plus efficaces. Un soutien régulier et continu par un entraîneur individuel tout le long de l'étude améliorait l'adhésion aux comportements de santé dans le post-partum. Le coût de ces mesures restait cependant à évaluer.⁴³

Dans le système de santé français, pour réaliser un suivi personnalisé régulier des patientes aux antécédents de diabète gestationnel et leur permettre de mettre en place un mode de vie plus sain, plusieurs médecins généralistes interrogés dans notre étude évoquaient les infirmiers du dispositif Asalée.

Le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe), créé en 2004 dans la région Poitou-Charentes et nationalisé en 2012, est une association embauchant des infir-

miers diplômés d'Etat (IDE) et les formant en éducation thérapeutique pour partager le dépistage et le suivi de patients atteints de maladies chroniques en collaboration avec un ou plusieurs médecins généralistes. Selon la définition de 2007 de la HAS, l'éducation thérapeutique du patient est « un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. »⁴⁴

Le dispositif Asalée est une alternative aux programmes d'éducation thérapeutique mis en place par l'Agence Régionale de Santé, les réseaux de santé et les maisons de santé pluri-professionnelles, avec l'avantage pour le patient de bénéficier de consultations longues (environ 45 minutes), gratuitement et sur le lieu d'exercice de leur médecin traitant. Les protocoles initiaux concernaient le dépistage et la prise en charge du diabète, le suivi des patients à risque cardio-vasculaire, le dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le dépistage des troubles cognitifs, avec la possibilité de mettre en place localement de nouveaux protocoles pouvant par la suite être étendus au dispositif national. L'orientation du patient vers l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) se fait à l'initiative du médecin traitant puis le patient prend une réelle place d'acteur de sa santé en définissant ses objectifs personnalisés et en planifiant les rencontres suivantes avec l'IDE.

Ces consultations pourraient être adaptées au suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel, en leur offrant une source d'informations personnalisées et un lieu d'écoute et de soutien à long terme lors des modifications de leurs habitudes de vie, tout en représentant un gain de temps, une facilité d'organisation et en limitant l'impact financier pour les patientes par rapport à d'autres consultations spécialisées.

L'étude de Fournier et collaborateurs⁴⁵ rapportait que ce dispositif était particulièrement apprécié des IDE participants qui bénéficiaient d'une grande autonomie pratique du fait de la délégation de tâches, d'un travail relationnel enrichissant avec le patient et d'un travail en équipe avec le ou les médecins généralistes partenaires relevant d'une réelle collaboration et non plus d'une simple prescription.

Les médecins participants rapportaient également une amélioration de la qualité dans la prise en charge de leurs patients et un plus grand confort de travail, leur permettant de se concentrer sur d'autres tâches dans un contexte de démographie médicale souvent fragile. Certains médecins restaient sur la réserve par rapport à ce projet novateur

de collaboration mais ce dispositif avait l'avantage de pouvoir s'adapter à différentes configurations d'exercice de médecins libéraux et d'infirmiers, le partage des tâches pouvant être très variable.

De plus, ce dispositif présentait l'avantage de simplifier le partage d'informations avec le médecin généraliste, celui-ci étant réalisé directement via le dossier informatisé du médecin, avec la possibilité de mettre en place des alarmes ou des rappels, et par des rencontres plus ou moins formelles et plus ou moins fréquentes selon les binômes médecin - IDE.

Fin 2017, le dispositif Asalée regroupait sur l'ensemble de la France 533 IDE (représentant 267 équivalents temps plein) et 1959 médecins sur 753 cabinets. D'autres études étaient en cours pour évaluer l'impact de ce dispositif sur l'activité des médecins et le suivi de leurs patients.⁴⁵

c) *La patiente actrice de sa santé*

L'implication des patientes dans leur prise en charge à long terme était une idée d'amélioration citée par plusieurs des participants de notre étude et également retrouvée dans la littérature. La responsabilisation et l'autonomisation des patientes avec la mise en place d'objectifs partagés entre la patiente et les soignants permettait d'améliorer l'adhésion au suivi et aux mesures de prévention impliquant des changements de mode de vie.¹⁴

L'article d'Ortiz et collaborateurs rappelait que le modèle des 5 A (Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange) pour l'aide à l'autogestion du patient avait prouvé son efficacité pour mettre en place des modifications comportementales notamment dans le cadre du sevrage tabagique et de l'augmentation de l'activité physique. Son principe était de rappeler les différentes étapes pour aider le patient à être autonome : faire tout d'abord le point sur les antécédents et le mode de vie du patient (assess), conseiller le patient de manière personnalisée suite à cette évaluation (advise), définir des objectifs partagés (agree) puis donner les moyens au patient d'atteindre ses objectifs (assist) et programmer la suite de la prise en charge (arrange),²⁹ autant d'étapes pouvant être organisées par les IDE du dispositif Asalée.

Pour améliorer l'adhésion des patientes aux interventions, l'éducation thérapeutique et les sessions de conseil pourraient être étendues au conjoint voire au reste de la famille proche,⁴² avec la mise en place d'un changement de mode de vie équilibré pour toute la famille ou une approche communautaire avec mise en place d'un soutien social.⁴³

Dans l'étude de Goueslard et collaborateurs,⁴³ la grossesse était présentée comme un moment clé pour impliquer les patientes dans leur prise en charge et leur offrir une éducation thérapeutique car elles étaient alors plus motivées à faire des changements de mode de vie importants pour leur santé future. Cette période de comportements sains devait par la suite être étendue dans le post-partum en mettant en place des programmes de soutien tout en s'adaptant aux contraintes de vie spécifiques de ces femmes qui doivent à la fois s'occuper de leurs jeunes enfants en occupant un emploi, parfois à temps plein.⁸ La revue de littérature de Jones proposait de débuter les interventions de mode de vie pendant la grossesse pour permettre un changement plus doux.⁴³

4. Perspectives en soins et en recherche

Notre étude mettait en évidence que le médecin traitant avait un rôle central pour orchestrer le suivi à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel. Réaliser ce suivi seul lui était néanmoins difficile.

Cette thèse soulignait également l'importance d'intégrer au mieux le médecin traitant dans la prise en charge de ces patientes dès la grossesse et de renforcer la communication avec la maternité. Programmer le suivi post-partum en amont avec des modalités de suivi détaillées dans un protocole élaboré avec la maternité pourrait rendre la transition des soins vers les soins primaires plus douce pour les patientes et leur médecin traitant.

Les médecins généralistes interrogés rapportaient aussi le besoin de s'entourer d'autres acteurs à plus long terme et de développer une collaboration pluridisciplinaire en ambulatoire. Cela pourrait permettre de soutenir les patientes lors de l'intégration des mesures préventives de diabète de type II à leurs habitudes de vie à l'aide de consultations régulières, plus accessibles qu'à l'hôpital.

Dans le système de santé français, l'intégration d'un protocole de suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel dans le programme Asalée paraissait être une piste intéressante pour réaliser ce suivi de proximité en collaboration étroite avec le médecin traitant. Un tel dispositif permettrait également d'impliquer davantage les patientes dans leur propre suivi par la mise en place d'objectifs partagés, leur offrant la possibilité d'une prise décisionnelle éclairée sur leur santé.

D'autres études seraient nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions de changement de mode de vie sur l'incidence des complications à long terme chez les patientes aux antécédents de diabète gestationnel et pour mieux préciser leurs modalités. Il serait également nécessaire d'évaluer l'impact et le coût de dispositifs concrets pouvant être intégrés aux soins primaires français, par exemple dans le cadre du dispositif Asalée.

V. CONCLUSION

Le dépistage et la prévention des complications à long terme du diabète gestationnel sont complexes à réaliser. Ce suivi nécessite un temps médical considérable et n'est pas toujours facile à intégrer dans un contexte de démographie médicale fragile. Cependant, les données de la littérature soulignaient que la mise en place de mesures préventives était cruciale pour retarder voire éviter la survenue d'un diabète de type II ou d'autres événements cardio-vasculaires. Le dépistage régulier du diabète de type II permettait également d'instaurer un traitement à un stade précoce pour éviter des complications graves.

La période de transition unique que constituait le post-partum représentait un enjeu supplémentaire. Les soins au bébé devenaient la nouvelle priorité des patientes, au détriment de leur propre suivi. Peu d'études s'intéressaient à l'expérience des médecins généralistes dans le contexte de cette prise en charge en post-partum et c'est à notre connaissance la première étude à explorer la perspective des médecins généralistes sur le suivi à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel dans le système de santé français.

Cette thèse a mis en évidence la nécessité d'améliorer l'intégration du médecin traitant dans la prise en charge des patientes présentant un diabète gestationnel. Un réel suivi conjoint entre les équipes hospitalières et le médecin traitant permettrait de commencer précocement à informer les patientes sur les risques de complications à long terme et l'importance de conserver des habitudes de vie plus saines après la grossesse, en évitant la rupture dans les soins que constitue souvent le post-partum. Le développement de protocoles de suivi précis dans le cadre d'une relation de confiance entre les médecins généralistes et leurs correspondants hospitaliers pourrait limiter les incertitudes concernant la prise en charge ultérieure et la méfiance envers les recommandations. Une uniformisation des recommandations pourrait aussi rendre ce suivi plus aisé.

Notre étude a également souligné le besoin des médecins généralistes de s'entourer d'autres professionnels en ambulatoire pour mener à bien cette mission de prévention à long terme au plus proche des patientes. Les médecins interrogés proposaient une collaboration pluridisciplinaire avec les sages-femmes, les diététiciens et les infirmiers formés à l'éducation thérapeutique. Ils insistaient sur la nécessité d'impliquer davantage la pa-

tiente dans sa prise en charge pour réaliser des modifications de mode de vie plus pérennes.

Le développement d'un protocole de suivi des patientes aux antécédents de diabète gestationnel dans le cadre du dispositif Asalée pourrait permettre de proposer à ces patientes une prise en charge à long terme individualisée intégrant des objectifs partagés, avec une facilité d'accès sur le plan géographique et financier et une communication aisée avec les médecins traitants par le biais d'un dossier médical commun.

Des études complémentaires seraient indispensables pour évaluer l'efficacité de tels dispositifs sur l'incidence des complications à long terme chez les patientes aux antécédents de diabète gestationnel.

M11 « Ce n'est pas seulement un diabète, c'est une patiente. »

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Vambergue A. Le diabète gestationnel. Médecine Mal Métaboliques. févr 2011;5(1):1-5.
2. Vambergue A, Fontaine P, Puech F. Physiopathologie du diabète gestationnel. 2019;31:8.
3. Cosson E. Critères diagnostiques du diabète gestationnel. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2010;39(8):S239-50.
4. Wery E, Vambergue A, Le Goueff F, Vincent D, Deruelle P. Impact des nouveaux critères de dépistage sur la prévalence du diabète gestationnel. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2014;43(4):307-13.
5. Sacks DA, Hadden DR, Maresh M, Deerochanawong C, Dyer AR, Metzger BE, et al. Frequency of Gestational Diabetes Mellitus at Collaborating Centers Based on IADPSG Consensus Panel-Recommended Criteria: The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. Diabetes Care. 1 mars 2012;35(3):526-8.
6. Vérier-Mine O. Devenir maternel après un diabète gestationnel. Dépistage et prévention du diabète de type 2. Revue de la littérature. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2010;39(8):S299-321.
7. Van Ryswyk E, Middleton P, Shute E, Hague W, Crowther C. Women's views and knowledge regarding healthcare seeking for gestational diabetes in the postpartum period: A systematic review of qualitative/survey studies. Diabetes Res Clin Pract. nov 2015;110(2):109-22.
8. Goueslard K, Cottenet J, Mariet A-S, Giroud M, Cottin Y, Petit J-M, et al. Early cardiovascular events in women with a history of gestational diabetes mellitus. Cardiovasc Diabetol [Internet]. déc 2016 [cité 30 janv 2017];15(1). Disponible sur: <http://www.cardiab.com/content/15/1/15>
9. Moon JH, Kwak SH, Jang HC. Prevention of type 2 diabetes mellitus in women with previous gestational diabetes mellitus. Korean J Intern Med. 1 janv 2017;32(1):26-41.
10. HAS. Guide parcours de soins : Diabète de type II de l'adulte. [En ligne]. 2014 [cité le 07 avril 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte
11. Kalra S, Tandon N, Gupta Y. Postpartum screening after gestational diabetes mellitus: Aiming for universal coverage. Indian J Endocrinol Metab. 2015;19(1):1.
12. Cosson E, Bihan H, Vittaz L, Khiter C, Carbillon L, Faghfouri F, et al. Improving postpartum glucose screening after gestational diabetes mellitus: a cohort study to evaluate the multicentre IMPACT initiative. Diabet Med. févr 2015;32(2):189-97.
13. Olesen CR, Nielsen JH, Mortensen RN, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Overgaard C. Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes – a register based study. BMC Public Health [Internet]. déc 2014 [cité 17 janv 2017];14(1). Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-841>

14. Koning SH, Lutgers HL, Hoogenberg K, Trompert CA, van den Berg PP, Wolffensbuttel BHR. Postpartum glucose follow-up and lifestyle management after gestational diabetes mellitus: general practitioner and patient perspectives. *J Diabetes Metab Disord* [Internet]. déc 2016 [cité 17 janv 2017];15(1). Disponible sur: <http://jdmdonline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40200-016-0282-2>
15. O'Higgins AC, O'Dwyer V, O'Connor C, Daly SF, Kinsley BT, Turner MJ. Postpartum dyslipidaemia in women diagnosed with gestational diabetes mellitus. *Ir J Med Sci* 1971 - [Internet]. 11 juill 2016 [cité 30 janv 2017]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11845-016-1474-y>
16. Phelan S. Windows of Opportunity for Lifestyle Interventions to Prevent Gestational Diabetes Mellitus. *Am J Perinatol*. 3 août 2016;33(13):1291-9.
17. Carson MP, Frank MI, Keely E. Original research: Postpartum testing rates among women with a history of gestational diabetes—Systematic review. *Prim Care Diabetes*. oct 2013;7(3):177-86.
18. Clarke C, Girard G, Legardeur H, Mandelbrot L. Dépistage du diabète de type 2 après un diabète gestationnel : rôle du médecin traitant. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2012;41(5):476-84.
19. Belghith B. Le Médecin généraliste et le diabète gestationnel. Modalités de dépistage, de diagnostic et de prise en charge par le médecin généraliste. Etude qualitative à partir de 23 entretiens. [Thèse d'exercice]. Bobigny, France : Université Léonard de Vinci. 2014
20. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2007.
21. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*. mai 2002;3(2):81-90.
22. Guo J, Chen J-L, Whittemore R, Whitaker E. Postpartum Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes Among Women with History of Gestational Diabetes: A Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *J Womens Health*. janv 2016;25(1):38-49.
23. Jeppesen C, Kristensen JK, Ovesen P, Maindal HT. The forgotten risk? A systematic review of the effect of reminder systems for postpartum screening for type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes. *BMC Res Notes* [Internet]. déc 2015 [cité 30 janv 2017];8(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/373>
24. Paez KA, Eggleston EM, Griffey SJ, Farrar B, Smith J, Thompson J, et al. Understanding Why Some Women with a History of Gestational Diabetes Do Not Get Tested for Diabetes. *Womens Health Issues*. juill 2014;24(4):e373-9.
25. Van Ryswyk EM, Middleton PF, Hague WM, Crowther CA. Women's views on postpartum testing for type 2 diabetes after gestational diabetes: Six month follow-up to the DIAMOND randomised controlled trial. *Prim Care Diabetes*. avr 2016;10(2):91-102.
26. Martinez NG, Niznik CM, Yee LM. Optimizing postpartum care for the patient with gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2017;217(3):314-21.
27. Keely E, Clark H, Karovitch A, Graham I. Screening for type 2 diabetes following gestational

diabetes: family physician and patient perspectives. *Can Fam Physician Med Fam Can.* juin 2010;56(6):558-63.

28. Kilgour C, Bogossian FE, Callaway L, Gallois C. Postnatal gestational diabetes mellitus follow-up: Perspectives of Australian hospital clinicians and general practitioners. *Women Birth [Internet].* mai 2018 [cité 10 déc 2018]; Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871519217306418>
29. Ortiz FM, Jimenez EY, Boursaw B, Huttlinger K. Postpartum Care for Women with Gestational Diabetes: MCN Am J Matern Nurs. 2016;41(2):116-22.
30. Rayanagoudar G, Moore M, Zamora J, Hanson P, Huda MSB, Hitman GA, et al. Postpartum care of women with gestational diabetes: survey of healthcare professionals. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2015;194:236-40.
31. Ehrenthal DB, Maiden K, Rogers S, Ball A. Postpartum Healthcare After Gestational Diabetes and Hypertension. *J Womens Health.* sept 2014;23(9):760-4.
32. Kleinwechter H, Schäfer-Graf U, Bührer C, Hoesli I, Kainer F, Kautzky-Willer A, et al. Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Diagnosis, Therapy and Follow-Up Care. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 11 juill 2014;122(07):395-405.
33. NICE. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. [En ligne]. 2015 [cité le 07 avril 2019]. Disponible : nice.org.uk/guidance/ng3
34. Brink HS, Alkemade M, van der Lely AJ, van der Linden J. Investigating screening for diabetes in women with a history of gestational diabetes. *Neth J Med.* déc 2016;74(10):429-33.
35. Meek CL, Lewis HB, Patient C, Murphy HR, Simmons D. Diagnosis of gestational diabetes mellitus: falling through the net. *Diabetologia.* sept 2015;58(9):2003-12.
36. Hiéronimus S, Le Meaux J-P. Intérêt du dépistage du diabète gestationnel et comparaison des stratégies ciblée et systématique. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2010;39(8):S200-13.
37. Cosson E, Benbara A, Pharisien I, Nguyen MT, Revaux A, Lormeau B, et al. Diagnostic and Prognostic Performances Over 9 Years of a Selective Screening Strategy for Gestational Diabetes Mellitus in a Cohort of 18,775 Subjects. *Diabetes Care.* 1 mars 2013;36(3):598-603.
38. Roberts JM, Hubel CA. Pregnancy. *Womens Health Issues.* sept 2010;20(5):304-7.
39. Roberts JM, Catov JM. Pregnancy Is a Screening Test for Later Life Cardiovascular Disease: Now What? *Research Recommendations. Womens Health Issues.* mars 2012;22(2):e123-8.
40. Hippisley-Cox J, Coupland C. Development and validation of QDiabetes-2018 risk prediction algorithm to estimate future risk of type 2 diabetes: cohort study. *BMJ.* 20 nov 2017;359:j5019.
41. Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007458.pub3>

42. Wasalathanthri S. Attenuating type 2 diabetes with postpartum interventions following gestational diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 2015;6(4):648.
43. Jones EJ, Fraley HE, Mazzawi J. Appreciating Recent Motherhood and Culture: A Systematic Review of Multimodal Postpartum Lifestyle Interventions to Reduce Diabetes Risk in Women with Prior Gestational Diabetes. *Matern Child Health J*. janv 2017;21(1):45-57.
44. HAS. Education thérapeutique du patient (ETP). [En ligne]. 2007 [cité le 07 avril 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
45. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. [En ligne]. 2018 [cité le 07 avril 2019]. Disponible : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>
46. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux. [En ligne]. 2013 [cité le 07 avril 2019]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600564/en/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

VII. ANNEXES

A. Tableau 5 : Grade des recommandations⁴⁶

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - mét-a-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

B. Guide d'entretien

Présentation des intervenants

Remerciements pour la présence

Présentation de l'étude (volontairement floue pour ne pas influencer les réponses)

Dans le cadre d'une thèse, nous réalisons une étude sur le rôle du médecin traitant dans le suivi des jeunes femmes quand elles sortent de la maternité après un accouchement et pour la suite... Nous allons vous poser quelques questions pour que vous nous racontiez votre expérience.

