

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-Femme
2017 - 2018

Représentations sociales du diabète gestationnel

Présenté et soutenu publiquement le 14 mai 2018
par

Audrey Thébaud

Directrice : Docteur Sophie FOURCADE

Guidante : Madame Valérie BLAIZE-GAGNERAUD

Audrey Thébaud | Mémoire | Diplôme d'État de Sage-femme | Université de Limoges | 2018





Remerciements

Je remercie Valérie Blaize-Gagneraud, sage-femme enseignante et guidante de mon mémoire pour sa disponibilité, son aide précieuse, ses conseils ainsi