Recueil du consentement pour l'enregistrement

Caractéristiques des participants

Recueillir nom prénom, sexe, âge, nombre d'années d'exercice, type de cabinet, milieu urbain/semi-urbain/rural, formations complémentaires ou compléments d'exercice (DU, maître de stage...), raison de la participation à l'entretien

Dans un même temps, consigne et 1^{er} axe thématique

- Pouvez-vous svp vous présenter et nous dire pourquoi vous avez accepté de participer à ce focus group ?

- Pouvez-vous nous raconter svp, quand les patientes quittent la maternité, comment avez-vous de leurs nouvelles et comment se déroule, habituellement, la première consultation quand vous les revoyez ?

Quels sujets abordez-vous ?

Vous parlent-elles des complications de grossesse ?

Si elles viennent pour le bébé, les revoyez-vous pour elles-mêmes par la suite ?

Autres axes thématiques :

- Nous allons parler plus particulièrement des patientes qui ont eu un diabète gestationnel. Vous sentez-vous à l'aise pour les suivre après leur grossesse ?

Avez-vous eu des formations particulières à ce sujet ?

- En général, comment ont-elles compris leur maladie et les risques de complications à long terme ?

- Rencontrez-vous des difficultés à faire de la prévention pour elles et à les revoir régulièrement ?

- Avez-vous des idées d'amélioration pour faciliter ce suivi au long cours ?

Remerciements et proposition de communiquer les résultats de l'étude

C. Information et recueil de consentement

Je, soussigné Docteur.....,

atteste avoir reçu de la part de Lou GYURKA, interne en DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rouen, les informations suivantes :

Cet entretien s'inscrit dans le contexte d'un travail de thèse d'exercice pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine.

Cette thèse aborde le thème du suivi des patientes après un accouchement, au moment du retour de la maternité et à plus long terme, par le médecin généraliste.

Cet entretien a pour but de recueillir mon avis, mon ressenti et mes pratiques habituelles à ce sujet.

Cet entretien est enregistré pour permettre par la suite une retranscription fidèle des propos tenus ce jour. Aucun enregistrement audio ou vidéo ne sera diffusé en public. Les données recueillies resteront anonymes.

J'accepte

Je m'oppose à

l'enregistrement audio et vidéo de mes données ce jour.

Je suis libre de changer d'avis à tout moment et de retirer mon accord.

Ma participation ce jour est volontaire, éclairée et consentie.

Je désire recevoir les résultats de cette étude.

Mon adresse e-mail :

Le à

Signature

D. Retranscription des entretiens

1. Focus group du 16/05/2018

Etaient présents :

Dr Jeanne-Claire Yrles, directrice de thèse et animatrice du focus group (JCY)
Lou Gyurka, chercheuse (LG)

et six médecins généralistes, toutes des femmes (M1 à M6)

L'entretien a duré 58 minutes.

« - *LG : Merci d'être là, merci d'être venues... Je fais ma thèse sur le suivi des femmes après leur grossesse par leur médecin traitant et du coup c'est un recueil d'expérience donc c'est votre avis, votre expérience, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse...*

- *JCY : Ce qui serait bien c'est de vous présenter, de savoir depuis combien de temps vous êtes installées, votre âge etc. et puis pourquoi vous avez participé à ce focus group. Et dernière chose, en une phrase, le suivi de vos grossesses : comment vous faites, est-ce que vous l'assurez, est-ce que vous faites les examens après l'accouchement, est-ce que vous suivez toutes les femmes après ? Donc on fait un tour de table et après je serai un peu plus précise.*

- *M1 : Je suis installée depuis 3 ans et demi à XXX je suis des femmes enceintes, des femmes en post-partum, qu'est-ce qu'il fallait dire d'autre ? [rires] Je participe au focus group parce que je devais bien ça à Lou déjà, parce qu'elle a participé au mien [rires], et puis c'est la gynéco oui c'est un sujet qui m'intéresse, donc voilà.*

- *M2 : Je suis installée depuis 3 ans et demi aussi je crois... à XXX. Le focus group, on a été sollicitées via notre groupe de pairs et effectivement on fait toutes pas mal de gynéco, c'est un sujet qui nous intéresse donc ça paraissait normal... Et puis voilà on fait pour les internes quand l'une de nous demande, donc pas de souci là-dessus ! Et après pour le suivi, je suis pas mal de grossesses aussi, donc le suivi jusqu'au huitième mois, et après quand j'ai suivi la grossesse je fais la consultation du post-partum et le suivi du post-partum du nourrisson. Ça peut arriver, quand il y a la moindre complication en fin de grossesse, que ça soit l'hôpital ou la maternité en question qui le fasse, mais globalement, quand j'ai suivi la grossesse, je fais la consultation après.*

- *M3 : Je suis installée depuis trois ans sur XXX et un peu comme M2, je crois que tu as quasiment tout dit, c'est pareil, c'est parce que dans le groupe de pairs on fait toutes beaucoup de gynéco... Ça fait une grosse partie de mon exercice au quotidien aussi, je fais beaucoup de suivi de grossesse, pareil jusqu'au huitième mois, sauf quand les femmes choisissent de faire un suivi à l'hôpital... Et je fais les suivis du post-partum et des nourrissons par la suite.*

- *M4 : Je suis installée... Enfin je suis en collaboration depuis un an et demi sur XXX en cabinet de groupe, j'ai 32 ans, je fais aussi beaucoup de gynéco, on avait fait quasiment toutes le DU de gynéco ensemble parce que ça nous intéresse particulièrement, donc*

c'est vrai que le sujet effectivement nous a intéressées et toujours pareil on retourne la pareille aux internes quand ils ont besoin [rires] parce qu'ils nous ont quand même soutenues quand il y avait besoin... enfin voilà... Je fais aussi le suivi des femmes enceintes, en post-partum, des nourrissons quand il y a besoin, quand elles le sollicitent.

- M5 : Je suis installée depuis 2010 en région rouennaise, je suis aussi maître de stage d'où le conflit d'intérêt parce qu'on se connaît un peu Lou... Et je suis des femmes enceintes, je laisse toujours le choix pour le suivi mais si elles le souhaitent je les suis, et je les suis aussi pour le post-partum si elles le souhaitent.

- M6 : J'ai d'abord fait une collaboration à XXX pendant à peu près 7 mois et je suis installée en tant qu'associée dans la maison médicale depuis 5 mois. Je participe à ce *focus group* parce que je fais partie de ce groupe de pairs. J'ai connu Lou qui est passée interne dans la maison médicale, c'est là que je l'ai connue... Comme les filles j'aime beaucoup la gynéco, je fais beaucoup de gynéco, je suis les grossesses, pareil que M5 : une de mes premières questions quand je les vois pour la grossesse c'est de savoir par qui elles veulent être suivies et si elles me disent par moi, il n'y a aucun souci et je fais aussi le post-partum et je suis leur bébé.

- JCY : *Plus précisément quand vous dites le post-partum, c'est ce qui va nous intéresser, c'est vraiment après l'accouchement, quand vous les voyez, en théorie deux mois après, enfin on les voit un peu plus vite parce qu'on les voit avec leur bébé, mais quand vous les voyez deux mois après pour la consultation du post-partum, ça se passe comment ces consultations ? De quoi leur parlez-vous ? Comment vous engagez la conversation ? Qu'est-ce que vous faites pendant cette consultation ? Est-ce qu'il y a des choses particulières, des questions particulières que vous leur posez ? C'était un petit peu ça, comment se passait cette consultation, la première consultation après.*

- M3 : En fait, moi je commence toujours par leur demander généralement de faire garder bébé et de venir toutes seules à la consultation, pour avoir un moment toute seule avec la femme, pour ne pas qu'elles soient perturbées par bébé, qu'elles puissent parler un petit peu plus librement... souvent j'insiste là-dessus quand je leur fixe le rendez-vous pendant le suivi du nourrisson, ça c'est toujours le premier truc que je leur propose. Après si elles veulent venir avec l'enfant je ne leur interdis pas non plus, mais je leur propose ce temps là pour prendre un peu de temps pour elle... Je peux continuer à développer sauf s'il y en a une qui voulait parler à la suite... Après souvent pour le dialogue, c'est des patientes qu'on connaît bien puisqu'on les a déjà suivies pendant toute la grossesse, c'est des patientes qu'on connaît déjà d'avant, souvent on connaît les conjoints aussi, donc je parle tout de suite de la contraception, ça permet de poser la question de s'ils ont repris les rapports, ou pas encore, et de comment se passent les rapports. Et après on peut aborder le sujet de la contraception si ça n'a pas été fait à la maternité, leur choix, reprendre un petit peu avec elles leurs interrogations par rapport à tout ça... Et souvent je termine par un examen clinique complet, vérification des cicatrices s'il y en a, s'il y a des questions particulières, vérification du périnée, pour voir s'il y a besoin de faire des séances de rééducation et mise à jour du frottis si celui-ci n'est pas à jour.

- M5 : Ce qui est compliqué finalement c'est de les avoir ! Parce qu'en fait on voit souvent les nourrissons et on leur dit « Là il a un mois ça serait bien qu'on se voie le mois prochain pour lui mais aussi pour vous », alors effectivement sur une consultation séparée c'est mieux ou on enchaîne les deux mais c'est vrai que ça peut être un peu compliqué... Mais finalement elles sont tellement happées par le bébé avec tout ce qu'il y a à faire, avec les nuits difficiles... Que des fois on fait le post-partum à quatre mois... parce qu'elles n'ont

pas le temps de venir, parce que qu'elles n'ont pas le temps de s'organiser, parce que... Parfois du coup dans le post-partum, finalement on s'occupe plus du bébé que de la femme.

- M4 : Effectivement, c'est la première chose à laquelle j'ai pensé dans le suivi post-partum, c'est pas le côté « perdu de vue » du tout, parce qu'on les revoit, mais c'est un peu le côté « perdu de vue » de la maman effectivement... Parce que je suis assez d'accord, les mamans on ne les voit pas parce qu'elles sont complètement over-bookées dans des trucs : la reprise du boulot potentielle, enfin voilà. Et c'est vrai qu'on ne les voit pas particulièrement à ces moments-là, on les voit un peu plus tard et du coup les gènes qu'elles ont pu avoir, qui n'étaient pas forcément normales et pour lesquelles on aurait pu les aider : des lochies qui ont traîné, des douleurs lors de la reprise des rapports etc., c'est vrai qu'on n'a pas forcément pu les aider... Et puis c'est passé, tant mieux ! Mais c'est vrai que la contraception des fois elle n'a pas été reprise... parce que par « on dit », parce que pas d'infos, parce que parce que... Des fois on peut être mis en difficulté par rapport à ça, même si c'est pas la majorité des cas, mais c'est vrai que j'ai plus cette impression de les voir un peu tard ! Après ça fait qu'un an de recul aussi, mais les quelques que je vois c'est un petit peu tard. C'est vrai que le déroulement de la consultation ça va être ça, ça va être voir la reprise des rapports, pareil la contraception... C'est vrai que le frottis, je pense que j'oublie souvent sur cette consultation-là, comme pendant le suivi de la grossesse je pense que je m'étais posé la question, si je m'étais pas mis ma petite note « pas refait de frottis », je vais peut-être pas y penser à ce moment-là... Et voilà l'allaitement, les seins, des choses comme ça... je vais en parler, souvent je reparle un peu du fonctionnement à la maison avec le couple, est-ce que ça va l'arrivée du bébé ? Comment ça se passe ? Etc. Moi ça me gêne pas plus que ça en fait qu'il y ait le bébé qui soit présent, souvent à cet âge-là, quand elles viennent tôt, il est assez calme. Et personnellement je n'ai jamais eu personne pour garder ma fille, alors comme elle était calme heureusement... Mais voilà, c'est parce que j'ai vécu ça, je me disais on tourne un peu le cosy, ils voient que la tête à l'examen enfin ça me... sur des tout-petits comme ça... De toute façon j'avais pas le choix, donc ça ne pose pas plus que ça de souci que le bébé soit là, après voilà...

- M6 : Moi je rajouterais aussi, en post-partum on les voit aussi souvent venir pour faire leurs vaccins, leur Repevax aussi... Du coup ça arrive souvent aussi qu'on le fasse faire un peu trop tard, notamment au cours de la visite du post-partum alors qu'on commence déjà bientôt à vacciner bébé [soupir]. Mais du coup quand je les vois au tout début pour faire le vaccin c'est là que j'essaye de programmer le post-partum, parce qu'en général, comme vous, je trouve qu'il passe à la trappe... parce qu'elles s'oublient quoi, tout simplement...

- M2 : J'essaye, moi aussi, de le programmer parce que c'est difficile de les avoir effectivement... Je leur dis à la consultation du premier mois du bébé en général, leur dire « Vous, il faut qu'on se voit entre les deux ou dans quinze jours ». Et en fait, je pense que je les vois dans le bon délai, soit peut-être je les vois pas... J'ai pas cette sensation de les voir trop tard donc je pense que soit elles le font pas, soit c'est avec quelqu'un d'autre, soit on le fait dans les délais quand on dit un mois ou deux mois, parfois un peu décalé pour bébé et pour des raisons que vous avez déjà expliquées... Mais voilà, à ce moment-là... Après, je ne leur propose pas forcément de venir sans bébé mais pourquoi pas, quand on sent les mamans épuisées, d'avoir un temps pour elles, pour pouvoir aborder ces sujets-là en tout cas, toutes seules. Effectivement, on parle contraception, on parle, s'il y a eu besoin, tire-lait, je fais l'examen du périnée et je demande si elles ont l'ordonnance, si ça a été programmé, parce que souvent c'est quelque chose qui est abordé à la maternité donc j'essaye toujours de faire le point sur ce qui a été vu à la maternité déjà, ce qu'elles ont

compris... Et puis en fonction on complète. Contraception parfois c'est choisi, c'est réglé et ça permet aussi de la compléter ou de poser le stérilet à ce moment-là, des choses comme ça... Et puis parfois ça n'a pas du tout été abordé et c'est tant mieux... La coqueluche, je l'oublie peut-être un peu trop (rires), effectivement il faut en parler, vérifier les vaccins et surtout penser : le papa est pas toujours là, même rarement là, à cette consultation-là, enfin la consultation du premier mois de bébé ou autre, vérifier la vaccination du papa... Ça peut être l'occasion de demander les carnets de santé à ce moment-là aussi et puis le frottis... J'essaye de me mettre la note aussi, je pense que j'y pense, mais peut-être pas assez... Vraiment, le systématique, c'est vérifier le périnée, la reprise des rapports, la contraception, l'allaitement, s'il y a besoin de faire le point là-dessus parce que ce n'est pas forcément évident le premier mois et elles ont besoin un peu de lâcher là-dessus aussi... Et puis oui, après à penser plus : frottis, coqueluche...

- M1 : Moi ce que je fais aussi dès le premier mois, quand elles viennent pour le nourrisson, c'est que j'en parle déjà, de la consultation pour la maman et même je prescris des choses en avance, même si elles viennent pas pour elles, notamment le vaccin, ou le tire-lait s'il y en a besoin parce qu'elles allaitent et qu'on ne va pas attendre quinze jours supplémentaires pour prescrire ça... Et surtout c'est une consultation super longue si on doit faire le vaccin, l'examen, le frottis, parler de l'allaitement, parler des rapports sexuels, de la contraception, ça fait beaucoup d'un coup donc souvent moi je fragmente en même temps que la consultation du nourrisson. Après donc voilà, c'est qu'on n'arrive pas trop à les capter, donc ça permet d'aborder tous les sujets en plusieurs fois. Parfois, elles viennent plus d'une fois par mois pour peser, ou parce qu'il y a un petit truc à demander... C'est comme ça que je fais.

- M5 : Des fois je les capte lors de cette consultation du premier mois, ou des fois avant... Et la première question quand je les vois arriver c'est « Comment s'est passé l'accouchement ? » finalement. Alors... ils viennent pour le petit, ils viennent pas pour la mère alors c'est pas une question qui devrait être posée... alors soit la mère fond en larmes et dit que c'était une boucherie ou n'importe, alors je lui dis « ça serait bien qu'on se voit toutes les deux pour en discuter » [ton exagérément insistant], soit c'était comme une lettre à la poste alors je dis « Très bien ». Mais cette première consultation pour le nourrisson, finalement, me permet d'aborder l'accouchement parce que souvent c'est quelque chose qui passe entre guillemets « inaperçu » et à la maternité elles n'ont pas de soutien. Alors si l'accouchement se passe bien, effectivement, le soutien ce n'est pas la peine, mais si l'accouchement ne se passe pas forcément comme elles l'auraient souhaité, c'est peut-être bien de revenir dessus. Et en général ma question pendant cette consultation, c'est « Le prochain c'est pour quand ? » et soit elles me répondent « Demain pas de problème, nickel ! », soit elles me disent « Là on va réfléchir parce que là enceinte demain, l'accouchement demain, je le sens pas du tout ! » et là je me dis peut-être qu'on en reparlera, j'ai pas dit qu'il fallait enchaîner les enfants, c'est pas ça ! [rires] Si la mère est prête à en faire un deuxième tout de suite, c'est que peut-être qu'il n'y a pas eu de souci, c'est que ce n'est pas la peine d'enfoncer le clou et d'en reparler.

[M1 et M2 veulent parler en même temps]

- M1 : Je ne pense pas qu'il n'y ait pas d'accompagnement à la maternité, mais c'est après qu'elles se sentent délaissées parce que tout tourne autour du bébé, alors elles s'oublient elles-mêmes et l'entourage les oublie aussi... Alors c'est vrai, elles n'ont plus de temps pour elles pour parler de l'accouchement, des petites douleurs qui sont parfois normales, qui avec la fatigue ne sont plus tolérables...

- M2 : En entendant M5, je me dis qu'effectivement c'est systématiquement ma première question à la fois à la consultation du premier mois du bébé ou à la consultation du post-partum : demander comment s'est passé l'accouchement et ça permet effectivement d'orienter aussi comment on va s'occuper de la maman derrière et dans quel délai il faut qu'on prévoie le suivi du post-partum et comment on programme le suivi post-partum de la maman. Parce qu'effectivement on a des réactions très très différentes et même une ce matin pour le coup « lettre à la poste » mais trop vite et pas forcément bien vécu non plus et besoin de programmer aussi, de reparler de ça avec la maman parce qu'un peu surprise, pas trop réalisé... Et le vécu de l'accouchement, c'est un truc important.

[M1 et M4 veulent parler en même temps]

- M1 : Ça reste un peu tabou [acquiescement de l'assemblée] parce qu'on est « faites pour ça » [ton ironique] et du coup on ne parle pas trop du ressenti justement, qu'il se soit bien ou mal passé, césarienne, voie basse, rapide, long... c'est vrai que ça passe à l'as.

- M4 : Je rejoins complètement le côté où c'est plus quand on voit le bébé qu'on demande l'accouchement, là-dessus je fais exactement la même chose. Et c'est vrai que pareil : « Comment ça s'est passé ? », le lien mère-enfant, parce qu'elles entendent toutes tellement que c'est merveilleux, c'est l'instinct maternel, c'est naturel et il n'y a jamais le côté « Bah non vous avez le droit de pas l'aimer tout de suite »... Enfin voilà, et par rapport au suivi c'est ce que tu disais, elles sont tellement prises dans le flot... Je suis en train de réaliser que je crois que je n'ai pas fait ma visite du post-partum en fait... [rires de l'assemblée], c'est anonymisé, je m'en fiche [rires], mais en fait je crois que je ne l'ai pas faite parce qu'effectivement sur le premier, on est pris tellement dans le flot du truc, et à deux mois quand tout est rentré dans l'ordre on ne se pose plus la question, on a pris la contraception, en fait ça roule et du coup pourquoi y aller si tout va bien effectivement... Et du coup on zappe complètement et c'est vrai que je pense que pour beaucoup ça doit être un peu la même chose : tant mieux si tout va bien, mais ça passe un peu à l'as effectivement.

- M2 : Je parle très facilement, et j'essaye de le faire pour qu'elles se sentent à l'aise d'en parler, des troubles urinaires et sphinctériens en général : les gaz et les urines, comment ? Parce que ça je pense que c'est encore plus tabou que le reste, mais c'est très fréquent en post-partum, si j'aborde la rééducation je pose systématiquement la question parce que j'ai l'impression que ça ne vient pas spontanément.

- M4 : Je suis d'accord.

- JCY : *Donc là, on voit bien que vous faites des suivis et qu'il y a énormément de choses à développer, qu'on développe plus ou moins etc, donc là on va se recentrer sur des femmes tout à fait particulières : les femmes qui ont un diabète gestationnel. Donc le diabète gestationnel, on comprend bien, elles nous échappent, logiquement, c'est ce qui se passe, c'est-à-dire qu'il y a un moment où elles vont être prises en charge par l'hôpital etc... Après elles reviennent. Donc maintenant on va se recentrer, non pas sur n'importe quelle femme, mais les femmes qui ont eu un diabète gestationnel. Est-ce que vous vous sentez capable de les suivre, est-ce que vous les suivez ? Est-ce que vous connaissez les recommandations, non pas de diagnostic de diabète gestationnel, mais un petit peu les choses qui sont faites après ? Par rapport à ces femmes-là, qui sont une population plus rare et particulière, comment vous les prenez en charge ?*

- M4 : En théorie oui, je me sens tout à fait capable de les suivre mais effectivement je ne

suis pas sûre qu'on les voit tant que ça, on les a un peu perdues de vue du fait qu'elles soient suivies à la maternité etc et je pense qu'elles font partie de ces femmes qu'on voit très peu par la suite, du fait qu'elles ont beaucoup été suivies. La plupart du temps, le diabète gestationnel est géré à la sortie de la maternité, si elles avaient de l'insuline, souvent elles n'en ont plus. On demande juste un contrôle de prise de sang qui va du coup complètement passer à l'as dans le flux des choses etc. On peut être amenées à les voir pour la contraception et là ça être une prescription un peu plus particulière, si on peut éviter les œstro-progestatifs c'est clair qu'on les évite à fond et avoir d'autres moyens de contraception. Après voilà c'est toujours pareil, ça ne fait qu'un an et demi que je suis installée, que je peux être amenée à les suivre, c'est une population rare, plus rare en tout cas, c'est vrai que derrière j'ai pas l'impression que sur les 2-3 que j'ai pu voir qui avaient du diabète gestationnel, j'ai pas l'impression que je les ai particulièrement revues après l'accouchement.

- M1 : En plus leurs prescriptions de sortie sont faites par l'hôpital donc généralement ce sont eux qui reçoivent les résultats aussi de glycémie à jeun donc on ne les voit pas trop. Après généralement je me mets dans mes notes de reconstruire la glycémie à jeun régulièrement et de ne pas donner n'importe quelle pilule par la suite. On ne les voit plus trop hein... Pareil elles sont heureuses par leur bébé...

- M3 : Pareil, la plupart du temps on oublie, quand l'hôpital a prescrit ou a juste dit. Je me force maintenant quand je reçois les compte-rendus d'accouchement, s'ils me disent de contrôler la glycémie etc., je me force à mettre un post-it, mais non pas dans le dossier de la maman mais dans le dossier du bébé, parce que si c'est dans le dossier de la maman et qu'on ne la voit pas ça passe à l'as. Donc maintenant je le mets directement dans le dossier du bébé et j'essaye d'y penser un petit peu plus, et de leur en parler à ce moment-là. Parce que souvent, comme disait M4, c'est des dames qu'on ne revoit pas forcément dans le post-partum parce qu'elles en ont assez du suivi, elles ne veulent pas forcément voir de médecin, donc comme ça on arrive un peu à les rattraper.

- M2 : La dame que j'ai vu ce matin en était une, justement en post-partum, elle m'a amené le dernier courrier de l'endocrinologue de la fin de la grossesse me disant qu'elle avait été mise sous insuline à la fin de la grossesse et on l'apprend à la consultation du post-partum en fait, parce qu'entre temps on n'a pas eu de courrier, on n'a pas le compte-rendu de l'accouchement. Et là je me suis dit : c'est bien aussi de leur poser la question spontanément de comment s'est passée la fin de la grossesse, s'il n'y a pas eu d'hypertension, c'est un trimestre qui nous échappe sur la fin. Là c'était prévu par la maternité la glycémie à trois mois... Pour autant elle avait besoin d'en parler et qu'on développe aussi les risques d'avoir un diabète par la suite, qu'est-ce que ça supposait pour elle comme suivi après. Je pense qu'elle était impliquée, qu'elle avait besoin de poser ces questions-là... Est-ce qu'on l'aurait fait spontanément, enfin est-ce que je l'aurais fait spontanément ce jour-là si elle n'avait pas abordé le sujet ou si je n'avais pas eu le compte-rendu de l'endocrinologue et tout ça... Peut-être effectivement moins systématiquement, par contre j'ai l'impression qu'il n'y a pas de suivi, une fois qu'elles ont accouché elles ne sont plus suivies par les spécialistes qui les ont suivies de manière aussi rapprochée ces derniers mois... et oui il faut qu'on les capte à ce moment-là et l'idée du post-it dans le dossier du bébé si on ne les voit pas c'est aussi une bonne idée...

- M5 : Ce sont des suivis qui sont compliqués pour elles, enfin les quelques que j'ai suivies, elles en avaient carrément marre en fait du suivi par l'endocrinologue, parce que le matin il faut manger 50g de pain, il faut peser, à midi il faut manger 30g de féculents, 30g de légumes, tant de grammes de viande alors à quatre heures ok mais alors le yaourt hein, pas plus...

Et en fait les pauvres elles sont complètement.... elles se disent « Je suis enceinte, je ne profite pas de ma grossesse. » parce que c'est « le seul moment » entre guillemet où on peut dire à une femme qu'elle peut « manger » entre guillemet, alors manger... y'a manger et manger, il ne faut pas se prendre le pot de Nutella tous les jours, mais là elles ont le droit à rien !!! [ton véhément] Si elles mangent une pomme supplémentaire elles vont se faire taper sur les doigts, voire on leur dit des fois en consultation qu'au vu de leur journal alimentaire elles sont quand même inconscientes !!! Que si elles continuent comme ça avec leur diabète elles vont avoir un enfant qui va être trop gros, qui ne passera jamais ! Enfin des fois on entend des trucs qui sont quand même hallucinants, on ne peut pas dire ça à une femme enceinte, enfin après il faut mesurer ses propos et j'en ai deux en tête qui sont venues pleurer dans mon bureau entre deux consultations endoc en disant « C'est pas la peine, j'ai envie que la grossesse s'arrête, j'ai envie d'arrêter, c'est juste mission impossible ! ». Donc je pense que la grossesse c'est un mauvais souvenir et moins elles voient de médecin et mieux elles se portent, enfin... parce que le corps médical...

- JCY : *Donc il y a une part de: on s'oublie parce que c'est le post-partum, il y a une part où on a tellement été investi par l'hôpital qu'on ne veut plus être investi par le corps médical...*

- M5 : Je pense aussi qu'on a dû leur dire, c'est obligé parce que vu comme ils sont cash, que grâce à leur diabète gestationnel elles ont beaucoup de chance d'avoir un diabète dans les années à venir, ou en tout cas un diabète plus tôt et je ne suis pas certaine qu'elles aient envie de l'entendre donc elles l'ont probablement entendu, elles l'ont mis dans leur poche et je crois qu'elles ont une grande peur, mais non avouée, si elles voient un médecin, qu'on leur redise « Fais attention parce que tu vas être diabétique beaucoup plus jeune que les autres. » et ça, elles n'ont pas forcément envie de l'entendre.

- M4 : Je pense aussi que comme beaucoup de femmes enceintes, à partir du moment où on leur explique le risque pour bébé et pour elles, le risque pour elles, elles l'oublient, c'est un peu secondaire effectivement, le risque pour bébé elles peuvent l'entendre... Après moi c'est vrai que je déculpabilise aussi beaucoup tout de suite en disant parce que c'est vrai que je trouve qu'au DU de gynéco, qui était fait par des gynécos et pas par des endocs, ils nous disaient beaucoup « Arrêtez aussi de leur prendre trop trop la tête et de les paniquer parce que le bénéfice à l'accouchement sur le poids du bébé, il est infime au final. » etc. Et je leur explique toujours : « Voilà, à l'heure d'aujourd'hui on est un petit peu entre deux, entre les endocs où il faut être hyper strict et les gynécos qui sont un petit peu plus cools alors faites de votre mieux, faites de votre mieux, de toutes façons sur le poids du bébé à priori ça ne change pas grand-chose de ce que nous disent les gynécos, alors faites de votre mieux c'est toujours mieux à prendre pour le déroulement de l'accouchement etc. » et ça les déculpabilise beaucoup parce que j'en ai une en l'occurrence qui a très très mal vécu la chose effectivement... Pour l'instant je ne l'ai pas revue, je ne sais pas si elle a accouché ou pas... où elle en est ...mais je pense qu'elle ça va faire partie du... en plus elle est infirmière donc elle je pense que ça va faire partie du « Là stop les médecins, c'est bon quoi... ».

- JCY : *Donc c'est pas forcément « perdu de vue » mais ce sont les femmes qui mettent un gouffre entre elles et le corps médical...*

- M6 : Moi je pense, enfin les patientes que j'ai vues, elles ont vite mis derrière elles le diabète gestationnel et on n'en parle plus... Si on pense déjà à faire la glycémie à jeun du post-partum, je suis contente, parce que souvent elles ne le font pas, alors je leur prescris

parce que l'ordonnance elles l'ont perdue et après c'est un sujet dont on ne parle plus et quand il y a une deuxième grossesse, si je leur pose pas la question en général, elles ne le disent pas forcément d'elles-mêmes...

- M4 : Moi je pense que j'ai aussi personnellement tendance à l'oublier facilement, le fait qu'on reçoive le compte-rendu, qu'on ne la revoie pas forcément tout de suite et même si on la revoit, on va les revoir de toutes façons... même si c'est pas pour la visite du post-partum... Je ne relis pas forcément le compte-rendu, je demande plutôt « Comment ça va, ça fait six mois qu'on s'est pas vues, comment ça va le bébé ? Tout ça. » et du coup je pense que le diabète, si c'est un diabète avec régime seul..., souvent je pense que personnellement... je pense que la note dans le dossier du bébé ça c'est vraiment un truc à retenir, parce que c'est vrai que je l'oublie.

- M5 : Après faut-il encore avoir vu le bébé après avoir reçu le compte rendu de grossesse, parce que si c'est bien fait normalement on reçoit le compte-rendu de grossesse au bout de quinze jours et le bébé tu le vois au bout d'un mois...

- M3 : En fait y'a de plus en plus de cliniques, en tout cas moi ceux que je vois, où les mamans sortent avec leur compte-rendu d'accouchement. Et j'essaye, alors après je le fais pas depuis très longtemps c'est justement parce que je me suis fait avoir par plusieurs patientes, où c'est six mois un an après elles font une deuxième grossesse « Mais mince on a jamais fait la glycémie à jeun ! » et c'est plutôt à force de me faire avoir, dès que je le vois maintenant je m'oblige, tant pis j'arrête la consultation, tant pis je prends 2 minutes, mais je m'oblige à le mettre sur les post-its. Mais c'est plus parce que je me suis fait avoir que j'ai trouvé ça.

- M2 : Je trouve aussi qu'elles en ont marre du régime effectivement. Et elles n'ont pas forcément conscience que c'est important de maintenir au moins une partie de ce régime et de ces bonnes habitudes ou des conseils qu'on leur a donnés pour la suite, si justement elles ne veulent pas développer un diabète plus tard. Et là typiquement elle m'a dit « Je suis sortie de la maternité et la première chose que je suis allée faire : j'ai acheté une énorme boîte de bonbons !!! » [rires] « Quand même j'ai eu peur, j'avais encore mon dextro, je me suis fait une glycémie et quand même j'ai eu peur. » [rires] Donc il y avait quand même un peu de prise de conscience mais... Le régime c'est le pire je crois, enfin c'est ce qu'elles vivent le plus mal et je pense qu'effectivement on leur explique pas forcément le suivi par la suite, les conséquences du diabète gestationnel, elles ont des objectifs, elles connaissent pas cœur 0,90, 1,20, 1,40, 1 machin, ça elles sont au taquet là-dessus mais les conséquences pour elles en tant que femme après avoir eu un diabète gestationnel pendant la grossesse, j'ai l'impression qu'aucune n'était au fait de ça et je ne sais pas, on doit leur en parler à un moment, comme disait M5, c'est vraiment quelque chose qu'elles n'ont pas capté, elles ont compris les risques pour le bébé, elles ont compris ce qu'elles devaient faire pendant la grossesse mais une fois que la grossesse est terminée...

- M5 : Par rapport au régime, que ce soit par rapport au diabète gestationnel ou que ce soit pour n'importe qui, à chaque fois que je vois des patients qui me disent « Docteur j'ai fait un régime là, je suis en train de faire un régime... » je leur dis « Je ne veux pas entendre ce mot-là ! » parce qu'un régime ça veut dire privation et donc effectivement à force de manger tes carottes et ton poisson à midi et ta soupe le soir, quand t'auras fini ça, t'auras bien perdu quinze kilos mais après tu vas te vautrer sur la boulangerie ou avec le paquet de gâteau ou avec le paquet de bonbons pour en reprendre le double... Donc par contre, de reparler d'une alimentation équilibrée, de revoir... Le problème dans les régimes

c'est qu'il y a beaucoup d'interdits : Nutella interdit, gâteaux interdits, bonbons interdits, on a rien le droit de manger quoi ! Le poisson c'est à la vapeur, si jamais on met une goutte de beurre oulah au secours, on va prendre dix kilos ! Et leur dire finalement « le bonbon vous avez le droit, la boîte de bonbons non, faut pas déconner, mais le bonbon à la fin du repas, il va être assimilé avec votre repas. », peut-être pas forcément tous les jours, mais éviter les interdits. Et on va peut-être revenir sur l'éducation thérapeutique, en fait on n'en fait pas, enfin pas beaucoup du moins, c'est extrêmement chronophage et long et par rapport à l'alimentation il y a énormément à faire, c'est peut-être à une diététicienne de le faire, on devrait peut-être orienter les patients vers une diététicienne pour prendre en charge les patients par cette voie-là... Mais effectivement les femmes enceintes ont l'impression qu'il faut faire un régime pour ne pas avoir un enfant gros, pour ne pas avoir des conséquences pour l'accouchement, après on n'en parle plus et on se vautre sur la boîte de bonbons pour avoir cinq grammes de glycémie.

- M6 : Je ne sais pas si vous avez eu la même impression que moi, j'ai l'impression que mes patientes qui avaient un diabète gestationnel mais qui n'étaient pas en surpoids, avec un IMC normal, j'ai l'impression qu'elles vont plus faire attention à garder leur régime alimentaire de la grossesse parce qu'elles se sont rendu compte qu'elles avaient perdu du poids et que c'était bien... Alors qu'elles n'en avaient pas forcément besoin parce qu'on a été assez strict avec elles alors qu'elles étaient sous régime seul ou même limite on a été trop strict avec elles sur le diagnostic de diabète gestationnel... Alors que la femme qui est en surpoids, à qui on a demandé de perdre du poids, donc qui elle a eu, je pense, un régime peut-être un peu plus drastique, parce qu'elle faisait peut-être un peu plus n'importe quoi à la base... Elles, elles oublient vite le régime, enfin régime on va dire le bon équilibre alimentaire, alors qu'elles on aimerait justement qu'elles puissent garder certaines bonnes habitudes et je ressens que c'est celles qui en auraient le plus besoin qui l'oublient un peu vite en fait. Alors que celles qui n'en avaient pas besoin, et je trouve qu'on a été trop sévère, elles continuent à être sévères envers elles-mêmes, même après le post-partum en fait.

- M4 : Je pense que c'est justement parce qu'on n'a pas été strict pareil, on a été plus restrictif chez celles qui avaient vraiment du poids à perdre pendant la grossesse que celles qui peuvent juste équilibrer un peu l'alimentation et c'est le côté, je suis complètement d'accord, le côté restrictif, interdit... justement il n'y a rien de pire, alors que si on autorise... Alors que personnellement si je suis diabétique je ne peux pas suivre un régime de diabète, je le dis à mes patients, c'est le côté « Essayez de faire attention le plus souvent possible et que les écarts soient exceptionnels effectivement ! Alors voilà, vous aimez le camembert mais à la limite qu'une fois par semaine et en portions raisonnables quoi ! » Voilà, c'est vraiment plus sur cette rééquilibration.

- JCY : *Et donc sur les quelques femmes que vous avez, j'entends bien que la prévention est compliquée à faire après l'accouchement, j'entends bien que c'est un peu difficile de leur parler de cette maladie qui est quand même une maladie grave, enfin tout de même. Elles arrivent, vous arrivez progressivement, enfin vous n'avez pas assez de recul par rapport à vos installations, mais vous arrivez progressivement à en parler, à discuter avec elles, à modifier leurs habitudes... et puis simplement en parler, que vous puissiez entendre aussi leurs difficultés et puis qu'elles puissent entendre aussi vous, en tant que médecin, ce qui peut vous poser problème ?*

- M3 : En fait le problème c'est, même si on n'a pas beaucoup de recul, les quelques femmes que j'ai pu suivre au début elles tombent très vite à la trappe, pour elles comme pour moi, on l'a noté quelque part dans le dossier, on va le ressortir sur une grossesse

suivante mais comme on les voit très peu pour elles, qu'on les voit beaucoup pour les enfants, les jeunes mamans on ne va pas les voir pendant les premières années donc ça finit par passer complètement à la trappe, on ne leur en parle pas plus que ça, à part si on leur refait une glycémie à jeun dans un bilan systématique beaucoup plus tard mais moi en tout cas je n'ai pas la notion de leur en reparler une fois le post-partum passé.

- M1 : Moi je suis d'accord, je trouve qu'on ne les voit pas du tout quoi... On va les revoir pour un problème aigu, une infection, une grippe, des choses comme ça, on ne les voit pas du tout pour elles pour ça, pour un suivi donc c'est vrai que ça passe à la trappe, même si on l'a noté dans le dossier, elles ne viennent pas du tout pour ça, enfin elles ne se font plus du tout suivre, hormis si une nouvelle grossesse arrive après quoi...

- M4 : Je pense que quand elles viennent pour leur grippe, on ne pense pas du tout contexte grossesse, accouchement... Enfin moi personnellement c'est clair que ce n'est pas du tout pendant cette consultation que je vais y penser, enfin si j'ai oublié de me mettre la note, de mon côté ça passe complètement à l'as et c'est clair que je n'en reparle pas.

- M1 : Et ce n'est pas vraiment le moment non plus quoi... Si elles arrivent avec 40 de fièvre on ne reparle pas du diabète ! [rires]

- M2 : Et comme en plus c'est des femmes jeunes on ne va pas les voir beaucoup, enfin s'il n'y a pas de problème de santé autre, alors peut-être qu'il faut qu'on y pense plus au moment des consultations de suivi gynéco, quand on fait le frottis, d'aborder ça à ce moment-là, de dire « Mais en fait les anciens accouchements... » ou autre mais effectivement il faudrait se trouver un moment, ou quand on voit le bébé... Mais en fait on les voit peu pour elles, les femmes qui viennent d'accoucher, et puis je pense, enfin soit c'est parce qu'elles sont à ce moment-là dans le contexte de grossesse et de nourrisson et qu'elles ne l'entendent pas, mais ça serait intéressant de voir si ce sont des informations qui leur sont données quand elles ont les réunions d'information, est-ce qu'on les matraque de « Attention pour vous, attention pour le bébé, faut faire comme ci, faut faire comme ça ! » mais est-ce qu'on leur parle de ça comme d'une maladie potentiellement grave qui nécessite un vrai suivi ?... Du coup je me pose la question, parce qu'on n'a vraiment pas l'impression... Alors faute des femmes ou faute d'autre chose... Mais on n'a vraiment pas l'impression qu'elles sont conscientes que ça nécessite un suivi après, ou très peu.

- M4 : Après je ne suis pas sûre personnellement, même si on les voyait dans le post-partum, qu'à deux ou trois mois je me sente, en tout cas moi, à l'aise de venir mettre ça sur le tapis, elles sont déjà avec les bébés, les soucis d'organisation, les trucs... Et je ne suis pas sûre que je les « matraquerais » entre guillemets sans les matraquer mais que je reviendrais dessus en disant « Vous avez conscience que c'est grave ? Vous avez conscience qu'il va falloir suivre ? Que le diabète on ne le sent pas ? », des risques etc. A la limite je pense que, en tout cas personnellement, je suis plus prête à me mettre une note et limite d'en reparler même un an après, quitte à faire la prise de sang en disant « Bah le bilan, c'est comme la toxoplasmose, il faut le faire après, c'est bien de le faire. », mais de revenir sur les explications un peu plus à distance que juste après l'accouchement que quand on les voit, si on les revoyait, je projette, hein, c'est de la projection mais c'est vrai qu'on est encore baigné complètement dans plein d'hormones et tout... Et je me dis que ça pourrait aussi être mal vécu, « Oh là là, panique à bord, oh là là mon dieu... ». En tout cas je ne voudrais pas générer une angoisse qui n'a pas lieu d'être non plus, il faut surveiller, c'est du préventif, oui ça peut dégénérer en diabète qui est une maladie grave

etc mais là on est plus sur de la prévention, détecter les choses le plus tôt possible que voilà d'être... Je ne suis pas sûre que, même si j'y pensais... [rires], je ne suis pas sûre que je le ferais, en tout cas au moment du post-partum !

- M1 : Oui, il faut fragmenter l'information, d'abord dire de refaire la prise de sang et éventuellement reparler un peu du poids, de la contraception et puis le garder en tête pour une prochaine fois...

- M2 : Oui, au moment où elles sont censées faire à trois mois la glycémie à jeun... Peut-être de provoquer la consultation un peu dédiée aussi, de leur dire « Je vous revois avec votre prise de sang. » parce qu'elles ont que ça à faire à trois mois normalement, si la consultation du post-partum n'a pas été faite c'est l'occasion mais sinon « Je vous revois avec votre prise de sang et puis on reparle du diabète gestationnel. » et puis peut-être qu'il faut l'évaluer avant, si elles sont prêtes à l'entendre ou pas, ce dont elles ont besoin comme information... Parce qu'il y en a aussi je pense, c'est tout frais du coup, mais je pense à la dame de ce matin, pour le coup c'est elle qui a abordé le sujet, elle avait BESOIN [en insistant sur le mot « besoin »] d'information là-dessus et il y en a aussi peut-être qui n'ont pas eu l'information et qui aimeraient qu'on leur en parle et qui ne vont pas toujours le faire spontanément. Donc après, en gros si elle me dit « Oh là là je ne veux plus entendre parler de ça ! » on en reparlera quand on referra le frottis à la fin de l'année, ou plus tard... Mais par contre il y en a qui ont pu mal le vivre, ou mal vivre le suivi pendant la grossesse et que c'est l'occasion d'en parler, d'aborder le sujet... Alors après quel moment et quoi, comment ? Mais peut-être leur poser la question de ce qu'elles ont envie de faire à propos de ça, ce qu'elles savent, ce qu'elles en pensent et comment elles voient pour la suite...

- M1 : D'où la petite note, qui peut être effectivement intéressante, dans le dossier du bébé ! « Au fait vous avez fait un diabète gestationnel, votre prise de sang vous l'avez faite ? ».

- M2 : « Glycémie à jeun maman dans trois mois. » !

- JCY : *Donc dans les idées d'amélioration j'ai noté la petite note sur le dossier du bébé, j'ai noté aussi le fait d'en parler, après elles accrochent ou elles n'accrochent pas mais au moins on en parle et si elles ont besoin d'en entendre parler, hop elles se raccrochent aux branches... Et est-ce que vous avez d'autres idées qui pourraient améliorer le suivi au long cours parce que vous êtes au premier niveau mais vous allez les soigner, vous allez soigner les gens sur des années et des années, est-ce que vous avez des pistes d'amélioration, des choses qui pourraient... des choses personnelles, comme le fameux post-it, des choses dans la consultation et puis d'autres choses avec des aides, avec des outils, avec un travail pluri-professionnel ? Est-ce que vous avez, vous auriez des idées d'amélioration, des choses qui ne sont pas mises en place mais qui pourraient être mises en place ?*

- M4 : Vu le suivi qu'elles ont potentiellement à l'hôpital, ça, ça pourrait faire partie du truc d'organiser, de faire une espèce de réunion d'information, trois mois, six mois, un an après l'accouchement en proposant aux mamans en disant « Voilà vous n'avez plus de suivi. ». Alors bien sûr, quand ça va être mal vécu elles ne voudront sûrement pas y aller, mais pour celles qui auraient des questions etc... Ou par la sage-femme après l'accouchement mais leur dire « Voilà, vis-à-vis du diabète gestationnel, ce serait bien d'en reparler avec le médecin ! », ou la diététicienne qui passe en disant « Bah voilà là ça va rentrer dans l'ordre, il n'y en aura plus particulièrement mais il ne faut pas l'oublier, il faut le garder dans un

coin de sa tête, il faudra en reparler avec le médecin.», ça peut être à la maternité, des petites choses, une petite feuille d'information, ils en donnent sur les lochies, sur l'allaitement, sur quand reprendre le sport, sur quand faire la rééducation... « Vous avez fait un diabète gestationnel. », ça peut être le truc, la petite fiche d'information, mais sans les abattre non plus vu qu'elles sortent de périodes compliquées, vu qu'elles n'ont plus envie d'en entendre parler, mais juste leur dire « Voilà, ça a été dur mais il faudra quand même y repenser à un moment donné, prenez le temps et... ».

- M2 : Je ne me vois pas leur demander de revoir une... même si quelque part, si on restait de notre côté purement médical il faudrait, mais je ne me vois pas du tout leur demander, même si on crée une consultation exprès, de dire, « Il faut revoir une diététicienne, revoir le régime etc. », de les relancer dans une prise en charge médicale, je pense que c'est quelque chose de compliqué, sauf si elles en font la demande, comme à cette fameuse consultation. Par contre pourquoi pas la réunion d'information, après est-ce qu'avec bébé elles vont y aller, je ne sais pas, peut-être que le support papier en sortie peut être intéressant et peut-être nous, leur donner la feuille de route : « Effectivement, vous avez fait un diabète gestationnel : ça veut dire ça, ça, ça, ça pour la suite et on s'occupera de ça ensemble, faut qu'on se programme telle chose. » et au moins elles l'ont entendu une fois et puis elles sont conscientes qu'il y a des choses à faire quand on a fait un diabète gestationnel...

- M3 : Après est-ce que c'est nous qui faisons la fiche d'information, est-ce que ça passe par un travail avec euh...

- M4 : Après moi personnellement je pense que c'est pareil, ce n'est pas que je ne me vois pas le faire mais en pré-partum elles voient tellement les endocs, les diététiciennes tout ça, je trouve que ça pourrait faire partie, vu que c'est eux qui sont censés gérer, ce n'est pas que je ne me sens pas de le faire ou que ce n'est pas à moi de le faire, mais comme ils les ont beaucoup vues, quand le contact est bien passé avec des diététiciennes, il y en a qui sont même motivées pour continuer un suivi etc. et du coup ça pourrait être au moins un moment pour donner une information, de bien répéter ces informations là et dire « A la sortie il y aura une petite fiche d'information, lisez-la tranquille chez vous. » mais c'est vrai que ce n'est pas moi qui l'enverrais à trois mois en disant « Il faut REvoir une diététicienne ! », mais c'est plutôt quelque chose qu'eux éventuellement peuvent anticiper et organiser, un peu comme les consultations allaitement qu'ils proposent après l'accouchement pour les femmes qui allaitent, « Vous avez fait un diabète gestationnel, et, si vous voulez, en tout cas si vous voulez vous informer, il peut y avoir des réunions. » mais je te rejoins, je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup qui le fassent surtout si ça a été mal vécu...

- M2 : Je pense au travail pluri-professionnel dont tu parlais, ça n'existe pas dans les protocoles Asalée actuels, elles font diabète normal mais pourquoi pas... ça peut être aussi quelque chose, ça se fait au sein du cabinet, elles ne se sentent pas obligées de retourner à l'hôpital etc., elles peuvent venir avec bébé, elles sont en confiance, elles savent où ça se passe et de leur dire « Vous avez un diabète gestationnel, c'est bien dans l'année qui vient de prévoir une consultation avec l'infirmière. » et d'avoir un protocole effectivement « information, éducation thérapeutique, suivi du diabète gestationnel »... ça peut être intéressant et ça peut être un contexte qui fait qu'elles l'acceptent plus facilement, qu'elles y participent plus facilement.

- M1 : Et qui est pris en charge...

- M2 : Et qui est pris en charge, et qui est proposé au sein du cabinet, et qui finalement intervient dans notre suivi mais...
- M3 : Et pourquoi pas justement penser à leur en parler dès qu'on fait le diagnostic du diabète gestationnel, parce qu'au final on est en première ligne pour les dépister, quand on leur explique ce que c'est qu'un diabète gestationnel, leur dire dès maintenant : « Par contre pendant la grossesse c'est ça, par contre faudra vous noter dans un coin de tête qu'il y aura ça à faire. », voire dans leur classeur qu'elles se font toutes maintenant avec toutes leurs fiches, « Vous mettez une fiche "Penser à revoir le médecin". » des choses comme ça, peut-être ce côté-là et le faire plus en amont...
- M6 : Vous savez si l'infirmière Asalée peut enfin... Pour l'instant elle ne peut pas faire d'éducation thérapeutique dans le diabète gestationnel ?
- M2 : « Diabète gestationnel » ça ne fait pas partie des protocoles existants. Par contre l'association...
- M6 : D'accord, parce que moi justement, vu qu'on a l'infirmière Asalée, j'allais dire « Je penserai à envoyer... »
- M2 : Mais on peut se mettre à plusieurs cabinets, à plusieurs infirmières Asalée, là nous on est en train de travailler avec une autre infirmière enfin, ou un autre cabinet et deux infirmières Asalée qui avaient envie de travailler dans le cadre de notre projet de santé sur le dépistage des troubles neuro-sensoriels de l'enfant... Et en fait c'est une banque Asalée, qu'on peut alimenter... Donc on peut dire qu'on essaye de mettre un protocole, il faut que ce soit validé par Asalée, et après ça peut faire partie de leurs attributions dans cinq ans, si on est plusieurs à le mettre en place, parce que ça porte ses fruits, parce que c'est validé et après ils font un protocole... Donc on peut l'alimenter. C'est leurs attributions, mais il faut trouver des infirmières Asalée, mettre en place le protocole, à la base ça s'est fait comme ça d'ailleurs, c'est des médecins qui...
- M6 : On a un autre protocole à faire ! [ton enthousiaste, rires]
- M5 : Effectivement après c'est une construction, demain notre infirmière Asalée voit la dermatologue pour travailler sur la dermatite atopique alors que ce n'est pas un protocole qui est mis en place sur Asalée, mais elles vont travailler dessus, alors ça veut dire qu'effectivement après tu fais faire, pas n'importe quoi... Mais finalement bien encadré, on peut faire n'importe quel sujet avec les infirmières Asalée, après ça demande un travail...
- M6 : Je pense que justement le frein du suivi derrière c'est aussi la diététicienne, c'est que c'est pas pris en charge quoi...
- M2 : Et puis c'est retourner à l'hôpital, c'est retourner voir un autre spécialiste...
- M1 : C'est des délais d'attente, c'est loin de chez elles...
- M2 : C'est reprendre un rendez-vous, c'est s'organiser pour garder le bébé à ce moment-là... ça peut être...
- JCY : *Est-ce que vous avez l'impression, quand ces femmes sortent de l'hôpital, elles sont traitées comme toutes les autres femmes, c'est à dire qu'on a le compte-rendu des semaines après, il n'y a pas quelque chose de particulier par rapport à...*

- M2 : RIEN !

- M1 : J'ai déjà reçu en cours de grossesse un compte-rendu, je ne sais plus si c'était le gynécologue ou l'endoc, un compte-rendu de suivi de diabète gestationnel...

- M2 : En cours de grossesse oui, l'endoc, en cours de grossesse mais après à la sortie elles sont comme les autres...

[Les participantes commencent presque toutes à parler en même temps.]

- M2 : Je n'ai pas un compte-rendu différent, une ordonnance différente... J'ai juste l'ordonnance de glycémie à jeun dans trois mois dans le meilleur des cas...

- M1 : Oui c'est marqué à la fin du compte-rendu...

- M4 : Et comme les compte-rendus sont tous stéréotypés et tapés, à la limite si on parcourt un petit peu en lisant vite en diagonale, le diabète gestationnel, on ne le voit pas forcément...

- M6 : Il peut passer à la trappe aussi, oui...

- JCY : *Est-ce qu'il y a des suivis dans le même ordre d'idée, en post-partum, est-ce qu'elles ont... vous avez la notion, par exemple, du Prado? Vous avez l'impression qu'elles ont toutes un suivi Prado, au retour à la maison...?*

- M1, M6 : Non, non...

- M3 : Pas plus qu'une autre femme...

- M2 : Et c'est plus la femme qui nous l'annonce que parce qu'on a un courrier en nous disant « Cette femme est sortie à J3 et dans un protocole Prado vous pouvez être sollicité pour ci ou pour ça. », on n'a pas le compte-rendu d'accouchement avant et c'est plutôt la femme qui va nous le dire. Ou on va le voir dans le suivi du nourrisson à un mois, parce qu'elle a été vue avant ou la femme nous le dira en post-partum, mais je n'ai pas l'impression d'avoir un compte-rendu particulier pour ça, après ils commencent seulement à Elbeuf, je pense qu'il n'y en a pas encore beaucoup, mais je n'ai pas l'impression qu'il y ait un courrier spécifique.

- M1 : Moi le Prado, de ce que j'avais comme notion c'était proposé vraiment à tout le monde, ce n'était pas seulement pour les femmes qui avaient un problème de santé pendant la grossesse ou qui ont un statut social particulier. Pour ma première grossesse je m'étais posé, enfin on m'avait posé la question, j'avais posé cette question-là « Est-ce que j'en ai vraiment besoin ? », on m'avait dit « C'est pour tout le monde. ».

- M2 : Au contraire, il faut que tout aille bien, justement ! Il faut que ce soit une grossesse où tout s'est bien passé, il n'y a pas eu de complication, machin...

- M1 : Prado n'a pas vocation à intervenir plus sur ces patientes-là... ça serait peut-être pas mal...

- M5 : Le Prado du coup pas pour les diabètes gestationnels ! Si pour faire un Prado il faut

que la femme soit entre guillemets « parfaite »...

- M2 : Et le bébé...

- JCY : *Et juste une dernière question, et puis après s'il y a des choses que vous avez envie d'ajouter : vous avez toutes en tête les recommandations pour le diabète gestationnel, pour le diagnostic du diabète gestationnel. Est-ce que ces recommandations vous posent problème en tant que recommandations nationales, en tant que recommandations qui sont un peu extrapolées par certaines cliniques... Est-ce que ça vous pose problème ces recommandations ou vous êtes très au clair avec ça ?*

[M1 et M2 se coupent la parole]

- M1 : Personne ne les respecte en fait ! Parce qu'on fait tous la glycémie à jeun au premier trimestre alors que finalement c'est seulement sur facteurs de risque... Enfin je le fais aussi, hein ! Et puis que ce taux de glycémie à jeun est un peu particulier...

- M4 : C'est ce que j'allais dire, c'est plus le 0,92 qui m'embête, pour celle qui a 0,93 et qui n'a pas de facteur de risque et chez qui on l'a fait un peu de manière systématique... Dans l'absolu il faudrait faire attention, on va recontrôler, « Vous n'avez pas mangé un peu trop de bonbons hier soir ? » [rires]

- M2 : « Vous étiez bien à jeun ? » Moi, je refais un contrôle.

- M1 : Et puis il y a une divergence aussi entre les différentes cliniques ou hôpitaux parce qu'il y en a à 0,93 c'est l'alerte tout de suite : endoc, diet etc. et puis d'autres « Oh, c'est bon, on verra au 6ème mois, on fera la glycémie... »

- M2 : Moi je me suis vue, pas reprocher mais presque, enfin indirectement parce que à 0 enfin... moins de 1g de glycémie à jeun dans un contexte... enfin, en plus c'était une femme qui n'était pas en surpoids, qui disait clairement « je mange plein de bonbons », mais voilà elle ne prend pas de kilos donc elle continue à manger ses bonbons... Et quand elle est arrivée au rendez-vous du 4ème mois avec ses 0,95 ou un truc comme ça « Comment ça, votre médecin ne vous a pas adressée tout de suite en consultation de diabète gestationnel !!! ». Déjà elles le vivent mal les trois derniers mois, si on le fait à partir de dix semaines, aïe aïe aïe... Enfin je ne sais pas quelles sont vos pratiques là-dessus, je leur donne des conseils diététiques, je fais un contrôle et je vois ! Mais je ne les adresse pas en consultation diabète gestationnel à dix semaines quand elles ont une glycémie à jeun à 0,93-0,94 quoi...

- M4 : Exactement pareil.

- M5 : Vu comment elles sont accueillies et le régime STRICT [en insistant sur le mot strict] qu'elles vont avoir par la suite, je préfère qu'elles aient que les deux ou trois derniers mois que les neuf mois, quoi !

- M4 : Moi je les informe, je leur dis « Voilà, la norme c'est ça, vous êtes légèrement au-dessus, vous n'avez pas de surpoids, vous n'avez pas de facteur de risque, faites un peu attention mais pour l'instant on ne parle pas de restriction, on ne parle pas de régime, on fera l'HGPO du coup au sixième mois et si vraiment là il y a des chiffres qui sont inquiétants, alarmants, de toute façon vous serez convoquée par la diététicienne. ». Je le refais le contrôle avant, si vraiment on voit que ça monte progressivement voilà mais... Je

les informe mais pas de branle-bas de combat dès le départ...

- M1 : Ce que je fais, c'est que je leur prescris un cycle glycémique du coup, avec un appareil à dextro et comme ça elles le font à la maison tranquillement et si tout est normal je les laisse tranquilles quoi...

- M4 : Ca m'est arrivé de le faire aussi quand j'étais sur des taux un petit peu plus du genre 0,97 ou 0,98, je l'ai fait sur une semaine et puis vu que c'était normal je leur ai dit « On verra plus tard. ».

- M1 : Ça permet d'aborder les choses progressivement quoi...

- JCY : *Vous leur prescrivez l'appareil ou vous en avez que vous leur prêtez comme pour nos appareils à tension ?*

[En cœur] : Je leur prescris

- M1 : Je leur prescris ouais, pour dix jours d'utilisation... [rires gênés]

- JCY : *On fait le tour de table, est-ce que vous avez chacune des choses à rajouter par rapport à ce suivi particulier des femmes qui ont eu un diabète gestationnel, est-ce que vous avez des questions que vous vous posez ou est-ce que vous auriez des souhaits ? Voilà, par rapport à ça.*

- M4 : Mes souhaits c'est que les endocs et les gynécos se mettent d'accord : est-ce qu'il faut y aller à fond sur le régime et les faire suer ou est-ce que pour le pourcentage de poids gagné ça change vraiment quelque chose pour elles, en tout cas pendant la grossesse. Après voilà le suivi effectivement, la question ne se pose pas et il faut qu'on fasse les choses, qu'on leur explique etc. Mais c'est plus le diabète gestationnel pendant la grossesse, il y a trop de discordance et je pense qu'on est du coup un petit peu en porte-à-faux pour leur dire « Ah oui votre endoc vous a dit ça mais si vous y arrivez pas, voilà, cool... »

- M5 : Finalement, enfin je ne me suis pas penchée sur la question, mais est-ce qu'il y a des études qui nous montrent qu'avec un diabète gestationnel avec des glycémies à 2g tous les jours, où on risque effectivement plus un macrosome, mais quel est le pourcentage ? Est-ce que j'ai 5% de risque d'avoir un macrosome ou alors est-ce que j'ai 90%-95% de risque ? Et si mon diabète n'est pas équilibré pendant la grossesse, est-ce qu'après la grossesse j'ai un risque de diabète de 5%, de 10%, de 50%, de 90% ? Et à combien de temps ? Parce que... enfin on dramatise peut-être à juste titre en disant « Vous avez un diabète gestationnel donc forcément vous ferez un diabète un jour dans votre vie. ». Mais finalement c'est quoi le risque ? Et finalement on est surtout dans la discussion partagée avec le patient en disant : « Voilà, est-ce que vous voulez prendre un traitement ou pas de traitement, quels sont les bénéfices et quels sont les risques ? » Et là je crois que la femme a tout à fait les capacités, avec des explications correctes, à savoir effectivement est-ce qu'elle a un gros risque, est-ce que là, voilà... On est au 21ème siècle avec ces « épidémies » [ton ironique] de diabète et d'hypertension, avec ces « problèmes de santé publique » dont on entend souvent parler : alors est-ce que c'est vraiment un « fléau » entre guillemets auquel il faut vraiment qu'on s'attaque parce qu'elles seront toutes diabétiques dans 20 ans ou est-ce qu'on en aura une sur cinq qui aura un diabète dans dix ans... et est-ce que le diabète bien suivi c'est... enfin c'est vraiment une maladie grave oui, le diabète c'est une maladie grave c'est pas le problème, mais un diabète suivi,

enfin un diabète contrôlé, c'est pas une maladie grave.

- M1 : Moi j'ai l'impression, enfin je n'ai pas les chiffres en tête, mais ce que j'ai retenu de nos différentes formations c'est que le risque néonatal est beaucoup plus faible que le risque maternel en post-partum, enfin ce n'est pas dans l'immédiat, c'est dans les années à venir mais le risque du diabète chez la femme est plus important et réel, et du coup c'est celui-là qu'on zappe...

- M2 : Je suis d'accord qu'on leur prend beaucoup la tête pendant la grossesse et qu'on oublie tous les suivi post-partum de ces femmes-là, moi j'avais en tête, mais je sais pas d'où ça vient, je sais pas si c'est un bon chiffre, mais que c'était une femme sur deux qui potentiellement développera un diabète par la suite donc c'est quand même loin d'être négligeable, si c'est vrai, si c'est toujours d'actualité... Mais après dans les délais je ne sais plus si c'était dans les dix ans ou dans sa vie... Mais c'était quand même... enfin je crois qu'elles ont une chance sur deux d'être diabétiques plus tard et effectivement c'est peut-être de ça dont on ne parle pas mais... ce de quoi on ne s'occupe pas alors que peut-être que le risque néonatal n'est pas si important alors qu'on les matraque pendant la grossesse pour ça quoi...

- M5 : La question c'est : est-ce que, si comme tu dis une femme à risque d'avoir un diabète sur deux quand elle sera plus vieille, est-ce que le fait d'avoir une glycémie à 2g pendant la grossesse je suis plus à un risque sur cinq et si je suis à 5g pendant la grossesse je suis plus... enfin voilà, est-ce que ça vaut le coup de se décarcasser pendant la grossesse ?

[Tout le monde parle en même temps]

- JCY : « *Si ça vaut le coup de se décarcasser pendant la grossesse pour améliorer le futur ou que le futur est le même quel que soit le...* »

- M5 : J'ai un diabète gestationnel, j'ai une chance sur deux d'avoir un diabète? Quelles que soient mes glycémies à jeun? Et est-ce que c'est vraiment la peine de se battre ? Parce qu'une chance sur deux effectivement... Autant avoir 5g... [rires] Autant se lâcher pendant la grossesse ! Est-ce que au vu du risque... non 5g j'exagère mais enfin voilà, est-ce qu'on doit vraiment être aussi strict ?

- JCY : *On entend bien... D'autres...? On aurait pu faire le tour...*

- M6 : Je pense que je rejoignais ce que disait M5, je ne connais pas effectivement le risque à l'avenir et je pense que, comme les femmes, une fois la grossesse passée, j'oublie vite aussi moi, et du coup je pense qu'il faudrait que je fasse plus attention au suivi de ces femmes là et je sais que je ne fais pas assez attention, donc il va falloir que... je change... [rires] grâce à Lou... [rires]. »

2. Focus Group 23/05/2018

Etaient présents :

**Dr Jeanne-Claire Yrles, directrice de thèse et animatrice du focus group (JCY)
Lou Gyurka, chercheuse (LG)**

et cinq médecins généralistes, 2 femmes (M9 et M11) et 3 hommes (M7, M8 et M10)

L'entretien a duré 44 minutes.

« JCY : Vous allez vous présenter sommairement, ensuite je vous donnerai le sujet du jour, c'est une discussion libre, à chaque fois que vous parlez vous donnez votre prénom, et au fur et à mesure je modifierai les règles du jeu. Et une fois qu'il n'y aura plus rien à dire on arrête. On peut faire un tour de table.

- M7 : Je suis médecin généraliste, 54 ans, installé à XXX, milieu semi-rural avec deux autres collègues femmes.

- M8 : Je suis médecin généraliste à XXX, milieu semi-rural avec sept autres médecins, 60 ans.

- M9 : Je suis installée à XXX avec une collègue, j'ai 49 ans.

- M10 : Je suis installé à XXX avec un collègue à plein temps et un autre à mi-temps, 58 ans.

- M11 : 58 ans, généraliste à XXX avec 3 autres médecins, milieu urbain et socialement assez mixte.

- JCY : *Donc cette thèse va concerner le rôle du médecin traitant des jeunes femmes quand elles sortent de la maternité. Donc on n'est pas dans le suivi de la grossesse, voilà : elles ont accouché, elles ont un bébé, que faisons-nous après ? Que faites-vous par rapport à ces grossesses, est-ce que c'est vous qui les voyez ? Quel est le rythme, de quoi parlez-vous ? La première consultation qui suit cet accouchement, comment ça se passe ?*

- M11 : Elle est venue avec son bébé ou elle est venue toute seule ? Je pense que ça change la donne...

- JCY : *Qu'est-ce qui change la donne ?*

- M11 : Je pense que ce n'est pas la même chose, elle va s'exprimer... s'il y a son bébé, elle va d'abord s'exprimer seulement sur le bébé, il faut vraiment lui poser la question « Et votre accouchement, comme ça s'est passé ? » pour avoir un peu son vécu et voilà « Le moral ça va bien ? La famille ? », prendre un peu des nouvelles d'elle, pour se recentrer sur elle, parce que sinon elle ne parle que de son bébé, à mon avis. Alors que si elle vient toute seule c'est pour elle, c'est pour raconter son accouchement, son épisiotomie qui...

- M8 : Ces consultations, elles se préparent avant la grossesse, enfin avant l'accouchement plutôt, parce qu'on les suit pendant toute la grossesse...

- M10 : Ou pas.

- M8 : Ou pas oui... Mais il faut les préparer, il faut leur donner un rythme, il faut leur donner une date post-accouchement pour pouvoir, à un moment donné, les rassurer... L'accouchement, elles savent un petit peu comment ça va se passer, pour le post-partum elles sont un peu dans le flou et dans la perplexité et c'est probablement une consultation qui s'anticipe dans la date, dans un timing par rapport à l'accouchement.

- M10 : La première chose qu'on leur demande c'est « Comment s'est passé l'accouchement ? », évidemment, là il y a déjà beaucoup de choses à dire, ensuite « Comment ça se passe avec le bébé à la maison, est-ce que c'est difficile les nuits ? », essayer de voir s'il y a des problèmes psychologiques avec le bébé, dépression du post-partum, enfin c'est un petit peu tôt peut-être mais commencer à voir un petit peu ça, on peut parler de la contraception, de l'épissiotomie... Enfin ce sont des consultations qui sont quand même relativement longues en général, il y a plusieurs sujets à aborder donc on peut diviser ça en plusieurs consultations, mais souvent elles sont très occupées par leur bébé, souvent je commence à dire « Ça vous change la vie, hein ? » surtout quand c'est le premier... Et après on aborde tous ces thèmes-là, les uns après les autres.

- M9 : J'ai l'impression que si je ne fais pas comme M8 de programmer avant l'accouchement, de baliser pour les revoir après, souvent c'est au premier mois, c'est à un mois... souvent je ne les vois pas ! Depuis qu'il y a le Prado, souvent on est « squizzés » je trouve pour voir les femmes juste après leur accouchement...

- M7 : Moi je rejoins un peu ce que dit M9, j'ai l'impression que les premières consultations qu'on a sont centrées sur l'enfant, sur le bébé, moi en tout cas j'oublie, je pense, de prendre en compte la femme et puis on les revoit plutôt après, une fois que tous les vaccins sont passés, enfin j'ai l'impression peut-être d'avoir plus de temps, ou d'écouter plutôt, à leur consacrer à ce moment-là. Alors qu'avant la place est envahie par l'enfant... Mais je ne vais pas chercher non plus les nouvelles de la femme... Alors effectivement, je lui demande comment ça s'est passé, si elle va bien, s'il n'y a pas de souci mais c'est très ponctuel, très limité...

- M10 : On a souvent des femmes qui viennent nous voir, pas pour une consultation programmée après la grossesse mais parce qu'il y a un problème d'allaitement, les fils d'épissiotomie qui les torturent, je ne sais pas moi, beaucoup de raisons... Et à partir de là tu peux aborder tous les thèmes... Je pense qu'il y a des consultations pour le bébé, des consultations pour la maman, c'est un peu deux choses différentes. Alors c'est vrai que quand tu vois le bébé tu vas poser des questions sur la maman et quand tu vois la maman seule... tu vas poser des questions sur le bébé... Mais c'est une consultation pour la maman !

- M7 : On voit rarement la maman seule à ce moment-là et si tout va bien je ne suis pas certain que je vais lui demander « Qu'est-ce qui ne va pas ? » ou s'il y a eu une problématique.

- M8 : C'est rigolo parce que d'un seul coup elle a perdu son statut de femme, elle est devenue « maman » et c'est rigolo de se dire « Ce n'est plus une femme. », c'est quelque chose... Il faut tâcher d'être vigilant qu'elle retrouve sa position de femme. Donc je ne sais pas comment je fais...je...

- M10 : Elle est quand même à ce moment-là quand elle sort de la maternité maman à 95% et femme...., il lui reste 5%...

- M9 : C'est d'ailleurs pour ça qu'on ne la voit pas beaucoup, enfin personnellement je ne la vois pas beaucoup... Et j'essaye de dépister quand on la voit avec le bébé sur son sommeil, si elle est fatiguée, si elle est entourée, voilà j'essaye d'avoir quelques infos pour... Et puis si je sens qu'il y a une difficulté, je lui demande qu'on se revoie. Voilà, qu'on revoie avec le bébé après, si elle a fait sa rééducation, où est-ce qu'elle en est, sa contraception bien sûr, où elle en est...

- JCY : *Donc là on est dans le court terme, dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement... Et pour la femme elle-même, dans le moyen terme, est-ce que vous prévoyez quand même une consultation ? Est-ce que ça se fait tranquillement, même si ce n'est pas dans le court terme, à moyen terme, à trois mois, quatre mois, quand elles reprennent le boulot, quand elles ont fini d'allaiter... Est-ce que vous les voyez spécifiquement pour elles ?*

- M7 : J'essaie à trois-quatre mois de leur dire, « On essaye de se revoir pour parler de vous. », la contraception après, si elles vont bien, mais c'est vrai que je ne les revois pas tout le temps : elles sont parfois vues par l'obstétricien qui les a accouchées, moi je suis un homme, c'est parfois le suivi sage-femme qui est mis en place, ou mes collègues... J'ai le sentiment de ne peut-être pas forcément devancer les problématiques.

- JCY : *Je vais être encore plus précise dans la démarche : je voudrais que vous parliez uniquement des patientes qui ont eu un diabète gestationnel, elles sont nombreuses, peu nombreuses, peu importe, elles ont eu un diabète gestationnel qui a été dépisté, elles ont accouché, ces femmes-là, qu'est-ce que vous en faites après ? J'entends bien qu'il y a le bébé et tout ça, est-ce que vous avez une approche différente pour ces femmes-là ?*

- M11 : C'est un peu comme les femmes qui ont une éclampsie avec leur tension, si elles ont été suivies au CHU, il y a un suivi spécifique qui a été mis en place sinon on nous demande d'assurer le suivi des glycémies ou de la tension.

- JCY : *C'est quoi le suivi spécifique qui est mis en place, après la grossesse ?*

- M11 : Elles sont revues précocement et adressées en diabétologie. Donc là, ça nous échappe, oui.

- M7 : Ce n'est pas le même suivi qu'on met en place pour ces femmes-là, c'est évidemment qu'on parle diabète, qu'on contrôle les glycémies, l'HbA1C, la prise de poids, qu'on refait peut-être le point sur les antécédents familiaux, qu'on alerte aussi pour le bébé, les courbes de croissance de l'enfant aussi... Je pense que je n'ai pas du tout la même attitude, comme disait M11, avec les femmes qui ont eu des complications, soit avant l'accouchement soit pendant l'accouchement, là on met en place un suivi spécifique.

- M10 : Je suis tout à fait d'accord avec M7 mais j'ai l'impression qu'on est quand même souvent « shuntés » dans ces cas-là par la prise en charge du diabète qui se fait par d'autres moyens, comme au CHU.

- M9 : Je ne sais pas si à XXX c'est différent mais je pense qu'elles ont tendance à échapper à la proposition qui leur est faite de suivi post-grossesse quand même, donc on est là aussi pour rattraper et leur rappeler l'importance... Et de prescrire ! Et le suivi

biologique et les explorations en cas d'anomalie qui persiste aussi.

- M8 : J'ai l'impression qu'elles échappent quand même très souvent aux problèmes médicaux quels qu'ils soient, que ce soit pour elles psychologiquement, que ce soit pour elles physiologiquement. Si elles ont une pathologie aiguë, enfin, ponctuelle, découverte lors de la grossesse, j'ai l'impression que lorsqu'elles ont un diabète elles vont avoir une prise de sang après et puis, si tout est normal, il ne va pas forcément y avoir de prise en charge spécifique pour prévoir la grossesse suivante et pour préparer l'avenir à long terme ! Je ne sais pas si on a une bonne préparation pour l'avenir... Je n'ai pas l'impression que je fais beaucoup de prévention sur le futur, à long terme.

- JCY : *Donc ce sont des femmes qui vont être prises en charge dans un protocole X ou Y par les maternités par exemple. Mais ces femmes-là sont vos patientes, elles vont rester longtemps avec vous, est-ce que vous rebondissez, est-ce que vous avez une notion de ce qu'il faut faire ? Est-ce que vous suivez les protocoles qui sont donnés par l'hôpital ? Parce qu'elles ne vont pas aller à l'hôpital pendant dix ans pour être suivies pour leur diabète... C'est vous qui êtes leur médecin, donc c'est vers vous qu'elles vont peut-être aller, et dans ce cadre-là, est-ce que vous avez des idées claires par rapport à ça ? Est-ce que vous avez un suivi clair ? Est-ce que vous notez des choses dans vos dossiers ?*

- M11 : Oui, on note dans les dossiers mais elles sont suivies, au CHU en particulier, elles sont quand même suivies pendant au moins un an. Donc si elles font bien leur suivi, si elles vont bien en consultation après, normalement c'est à peu près bien cadré et ça nous échappe un peu.

- JCY : *Et après ? Un an d'accord, mais le diabète c'est...*

- M11 : Après, on les revoit quand commence une nouvelle grossesse.

- M10 : Après si ça se normalise et qu'il n'y a pas de nouvelle grossesse, ça redevient une patiente normale. Mais pas tout à fait, elle est quand même plus à risque de développer un diabète plus tôt, plus précoce, donc je pense qu'il faut être plus vigilant sur la recherche du diabète que chez une femme « standard ». Après, je ne suis pas certain d'avoir effectivement un schéma de la HAS ou de la Société Française de Diabétologie dans la tête pour mettre en place les modalités de suivi, mais c'est évident qu'on fait plus de glycémies chez elles, qu'on programme les prochaines grossesses, avec une surveillance de glycémie tôt dès le début de la grossesse. Enfin ça je pense qu'on le fait tous.

- M9 : Oui, je pensais à certaines patientes et je pense que le temps passe, et si elles ne viennent pas consulter pour une contraception œstro-progestative, je ne suis pas sûre que je fasse des biologies annuelles aux femmes qui ont eu un diabète gestationnel. D'ailleurs ce n'est peut-être pas annuel, je ne me souviens plus.

- M11 : D'ailleurs en parlant de contraception, est-ce qu'on met un œstro-progestatif ou un progestatif seul à une femme qui a eu un diabète gestationnel ? S'il n'y en a plus. J'aurais tendance à ne mettre qu'un Désogestrel, mais je ne sais pas...

- M9 : S'il n'y a pas d'autre facteur de risque, un œstro-progestatif.

- M10 : Je suis comme M7, je n'ai pas de plan en tête, je ne sais pas, s'il y a quelque chose qui est sorti ça m'a échappé.

- JCY : *Donc on a quand même des difficultés à faire de la prévention par rapport à une pathologie qui peut revenir... Donc M7 tu disais qu'il y avait peut-être les complications, peut-être plus de risque de diabète que les autres...*

- M7 : C'est sûr !!! Et chez l'enfant aussi, d'ailleurs.

- JCY : *Mais vous n'avez pas la sensation de faire plus de prévention que ça chez ces femmes-là, hormis ce qui est donné à l'hôpital...*

- M7 : Est-ce qu'on les re-sensibilise à chaque fois sur la notion de poids, de régime, d'activité physique, peut-être pas, ça a peut-être été fait à un moment, il faudrait peut-être le refaire plus souvent, oui... Je pense qu'elles sont quand même plus à risque donc de temps en temps notre discours doit être un petit peu sensibilisé par ce problème qu'elles ont connu pendant leur grossesse, comme le coronarien, on dit « attention », comme l'hypertendu...

- M10 : Comme à chaque fois qu'il y a un facteur de risque chez quelqu'un, des antécédents familiaux, une surcharge pondérale etc., on revient toujours sur le même schéma, ces femmes-là on va les surveiller un peu plus parce qu'il y a un facteur de risque supplémentaire mais je n'ai pas de protocole bien spécifique pour la surveillance...

- M9 : Alors que pour l'HTA, pour moi, c'est plus clair. S'il y a eu éclampsie, pré-éclampsie, les antiagrégants, programmer, changer de traitement pour les grossesses futures...

- M7 : Pour les pré-éclampsies tu as en tête un schéma de surveillance en post-accouchement ? Sans qu'il y ait forcément de projet de grossesse ?

- M9 : Oui oui, contrôler la protéinurie, l'échographie rénale, le doppler des artères rénales et puis pour les prochaines grossesses aussi, prévoir, anticiper...

- M8 : Ça va être aussi la préparation d'une future grossesse avec certainement une prise en charge diététique au moins, plus précoce, une surveillance biologique plus fréquente, par contre entre deux, une fois que ça s'est normalisé, j'ai le sentiment de faire comme un peu toutes les femmes, peut-être une biologie tous les, je ne sais pas, tous les deux ans...

- M7 : Je suis peut-être moins attentif quand elles sortent de leur période de femmes... fertiles [rires] et peut-être avec le temps d'oublier leur antécédent de diabète gestationnel il y a 20-25 ans.

- M8 : Je pense que c'est aussi à elles, une fois informées qu'elles ont plus de risque au moment de la ménopause ou même un petit peu avant, d'avoir un diabète... C'est à elles aussi de nous demander de participer à cette vigilance.

- M9 : C'est à nous de les informer, je pense qu'on ne le fait pas, enfin personnellement je ne le fais pas.

- JCY : *Donc les femmes qui sont enceintes et à qui on découvre un diabète gestationnel, qui vont être prises en charge par l'hôpital, qui vont avoir des tas de renseignements : diététique, truc, machin, bidule... Vous pensez que ça, ça peut leur suffire ? Parce qu'après elles peuvent comprendre les choses et demander un suivi ou du moins discuter d'un suivi possible avec leur médecin sur le long cours ?*

- M11 : Ca dépend des femmes.

- M8 : J'ai des femmes dont c'est la deuxième grossesse, des jeunes femmes, et elles étaient tout à fait au courant qu'elles allaient être suivies, qu'elles allaient anticiper un petit peu les risques, pendant le suivi de la grossesse qu'elles allaient voir rapidement l'endocrinologue, la diététicienne... Moi, les deux ou trois qui sont récemment suivies, elles ont cette notion-là.

- JCY : *Et vous avez des idées pour améliorer, qu'est-ce qui pourrait être fait pour que les suivis de ces femmes soient plus protocolisés peut-être ? Ou est-ce qu'il y aurait des choses qui pourraient être facilement mises en place et qui permettraient de les suivre et de ne pas oublier qu'elles ont eu un diabète, ou de comprendre que ça peut être quelque chose d'embêtant, ou de leur faire comprendre l'importance de la prise en charge X ou Y ?*

- M11 : Je pense quand même qu'elles ont compris cette importance, les femmes qui ont un diabète, on surveille la croissance du bébé ++, elles ont beaucoup d'échographies, à la limite on génère un stress et dans l'ensemble, sauf si elles sont complètement « neuneu », dans l'ensemble à la prochaine grossesse elles nous en parlent dès le début : « J'ai eu du diabète, qu'est-ce que vous en pensez ? » et on prend en charge, éventuellement avec un nutritionniste. Mais je pense qu'il y a quand même un stress autour de la croissance de l'enfant qui leur fait prendre conscience que ce n'est pas banal d'avoir un diabète de la grossesse.

- M10 : Je n'ai pas l'impression que ce soit un problème de surveillance pendant la grossesse, parce que pendant la grossesse effectivement, comme tu dis, la prise en charge elle est faite par les spécialistes, par nous... C'est plutôt effectivement comme dit M7, qu'est-ce qu'on en fait quand il n'y a pas de grossesse ? Est-ce que vraiment c'est un facteur de risque important cardio-vasculaire ou de diabète, est-ce que vraiment ça nécessite une surveillance ou pas, moi je n'ai pas la réponse à ça, je ne sais pas quel est le risque... Effectivement elles sont plus à même de faire un diabète, de faire des problèmes cardio-vasculaires mais est-ce que c'est plus que d'avoir un antécédent familial d'infarctus à 60 ans chez son père, je ne sais pas s'il y a des statistiques là-dessus et si ça vaut le coup de les matraquer à faire des HbA1C tous les ans...

- M8 : Et peut-être de contrôler les autres facteurs de risque, le tabac... et d'être plus vigilant, peut-être même que sur l'HbA1C en elle-même...

- M10 : Quel est le risque du diabète gestationnel sur la mortalité cardio-vasculaire, personnellement je n'ai pas de chiffre. Est-ce qu'il y en a ?

- M7 : Elles sont plus à risque de faire un diabète, ça c'est une certitude, donc la morbi-mortalité est à mon avis un peu plus élevée que quelqu'un qui n'a pas cet antécédent. Après je pense qu'on se remobilise effectivement quand il y a un nouveau projet de grossesse. Est-ce qu'après les protocoles sont clairs quand il n'y a pas de projet de grossesse derrière, est-ce qu'il faut faire un fond d'œil, un écho-doppler des TSA, une protéinurie à un an, trois ans, cinq ans... Je n'en sais strictement rien, peut-être que ce protocole devrait être établi à la sortie de la maternité et qu'on devrait y repenser... Mettre dans le dossier des rappels, peut-être...

- M8 : Je n'ai pas l'impression qu'il y ait des recommandations très claires déjà sur la prise en charge du diabète, il me semble qu'elles ont été rayées et que depuis quelques années on ne nous en a pas remis, pour cause de rapport avec l'industrie pharmaceutique qui

n'étaient pas clairs [rires]. Je ne sais pas s'il y en a des plus claires pour la prévention de femmes qui n'ont actuellement pas de diabète mais qui ont eu un antécédent... Je n'ai pas lu de choses là-dessus.

- M10 : Ça pourrait faire l'occasion d'un retour de nos groupes de pairs. Savoir s'il y a des études...

- JCY : *Est-ce qu'il y a beaucoup de femmes dans ce cas-là ? Est-ce que vous suivez beaucoup de grossesses et est-ce que vous avez la sensation d'avoir beaucoup de femmes qui ont eu un diabète gestationnel et que vous suivez après ?*

- M8 : Le suivi des grossesses a beaucoup évolué ces dix dernières années, il y a une pression pour faire de la grossesse, on a tous l'impression, nous qui sommes des vieux médecins, de faire de la grossesse une maladie, ce qui rend notre prise en charge un peu compliquée, notre réflexion un peu compliquée. Donc pour moi la gravité du diabète gestationnel est quelque chose de récent, ou au moins l'importance que ça a pris dans le suivi de ces femmes. J'ai des femmes qui ont cinquante ans, qui ont eu un diabète gestationnel, il y en a une ou deux auxquelles je pense et quand on en a parlé ça m'a forcé la main à faire une glycémie et elle était anormale ou normale. Mais je pense que c'est aussi quelque chose de très récent et nous qui sommes vieux médecins, nous avons beaucoup moins cette pression-là. Et pour avoir vu des protocoles changer de multiples fois, peut-être qu'on est un peu plus dubitatifs au sujet des protocoles formels.

- M10 : Il y a 20 ans quand on avait un diabète gestationnel, on avait un diabète gestationnel ! On avait des glycémies à 2g50 ! Maintenant, quand on a 1g de glycémie c'est la panique, il faut voir l'endocrinologue... Cette panique quand on a 1g à jeun, effectivement comme dit M8, il faut relativiser un peu. Il y a quand même diabète et diabète ! Mais bon ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas prendre en charge les femmes qui ont un diabète léger mais il ne faut pas non plus mettre tout le monde dans le même panier, je trouve.

[Silence prolongé]

- JCY : *Tu as quelque chose à rajouter Lou ?*

- LG : *Par rapport aux idées d'amélioration donc il y avait les protocoles, est-ce qu'il y avait...*

- M11 : Justement j'en reviens, est-ce qu'il faut prendre des précautions particulières pour la contraception ou pas... ça c'est une question.

- LG : *Si vous avez des questions, j'y répondrai si je peux à la fin mais ça ne fait pas partie de l'entretien...*

- M8 : Des protocoles... très certainement... Ça doit être expliqué à la femme sûrement, qu'elle puisse avoir un suivi de temps en temps, régulier, pourquoi pas ? Qu'elle puisse avoir un outil sur lequel elle puisse s'informer un petit peu des risques qu'elle peut prendre pour l'avenir. Du coup on pourrait aussi se servir de cet outil-là. La « fiche patient » de Prescrire : « Vous avez eu un diabète gestationnel » : voilà toc, toc, toc, ce qui peut nécessiter que vous alliez voir leur médecin régulièrement, de lui en parler » et de leur proposer des échéances. Mais je n'ai pas l'impression que tout ça soit aussi formalisé que ça et on est dans une grosse crainte, on est aussi dans une population qui prend du poids,

qui a de l'obésité, pour laquelle ça a doublé dans la population européenne, avec des facteurs de risque qui augmentent... Alors des protocoles oui mais étant donné la multiplicité des protocoles, on ne peut pas faire reposer tout ça sur le médecin. Il faut que le patient prenne en charge sa maladie, qu'il soit informé, qu'il soit ré-informé... Alors est-ce que c'est notre rôle : oui, mais il n'y a pas que ça. Les médias commencent à participer avec des déviations sur lesquelles ils nous font crier « Oh là là, ils sont fous ! », mais ça fait partie d'une prise de conscience de la population. Et c'est à la femme de se prendre en charge, au patient de se prendre en charge, on ne peut pas gérer tout seul, avoir tous les rappels, avoir les outils informatiques... Je ne sais pas si vous avez un logiciel de prescription avec des alertes quand vous faites des ordonnances, j'ai remis les alertes cette semaine, ça me soule ! [rires] Je crois que je vais les ré-éteindre, c'est insupportable, il me sort soixante-dix alertes... sur l'âge, sur... Avoir des alertes permanentes, ça tue les alertes ! Il faut que les patientes se prennent en charge ! Alors il y a les patientes qui peuvent le faire, comme tu le disais M11, et les patientes qui n'y arrivent pas... Et celles-là ont peut-être besoin d'un accompagnement spécifique. [Sur le ton de la plaisanterie] : On pourrait peut-être leur tatouer ! Ou leur mettre une puce... [rires]

- M9 : Ou la carte vitale !

- M10 : Après c'est comme les alertes, tu ne les regarderas plus, tes puces... [rires]

- M8 : Ces choses-là, on ne peut plus les faire tous seuls, cette prévention-là, on ne peut plus la faire tout seuls, il faut qu'on travaille en commun, avec d'autres gens, et c'est plutôt là-dessus qu'il faut qu'on essaye de travailler. Parce que tu ne peux plus gérer tous les protocoles.

- M11 : Mais peut-être qu'il ne faut pas tout protocoliser mais faire « à peu près », on connaît nos patients, on sait aussi comment les gérer les uns et les autres, c'est aussi une question très individuelle ça, je pense que les patientes qui ont été très stressées pendant la première grossesse par le diabète et tout le bazar, elles n'ont pas besoin qu'on leur remette une couche, peut-être qu'au contraire il faut dédramatiser un petit peu la grossesse, etc. Ça ne va pas du tout être le même cas que quelqu'un qui ne s'est même pas aperçue qu'elle avait du diabète, qu'elle a fait de l'insuline et que « Ce n'était rien ». Je pense que dans notre métier on n'a pas que des protocoles, on a aussi des patients, qui sont différents...

- M7 : Peut-être que le DMP, plus tard, pourra nous aider...

- M11 : Hmm... [ton dubitatif]

- M10 : Pour moi c'est pareil que notre dossier à nous, non ?

- M7 : Peut-être que tu peux visualiser des alertes différemment, à l'ouverture de la carte vitale, avec des antécédents majeurs, des facteurs de risque...

- M9 : Mais si le patient va voir son DMP, si on a rempli les facteurs de risque, est-ce que là ça peut le renvoyer à des... Il faut que ce soit lui, comme disait M8, qui prenne en charge.

- M11 : Mais ça rentre au bout du compte toujours dans le grand cadre de la prévention cardio-vasculaire pour nous, que ce soit diabète, hypertension, tabac, on doit toujours rappeler à nos patients qu'ils doivent faire de l'exercice, manger sainement, voilà, tout le

bazar... Est-ce qu'il faut protocoliser différemment ?

- M10 : Je voulais revenir sur la question sur le nombre de grossesses qu'on suivait, je trouve personnellement que j'en suis beaucoup moins qu'avant, alors est-ce que c'est l'âge, est-ce que c'est les sages-femmes... Moi à la campagne j'ai deux sages-femmes à moins de cinq kilomètres du cabinet qui ne demandent qu'à suivre toutes les grossesses... Je trouve qu'on suit moins de grossesses, par contre en post-accouchement, effectivement, on revoit les femmes et donc cette question du suivi est tout à fait pertinente et intéressante parce qu'au niveau des grossesses j'en avais peut-être trois ou quatre en moyenne par an il y a dix ans, maintenant c'est moins, c'est peut-être parce que je vieillis aussi, et que les jeunes femmes vont voir mon confrère qui est plus jeune et plus beau... [rires généralisés]

- JCY : *D'où peut-être l'intérêt de travailler avec les sages-femmes parce qu'elles vont faire les suivis juste avant, et toi tu vas faire le reste, et si le reste tu n'es pas au courant...*

- M8 : Et puis ça fait partie de ce travail en collaboration, je n'ai pas parlé des infirmières tout à l'heure quand j'ai parlé du travail en collaboration, mais on va revenir sur des protocoles parce que, pour pouvoir collaborer, il faut être en accord avec ce qu'on va dire et c'est quand même complexe. Et de se mettre d'accord sur la façon dont on va pouvoir partager les données et les suivis. C'est encore difficile de le faire, c'est difficile d'avoir une infirmière Asalée, c'est difficile de discuter avec des sages-femmes, on marche un petit peu sur des œufs quand on veut travailler ensemble, il faut qu'on se mette d'accord sur comment on voit les choses les uns les autres et il y a beaucoup de discussions pour travailler en collaboration. En plus nous, on est loin d'avoir fait ça toute notre vie, c'est quelque chose qu'on découvre, enfin qu'on pratique, non pas de façon descendante « Tu fais ça, tu fais ci, tu surveilles ça comme ça ! » mais avec des allers-retours, un partage, ça c'est quelque chose de récent.

- M11 : Ça c'est un petit peu à côté mais les patientes, quand elles vont en consultation chez des gynécologues ou à l'hôpital, on a un retour. Mais quand elles vont chez des sages-femmes de ville, est-ce que vous avez des retours ? Moi, personnellement, je n'en ai pas !

- M8 : C'est notamment pour ça que j'ai invité des sages-femmes à venir et qu'on puisse discuter de la façon dont on travaillait et voilà, et on commence à travailler ensemble et pouvoir échanger sans retenue.

- JCY : *Dans les idées d'amélioration en fait, c'est un travail avec d'autres, une collaboration.*

- M10 : La collaboration avec les sages-femmes, ça, ça serait intéressant.

- JCY : *Juste une dernière petite question, par rapport aux maternités, est-ce que vous avez l'impression que les compte-rendus que l'on reçoit, d'accouchement etc, sont différents selon les facteurs de risque ou est-ce que vous avez l'impression que de toute façon c'est toujours la même chose et qu'ils ne mettent pas forcément plus en exergue un problème X ou Y en cours de grossesse ? C'est important aussi parce que c'est comme ça qu'on va l'apprendre.*

- M7 : J'ai l'impression que c'est un peu stéréotypé : elle a accouché à tel terme, l'enfant pesait tant, l'Apgar est à combien... J'ai l'impression que parfois ils oublient même de

remettre s'il y a eu un problème pendant la grossesse...

- M8 : « Elle a eu un suivi avec Madame la diététicienne et Monsieur le Docteur Machin. » mais quel suivi ? Tu ne sais pas ce qu'ils ont fait !

- M11 : C'est très hétérogène ! Si c'est par exemple le Dr X., qui par ailleurs n'est pas le plus sympathique, il nous envoie les compte-rendus de ses consultations ! Déjà en consultation il a vu s'il y avait un diabète etc. : il nous donne tous ces renseignements-là. Il y en a d'autres, tu n'as pas de nouvelles, tu as juste l'accouchement à la fin. Au CHU, je trouve que le compte-rendu de sortie et d'accouchement est bien complet avec tous les problèmes qu'il y a pu y avoir... Ce n'est pas stéréotypé selon les personnes ou selon la maternité. Je trouve que c'est plus dépendant de la personne qui a rédigé les compte-rendus que de la maternité même.

- M7 : Les compte-rendus des consultations à huit mois avec les obstétriciens on ne les a jamais, vous les avez ? On ne les as jamais !

- M11 : Avec le Dr X., oui !

- M7 : Avec lui peut-être... Mais les autres on ne les a jamais ! Même pour les patientes qui sont à risque, au CHU il n'y a rien, dans les autres maternités il n'y a rien !

- M9 : Non, chez nous, on ne les a pas non plus. Il faut aller les chercher.

- M8 : Et en plus, dans la relation avec les sages-femmes et notamment les sages-femmes de l'hôpital on a beaucoup de mal à être pris au sérieux pour le suivi d'un diabète ou le suivi d'une hypertension, le suivi du diabète pour la sage-femme c'est l'endocrinologue et le suivi de l'hypertension c'est le cardiologue, éventuellement le néphrologue, voilà. Et le médecin généraliste, elles ne le connaissent absolument pas. D'abord parce qu'elles l'ont rarement fréquenté personnellement... Donc voilà, on est complètement en-dehors de leur champ de vision.

- M11 : Pas du tout, quand elles ont fait leurs quinze jours d'arrêt de travail et qu'elles ont besoin qu'on prolonge, elles nous envoient les patientes ! [rires] Donc là on existe brusquement au bout de quinze jours ! [rires]

- M8 : Et là tu peux lui téléphoner pour lui dire « C'est quand même un peu... discourtois. J'aurais aimé au moins un courrier. » ! Ça fait partie des relations. C'est comme ça que la relation a commencé avec nos sages-femmes, quand j'ai pris mon téléphone...

- JCY : *Avez-vous une phrase de conclusion, chacun d'entre vous, on fait un tour de table, sur ces suivis à court, moyen et long terme, des patientes ayant eu un diabète gestationnel ?*

- M7 : Je serais friand d'avoir les modalités de suivi d'une femme ayant eu un diabète gestationnel, quels examens je dois lui programmer à distance de son accouchement.

- M10 : Moi je vais regarder s'il y a quelque chose dans la littérature pour savoir quelle est l'importance du diabète gestationnel dans les complications cardio-vasculaires ou les diabètes futurs, il y a sûrement des études là-dessus que je ne connais pas.

- M8 : On ne fait pas si mal notre boulot. [Rires]

- M11 : 100% d'accord !

- M8 : C'est vrai qu'on n'a peut-être pas complètement des protocoles mais c'est vrai qu'on arrive quand même à les suivre et je n'ai jamais eu beaucoup de femmes qui étaient en grand problème avec son diabète et qui ait eu un diabète gestationnel. Je pense par contre que le travail collaboratif peut vraiment nous aider, après il faut trouver les façons de pouvoir collaborer avec les autres professionnels de santé.

- M9 : Même si c'est un facteur de risque qui est connu, je pense quand même faire de la prévention avec tous les patients et pas simplement avec les femmes qui ont eu un diabète gestationnel, donc je ne suis pas sûre que ma pratique va être différente.

- M11 : Je suis un petit peu d'accord avec tout le monde [rires]. On fait ce qu'on peut avec les moyens qu'on a et on ne les suit pas si mal nos patientes. Et surtout on a l'avantage, nous les généralistes, de connaître bien nos patientes et les contextes familiaux, sociaux etc., ce qui nous donne une facilité d'adaptation dans notre suivi parce que c'est évident qu'on ne va pas prendre en charge de la même façon une institutrice qui a eu un diabète, qui a bien suivi ses trucs et... quelqu'un qui... parce que le diabète c'est quand même un peu compliqué comme maladie, il faut quand même la comprendre ! Je trouve que ça c'est notre supériorité à nous, c'est de connaître les gens.

- M8 [Ton grandiloquent exagéré] : « Fier d'être généraliste ! »

- M11 : [Rires] Je n'ai pas dit ça mais par rapport à une sage-femme qui arrive dans le... qui va très bien faire son truc mais nous on connaît tout le reste : on connaît la famille, on connaît les antécédents, on connaît les coups de blues, on connaît tout ça...

- M8 : Ce n'est pas seulement un diabète.

- M11 : Ce n'est pas seulement un diabète, c'est une patiente.

- M10 : On connaît la peur d'aller chez le médecin, on connaît la peur de la prise de sang...

- M11 : Oui, oui, voilà, c'est ça, on connaît tout ça, et ça c'est... On ne peut pas prendre tout le monde en charge de la même façon, ça je n'y crois pas.

- M10 : C'est l'intérêt de notre métier. »

3. Entretien individuel du 27/09/2018

Etaient présents :

Lou Gyurka, chercheuse (LG)

et un médecin généraliste (M12) : homme >60 ans, cabinet de groupe semi-rural, formation d'hypnose et de médecine du sport, maître de stage.

L'entretien a duré 18 minutes.

« LG : Je fais une thèse sur le suivi des médecins généralistes sur les patientes qui sortent de la maternité après l'accouchement, quand elles reviennent en cabinet de médecine générale, c'est un recueil d'expérience, sur comment tu fais lorsque tu les revois... Est-ce que tu fais un peu de gynécologie, suivi de grossesse, suivi de bébés... »

- M12 : Gynécologie un petit peu, suivi de grossesse oui, je le fais régulièrement, jusqu'au quatrième mois de grossesse je les suis, ensuite je les suis en binôme avec la maternité. S'il y a la moindre complication je vais l'adresser soit immédiatement, dès la première consultation, en maternité mais si tout va bien, comme souvent, je fais jusqu'au quatrième mois et au quatrième mois le binôme, voilà. Et je les vois pour tous les petits problèmes intercurrents : elles viennent au cabinet et on s'en occupe.

- LG : *Quand elles quittent la maternité, voilà elles ont accouché, comment tu as de leurs nouvelles et comment ça se passe en général quand tu les revois la première fois après ?*

- M12 : Bah écoute c'est une bonne question, je les revois... pas beaucoup en fait. Je pense que je les revois parce que je vois leur enfant. Donc ça peut être très rapidement après la sortie de la maternité, par exemple une semaine après la sortie, je vois souvent les femmes accompagnées de leur enfant et elles viennent pour leur enfant, elles ne viennent pas pour elle. Alors évidemment lors de cette consultation je leur parle toujours d'elles aussi hein, bien sûr, comment elles vont, comment ça s'est passé... Mais pour elles en tant que femmes, il y en a très peu qui viennent me consulter, extrêmement peu... C'est toujours pour me « présenter » l'enfant, on va dire entre une semaine et un mois après l'accouchement.

- LG : *Et du coup pendant la consultation qui est pour le bébé, tu abordes des thèmes qui sont plus centrés sur la maman ?*

- M12 : Eh bien... non... Tu imagines quand elles arrivent avec le petit bébé, je vais me centrer sur le petit bébé, c'est quand même lui sur lequel on va fixer toute notre attention, c'est une consultation toujours un peu exceptionnelle, elles viennent nous le présenter, et puis en plus nous il faut qu'on ait un regard médical donc il faut rester très concentré quand même, mais par contre je leur pose toujours comme je disais quelques questions sur elles : comment s'est passée la fin de grossesse parce que souvent je ne les ai pas vues, comment s'est passé l'accouchement, mais souvent ça va être très rapidement : ça s'est bien passé ou il y a eu ceci cela, et si je vois qu'il y a eu des gros soucis je leur demande de revenir elles, mais seulement elles... Je préfère qu'elles reviennent carrément sans le bébé mais des fois c'est difficile, après on peut très bien imaginer que le bébé soit dans son petit berceau, dans son petit couffin et dorme à côté, à la limite... Mais si tout

s'est bien passé je me dis « Bah très bien ! » et puis je ne vais pas plus loin, effectivement. Je ne leur demande pas de revenir systématiquement. Récemment je ne me souviens pas de problème particulier...

- *LG : Tu as l'impression qu'elles sont amenées à retourner voir le gynécologue qui les a accouchées ou la sage-femme... ?*

- M12 : Non, non. Ou alors quelques fois, il y a en a de plus en plus, maintenant qu'il y a quelques sages-femmes libérales, je pense qu'il y en a quelques-unes à qui on a dû donner une adresse à la sortie de la maternité, et il y en a quelques-unes qui vont voir une sage-femme libérale, ça bien sûr quand il n'y a pas eu de gros problème, sinon ils les revoient directement dans le service. Mais si tout s'est bien passé il y en a quelques-unes qui vont voir une sage-femme en libéral, voilà.

- *LG : Ma thèse est plus particulièrement sur comment on suit les patientes qui ont eu un diabète gestationnel, comment on les suit au long cours... Est-ce que dans les patientes que tu as pu voir qui avaient un diabète gestationnel, est-ce que tu te sens à l'aise pour les suivre après ?*

- M12 : A l'aise je ne sais pas... Oui, c'est-à-dire, celles qui ont eu un diabète gestationnel, je vais les revoir bien sûr, on va en reparler et puis je n'ai pas une idée très précise de la conduite à tenir, bien sûr je vais leur faire un contrôle dans les mois qui viennent au niveau sanguin et puis ça va un petit peu s'arrêter là je pense... Je vais les revoir pour une autre raison, pas dans le cadre de cette pathologie-là. Parce qu'elles ont mal à la tête, qu'elles ont une virose, d'autres choses et voilà... A ce moment-là ces femmes, de toute manière dans les bilans un petit peu de base quand quelqu'un ne va pas bien etc., il y aura de toute manière une glycémie. Mais je dois dire que je ne fais rien d'autre. Si la glycémie est normale je la recontrôlerai plus tard mais je ne le prévoirai pas, mais comme ça fait un peu partie de la biologie de base... donc c'est une femme qui aura automatiquement, à l'échelon d'une vingtaine d'années, elle aura un certain nombre de glycémies pendant ces vingt ans... Par contre si au cours des... on va dire des vingt ans qui suivent, si je vois qu'il y a des glycémies limites je vais poser des questions bien sûr. Et même si je ne me souviens pas qu'il y a eu un diabète gestationnel, je vais... Est-ce que c'est noté dans mes antécédents, j'aimerais bien que ça le soit [rires], mais je crois que ça ne l'est pas à chaque fois, mais je pense que ça serait effectivement une bonne chose parce là mon attitude sera beaucoup plus « incisive » s'il y a eu un antécédent de diabète gestationnel, ce qui veut dire que je mettrai beaucoup plus vite un traitement.

- *LG : Et comment tu es au courant de cet antécédent, ce sont les patientes qui te le disent, c'est toi qui pose la question... ?*

- M12 : C'est une bonne question... Depuis quelques années je vais y faire plus attention, en maternité ils nous ont dit d'y faire plus attention et le suivi du diabète pendant la grossesse, je vais y être plus attentif on va dire. D'entrée de jeu, chez les femmes qui sont déjà un peu en surpoids, je vais y faire extrêmement attention, elles auront des glycémies dès leur début de grossesse et puis j'essaye de leur faire des mesures diététiques avec l'aide de diététiciennes, là maintenant c'est systématique, ce que je ne faisais pas avant. Donc je suis au courant parce que c'est moi qui fais le diagnostic. Et quand le diabète gestationnel est avéré, bien sûr elles sont prises en charge à la maternité avec les endocrinologues de l'hôpital. Alors d'autres fois, elles me le disent, tout simplement, si je n'avais pas forcément fait le diagnostic ou que, comme le suivi est un peu en binôme, des fois elles sont plus suivies par la maternité, des fois je ne savais pas qu'il y a avait ce

diabète gestationnel. Généralement elles me le disent et moi, à tous les accouchements, oui on peut dire tous, qu'ils soient à l'hôpital ou dans les cliniques, je reçois un compte-rendu et c'est indiqué. Et souvent, très souvent, celles qui ont eu un diabète gestationnel elles m'en parlent ! Parce que le traitement est souvent un petit peu lourd et donc elles m'en parlent.

- *LG : D'accord. Et généralement, tu penses qu'elles ont compris le risque de complications à long terme ?*

- M12 : Je n'en suis pas si sûr... Je pense que pour certaines elles ont compris que ça peut être un déclencheur de diabète et d'autres non... L'enjeu pour le bébé elles ont toutes compris, ça c'est sûr, ou à 99% mais pour la suite... assez moyennement... Je ne suis pas sûre qu'elles se rendent bien compte qu'elles sont plus à risque de diabète que d'autres. Et le risque de récidive pour les prochaines grossesses, là oui, absolument.

- *LG : Pour la prévention est-ce que tu as du mal à revoir les patientes régulièrement pour des consultations de prévention, est-ce que tu les vois surtout pour des problèmes aigus ou est-ce que tu arrives à les voir aussi pour la prévention ?*

- M12 : Les patientes ne viennent pas pour la prévention, non. Je vais en faire systématiquement à chaque consultation, j'arrive toujours à prendre un peu de temps, je pense que c'est une grosse partie de notre travail, c'est-à-dire que dans une consultation de base, on va profiter des petites pathologies on va dire, quelqu'un qui vient pour une virose je vais passer trois minutes pour la virose et un quart d'heure sur tout le reste en fait, c'est vraiment notre travail... Je fais ça quand elles viennent pour une autre pathologie et ce qui était très bien mais qu'on voit moins maintenant c'est les certificats sportifs qui nous permettaient de faire de la prévention à 95% de la consultation, c'était vraiment super...

- *LG : Et au niveau des recommandations pour le diabète gestationnel qui ont changé il y a quelques années, qu'est-ce que tu en penses et comment tu trouves que les patientes le vivent ?*

- M12 : Elles trouvent qu'on s'occupe d'elles, elles sont contentes, enfin je veux dire il n'y a pas de souci pour un certain nombre mais pour d'autres elles trouvent que le traitement est trop important, qu'on leur demande d'en faire trop, de se contrôler trop... Il y en a certaines, très franchement, je les ai vues abandonner leur traitement, abandonner les suivis, annuler les consultations... Parce qu'elles trouvaient ça trop, comment on pourrait dire, trop incisif, ça ne leur plaisait pas cette façon trop... trop rigide... de voir cette pathologie. Pour elles, elles continuaient à vivre, et puis zut. J'en ai vu un certain nombre, j'en ai deux en tête, qui ont arrêté les suivis et qui m'ont dit « Je vis ma vie, je fais un petit peu attention, mais sinon terminé ! ».

- *LG : Est-ce que tu aurais des idées d'amélioration pour améliorer leur suivi au long cours, à ces femmes, qui ont un antécédent de diabète gestationnel ?*

- M12 : Ces femmes qu'on voit avec ces petits enfants c'est des femmes qu'on va voir assez souvent, avec leurs enfants... Des fois elles ne prennent pas trop le temps pour elles hein, bien sûr, mais c'est des femmes qu'on va voir souvent, on va voir un petit peu comment ça se passe donc cette notion de prévention elle va toujours être là un petit peu, ce que je vais dire pour l'enfant va retentir un peu sur elles, sur la famille, sur les frères et sœurs, c'est des relations assez fortes qu'on a avec ces mères... On arrive comme ça à parler du quotidien et de tout ce qui est préventif, à tous les niveaux, aussi bien pour leur

petit, que pour elles, que pour leurs autres enfants.

- *LG : As-tu des retours des consultations de sages-femmes libérales, est ce que vous vous mettez facilement en relation ?*

- M12 : Pas tant, non pas... Des retours j'en ai quand il y a un problème, mais sinon je n'en ai pas.

- *LG : Avais-tu autre chose à ajouter sur le sujet ?*

- M12 : Le fait que les recommandations ont été un peu... plus strictes, on va dire, envers les glycémies de ces femmes, je pense que j'y fais personnellement plus attention, faire si besoin les glycémies d'entrée de jeu, leur expliquer de faire attention à leur alimentation pendant la grossesse, de ne pas prendre trop de poids... J'y fais beaucoup plus attention maintenant qu'avant. Je pense que c'est par rapport à ces recommandations. On avait organisé une formation médicale continue il y a peut-être quatre-cinq ans avec une gynécologue et une endocrinologue qui nous avaient parlé de ça, on avait fait une formation dessus... Voilà. »

4. Entretien individuel du 18/10/2018

Etaient présents :

Lou Gyurka, chercheuse (LG)

et un médecin généraliste (M13) : homme, installé depuis 5 ans ½, exerçant en cabinet de groupe semi-rural, maître de stage, sans formation complémentaire particulière mais participant à des formations médicales continues régulières, par exemple avec le CHEM (Collège des Hautes Etudes Médicales).

L'entretien a duré 19 minutes.

« LG : Est-ce que tu fais un peu de gynécologie, est-ce que tu suis des grossesses et est-ce que tu suis des bébés ?

- M13 : Alors, suivre des bébés, oui ! Suivre des grossesses... Premier trimestre oui, deuxième trimestre assez souvent et troisième trimestre non, ce sont les maternités qui généralement prennent le dessus. Les grossesses je les suis oui, c'est plus sur la gynécologie pure et dure... Déjà je ne pose pas de stérilet, je ne pose pas d'implant, déjà ça limite un petit peu et sur les frottis il y a des femmes qui préfèrent voir ma collègue femme plutôt que moi, ma collègue était d'accord donc j'ai quelques patientes qui s'éclipsent vers elle pour leur suivi gynécologique.

- LG : Quand tu as suivi la grossesse, ou que tu ne l'as pas suivie, la femme accouche, après elle vient te revoir ?

- M13 : Pour elle moins souvent... C'est plus pour le bébé généralement, alors des fois on arrive quand même à avoir cette double consultation où elle pense à prendre rendez-vous et pour elle et pour l'enfant mais le plus souvent je les revois au moment d'une consultation pour le bébé, après c'est vrai que ça n'empêche pas, même si la consultation est pour le bébé, qu'on puisse poser deux-trois questions pour elles, savoir comment ça se passe, mais finalement les consultations dédiées à la femme pour le retour c'est moins fréquent. Peut-être un peu plus chez les femmes allaitantes, de mon expérience c'est ce que j'ai repéré, souvent elles sont un peu plus en demande de conseils, et puis il y a souvent un peu plus de petits problèmes autour des petites mastites et tout ça... Donc peut-être un peu plus chez les allaitantes mais c'est vrai que ce n'est pas très très fréquent. Généralement je les vois au maximum à la consultation des un mois mais ça arrive assez souvent, et surtout pareil chez les allaitantes, des pesées qui peuvent se faire à la PMI mais je vois que bien souvent elles aiment bien venir au cabinet donc je les vois toutes les semaines pour la pesée du bébé au moins le premier mois...

- LG : Et toi, tu leur poses quel genre de questions pour elles ?

- M13 : Pour elles, déjà essentiellement la fatigue, à la fois physique et psychologique parce que bon il y a toujours le baby blues, les dépressions du post-partum, le manque de sommeil qui peut quand même conduire aussi à des troubles psychologiques dans les suites immédiates d'une grossesse, fatigue physique aussi avec l'anémie si jamais elles ont perdu beaucoup de sang... Après voilà sur l'allaitement, oui ou non, alors si elles sont allaitantes savoir s'il y a des douleurs mammaires ou pas, au niveau de la cicatrisation du

périnée, si jamais elles ont eu une épisiotomie... est-ce qu'il n'y a pas de souci à ce point de vue-là, si jamais il y a des dyspareunies s'il y a de nouveau des rapports... S'il y a une césarienne la cicatrice de césarienne... Chez les femmes qui ont eu une césarienne, c'est vrai qu'il y a plus souvent des consultations dédiées aussi même si les infirmières et les sages-femmes sont généralement bien formées à ça. Oui c'est ça, saignements, fatigue, baby-blues... Si jamais il y a un allaitement artificiel est-ce que l'arrêt de l'écoulement du lait s'est bien passé... Si elles étaient rhésus négatif le RAI, ce genre de choses... Après tout dépend s'il y avait des pathologies préexistantes à la grossesse et qui pourraient avoir des répercussions a posteriori ou des pathologies liées à la grossesse en elle-même, un diabète gestationnel et tout ça... Après c'est vrai que c'est toujours un peu difficile...

- *LG : Et toutes ces questions-là tu as le temps de les poser pendant la consultation du bébé ?*

- M13 : [Rires] Non, ça fait bien sur le papier... Alors des fois quand on les revoit de manière régulière toutes les semaines pendant un mois c'est plus intéressant, c'est des choses qui peuvent se mettre en place, typiquement pendant qu'elles déshabillent le bébé, enfin forcément on a aussi beaucoup de questions sur le bébé en lui-même, sur l'alimentation, sur les tétées, sur le machin... Mais ce n'est jamais dans la même consultation qu'on arrive à aborder tout ça, mais elles aussi ont parfois des questions, ce sont elles qui amènent le sujet et pas forcément moi qui vais creuser.

- *LG : As-tu l'impression que parfois elles sont suivies pour le post-partum à l'hôpital ou par une sage-femme en libéral ?*

- M13 : Par une sage-femme libérale oui, après je ne pourrais pas te le chiffrer en pourcentage mais ça arrive assez fréquemment, par l'hôpital ça n'arrive pas si souvent, mais pour les sages-femmes libérales je dirais une fois sur deux voire un peu plus... Autant pour le bébé, c'est vrai qu'elles nous les confient assez facilement en tant que médecin généraliste, après c'est peut-être mon statut en tant qu'homme, mais pour leur suivi à elles il y a aussi encore beaucoup le réflexe du « suivi gynéco ». Elles ont du mal à comprendre qu'en tant que médecin généraliste on a aussi les capacités de faire les suivis gynécologiques, c'est un peu comme l'ophtalmo, ça reste séparé dans leur tête, même quand tout se passe bien... Et là j'ai l'impression que les sages-femmes attrapent un peu ce créneau là aussi parce que les gynécologues sont moins disponibles...

- *LG : Ma thèse porte plus particulièrement sur les patientes qui ont eu un diabète gestationnel, quand elles ont accouché, qu'elles rentrent à la maison, est-ce que tu te sens à l'aise pour les suivre après leur accouchement ?*

- M13 : Oui, le diabète gestationnel ce n'est pas un sujet qui me pose problème, moi j'aime bien le diabète, même pour la prise en charge du diabète gestationnel en lui-même ça ne me gêne pas beaucoup, après oui le fait qu'elles aient un diabète gestationnel augmente très fortement leur risque de diabète plus tard donc ça moi c'est un truc à noter dans le dossier médical pour surveiller les glycémies à jeun de manière plus fréquente et à voir aussi dans la famille est-ce qu'il y a des antécédents de diabète, pour évaluer le risque...

- *LG : As-tu l'impression que les patientes ont compris leur maladie, le risque de complications à long terme ?*

- M13 : [Rires] C'est clair que non !!! Pour elles, elles ont l'impression que c'est juste un accident de la grossesse, on a beau leur dire, je sais que je leur dis en retour quand elles

ont appris qu'il y avait un diabète gestationnel, je leur dis forcément « Il faudra vous surveiller là-dessus, vous êtes plus à risque ! », mais ça leur paraît lointain parce que le diabète de type II c'est souvent un truc de personnes de 50 – 60 ans et elles ont 25 – 30 ans donc je n'ai pas le sentiment qu'elles se sentent particulièrement concernées...

- *LG : Comment tu l'apprends, qu'elles ont eu un diabète gestationnel ?*

- M13 : Le diabète gestationnel globalement c'est quand même difficile à gérer, ça demande une éducation thérapeutique importante et souvent elles sont demandeuses de conseils donc là je trouve qu'on récupère quand même un rôle en tant que médecin généraliste, on est souvent plus formés peut-être que les sages-femmes sur le diabète donc on devient un intermédiaire privilégié pour cette prise en charge : pour les techniques d'injections, savoir s'il faut en faire un peu plus, un peu moins, la gestion des hypoglycémies, la diététique, l'activité physique, comment ça influence... C'est des trucs où souvent elles sont complètement perdues. Quelqu'un qui est diabétique va avoir des mois et des années pour apprendre à connaître sa maladie alors que ces patientes ne vont avoir que quelques mois donc c'est vrai qu'elles sont un peu perdues là-dedans mais j'ai l'impression que souvent elles vivent ça un peu comme un accident de la grossesse mais que c'est bon, quand elles ont accouché c'est fini... Donc quand elles ont un diabète gestationnel je dirais que je les vois peut-être un peu plus mais quand il y a d'autres complications de grossesse je les vois plutôt un peu moins... Après je n'en ai pas vues énormément, des patientes avec un diabète gesta... Dernièrement j'ai surtout suivi une patiente chez qui on a découvert un diabète de type I pendant la grossesse...

- *LG : Une fois qu'elles ont accouché, tu as du mal à faire de la prévention, à les revoir régulièrement, à long terme ?*

- M13 : Ça c'est difficile... C'est déjà des patientes qui consultent énormément pour le bébé alors c'est difficile de dire « On va se voir en plus. » parce que déjà on les voit quasiment tous les mois, souvent un peu plus avec la gastro, la rhino, le machin, s'il faut se voir pour elles en plus c'est compliqué, après sur le suivi à très long terme personnellement je n'ai pas encore d'expérience donc je ne pourrais pas te dire mais la prévention de manière générale dans notre système de santé, dans notre pays, un médecin c'est là pour guérir, la prévention c'est notre rôle à part entière mais c'est compliqué, ça c'est clair, il faut répéter, répéter, répéter... C'est vrai qu'on a quelques consultations comme les frottis, et j'aime bien les consultations de certificats de sport, même si ça ne m'est presque jamais arrivé de dire qu'ils n'étaient pas capables de faire du sport, mais ces consultations-là permettent de faire de la prévention, ça laisse du temps médical pour faire de la prévention, le point sur la vaccination tout ça... Et c'est dommage, c'est en train de passer un peu à l'as avec ces certificats qui sont valables pour trois ans, on perd un peu de temps pour la prévention. Et quand elles ont une grippe, qu'elles ont 40° de fièvre en train de frissonner elles ne sont pas capables d'entendre d'autres messages...

- *LG : Est-ce que tu as des idées d'amélioration pour suivre plus facilement ces femmes au long cours ?*

- M13 : C'est pas évident, je reste persuadé que c'est le médecin traitant qui reste le pivot de l'organisation de ça et c'est plus à nous de nous organiser pour savoir comment on peut faire passer les messages... C'est difficile un diabète gestationnel parce qu'elles ne sont pas malades, pour elles, elles ne sont plus malades, nous on sait que ça risque, même si ce n'est pas obligé, que ça risque de ressortir dans peut-être dix ans, peut-être

quinze ans, peut-être vingt ans après mais à part les conseils qu'on donne à tout le monde, de diététique et d'activité physique, on n'a pas grand-chose d'autre à faire que de surveiller leurs glycémies à jeun, c'est un peu différent que pour d'autres pathologies chroniques pour lesquelles on peut faire intervenir des associations comme Maredia par exemple pour le diabète, ou les infirmières Asalée... Mais leur parler régime, leur parler sport on essaye de le faire à tout le monde, même si on va essayer d'insister un peu plus dans ce contexte-là, surtout s'il y a d'autres facteurs de risque, si elles sont déjà en surpoids, si elles ont pris 25 kilos pendant la grossesse... Après c'est toujours patient dépendant, des fois tu laisses des petits messages comme ça et tu ne te rends pas forcément compte de l'impact que ça peut avoir et elles reviennent t'en parler... Oui, des fois, ça arrive, alors on disait pour la grippe pas forcément, mais des fois pour une gastro elles ont tout ce qu'il faut et elles viennent juste chercher l'arrêt de travail parce qu'effectivement elles ne peuvent pas travailler et des fois elles, elles ré-abordent des sujets... J'ai plus en tête l'arrêt du tabac. Ça m'arrive assez souvent qu'elles viennent pour une rhino ou pour une gastro et finalement on passe... C'est toujours assez long... Enfin c'est une consultation qui aurait pu durer cinq minutes et finalement elle en dure 25 parce qu'on passe 20 minutes sur l'arrêt du tabac. Mais ça peut être l'occasion d'aborder ce genre de problèmes-là. Je trouve que personnellement l'activité physique à promouvoir ça reste assez facile en essayant de capter un peu leurs centres d'intérêt, on peut essayer de les orienter, autant la diététique je trouve que c'est toujours un peu l'enfer à aborder en consultation, parce que c'est tellement large... Alors ou on y passe trois quarts d'heure et des fois on les a perdues dans les détails techniques, soit on essaye d'aborder deux- trois idées fortes, mais souvent ça capote. Je pense que la diététique c'est mieux géré par les diététiciennes que par nous, on n'a pas le temps médical pour ça, je pense qu'on aurait besoin d'y passer beaucoup trop de temps.

- *LG : Quand tes patientes sortent de la maternité, tu as toujours un compte-rendu d'accouchement ?*

- M13 : Oui, oui assez rapidement, ils ont fait beaucoup d'efforts là-dessus, le compte-rendu définitif on l'a dans les quinze jours et souvent elles viennent d'emblée avec une feuille sur laquelle il y a déjà les principales données, là-dessus vraiment... Sauf au CHU, des fois on arrive à les avoir 2 mois ½ à 3 mois après ! Leurs trucs sont bien, c'est toujours un peu stéréotypés mais au moins le diabète gestationnel figure toujours s'il y en a eu un, il n'y a pas de problème.

- *LG : Avais-tu autre chose à ajouter sur le sujet ?*

- M13 : Non... Après ça reste quand même quelque chose de pas si fréquent que ça, je ne suis pas sûr que ce soit un sujet qui nécessite une campagne de prévention publique ou quoi que ce soit, je pense qu'on peut dépister les patientes et effectivement être nous attentifs en tant que médecin et après faire l'éducation thérapeutique aux patientes qui ont ce problème-là mais qu'il n'y a pas forcément besoin de faire de grandes campagnes nationales, peut-être qu'il faudrait plutôt se battre contre le tabac pendant la grossesse... Finalement tous les facteurs de risque s'additionnent à la fin... Voilà. »

E. Liste de codes

I – Suivi post-partum en général

Pratique de la gynécologie / suivi de grossesses (9 codes)

interetgynecologie

suivigrossesse>oui

suivigrossesse>non

suivigrossesse>moinsquavant

suivigrossesse>huitiememois

suivigrossesse>hopital

suivigrossesse>choixpatiente

suivipp>femme

suivipp>bebe

Organisation de la consultation du post-partum (5 codes)

consultpp>sansbebe

consultpp>avecbebe

consultpp>programmationpendantgrossesse

consultpp>pendantconsultbebe

consultpp>priseRDVpendantconsultbebe

Thèmes abordés lors de la consultation du post-partum (14 codes)

consultpp>vecufingrossesse

consultpp>vecuaccouplement

consultpp>allaitement

consultpp>relationmerebebe

consultpp>humeur

consultpp>viequotidienne

consultpp>rapportssexuels

consultpp>examencliniquecomplet

consultpp>cicatrices

consultpp>perinee

consultpp>contraception

consultpp>frottis

consultpp>vaccins

consultpp>pathologiesgenerales

Difficultés à réaliser la consultation du post-partum (6 codes)

perdudevuefemme>suivimaternite

perdudevuefemme>suivimedecinfemme

perdudevuefemme>suivisagefemme

perdudevuefemme>prioritebebe

perdudevuefemme>retardconsult

perdudevuefemme>manquetemps

II – Suivi des femmes aux antécédents de diabète gestationnel

Acteurs du suivi (3 codes)

acteurssuiviDGpp>endocrino

acteurssuiviDGpp>maternite

acteurssuiviDGpp>MT

Le médecin traitant, acteur privilégié d'une prise en charge à long terme (6 codes)

suiviDGpp>connaissancestheoriques

suiviDGpp>connaissancerecos

patienteconnue

patienteconnue>conjoint

patienteconnue>famille

patienteconnue>PECindividualisee

Modalités du suivi (7 codes)

suiviDGpp>suiviclinique

suiviDGpp>suivibiologique

suiviDGpp>informationpatiente

suiviDGpp>educationtherapeutique

suiviDGpp>PECautresFdR

suiviDGpp>contrception

suiviDGpp>preparationfuturegrossesse

Organisation du suivi (4 codes)

suiviDGpp>suivienfant

suiviDGpp>suivilorscsaigu

suiviDGpp>suivilorsccertifsport

suiviDGpp>suivigynecohabituels

III – Difficultés rencontrées lors du suivi des femmes aux antécédents de diabète gestationnel

En rapport avec la patiente (14 codes)

perdudevuefemmeDG>suivihopital

perdudevuefemmeDG>lassitudesuivi

vecusuivgrossesseDG>mauvais

vecusuivgrossesseDG>restriction

vecusuivgrossesseDG>culpabilite

perdudevuefemmeDG>normalisationglycemie

perdudevuefemmeDG>arretinsuline

perdudevuefemmeDG>disparitionrisquebebe

perdudevuefemmeDG>manqueinfocompliclongterme

perdudevuefemmeDG>manqueinfobesoinsuivi

perdudevuefemmeDG>perteordonnance

perdudevuefemmeDG>peurdiaabete

perdudevuefemmeDG>absencecsprevention

perdudevuefemmeDG>pasdeproblemechronique

En rapport avec le médecin (8 codes)

difficultemedecin>incertituderisquecomplications

difficultemedecin>incertitudemodalitesuivi

difficultemedecin>manquehabitude
difficultemedecin>oubli
difficultemedecin>mefiancerecos
difficultemedecin>peurdeculpabiliser
difficultemedecin>preventionlongterme
difficultemedecin>eductherapeutiquechronophage

En rapport avec le système de santé (9 codes)

difficultesystemesoin>multipliciteprotocoles
difficultesystemesoin>variationrecos
difficultesystemesoin>multipliciteacteurs
perdudevuefemmeDG>suivihopital
difficultesystemesoin>organisationRDVhopital
difficultesystemesoin>rupturebrutalesuivimaternite
difficultesystemesoin>manquecommunicationspecialistes
difficultesystemesoin>PECpluridisciplinnaireambulatoire
difficultesystemesoin>nonremboursementdiet

IV – Idées d'amélioration

Meilleure réorientation par la maternité (6 codes)

supportinfo>anticiperlorsdiagDG
supportinfo>oraleppimmediatmaternite
supportinfo>papier
supportinfo>reunionppmaternite
collaboration>infoCRaccoulement
collaboration>protocolesmaternite

Collaboration en ambulatoire (8 codes)

collaboration>groupesdepairs
collaboration>groupesdeFMC
collaboration>dossierinformatisepartage
collaboration>rappelsdossier
collaboration>pluridisciplinnaireambulatoire
collaboration>IDEasalee
collaboration>sagefemme
collaboration>dieteticien

Responsabilisation des patientes (2 codes)

responsabilisationpatientes
vecusuivgrossesseDG>prisebonneshabitudes

Information par les médias (1 code)

supportinfo>medias

RESUME

Le diabète gestationnel est un facteur de risque important de diabète de type II et de complications cardio-vasculaires. Les taux de dépistage dans le post-partum étaient faibles, ce qui constituait une perte de chance pour les patientes. Notre objectif était d'explorer les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le suivi à long terme des patientes aux antécédents de diabète gestationnel et de recueillir des idées d'amélioration pour ce suivi.

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens collectifs et individuels auprès de médecins généralistes normands.

Le suivi post-partum était complexe à organiser pour la mère, les soins se concentrant sur le bébé. Le rôle central du médecin traitant pour réaliser ce suivi individualisé était souligné. Les patientes s'impliquaient peu dans ce suivi du fait d'un manque d'information sur le risque de complications à long terme et de difficultés d'organisation. Les médecins rapportaient des incertitudes sur les modalités de suivi, une méfiance envers les recommandations, un manque de temps pour réaliser l'éducation thérapeutique et des difficultés de communication avec l'hôpital et les soignants en ambulatoire.

La transition des soins entre la maternité et le médecin traitant pourrait être améliorée par des protocoles détaillés. Une collaboration pluridisciplinaire ambulatoire pourrait être développée pour soutenir les patientes dans l'intégration de mesures hygiéno-diététiques à leur quotidien. D'autres études seraient nécessaires pour évaluer l'impact des interventions préventives sur les complications à long terme. Un protocole de suivi pourrait être développé dans le cadre du dispositif Asalée.

Mots-clés : Diabète gestationnel, Médecine générale, Post-partum, Prévention, Collaboration pluridisciplinaire, Recherche qualitative.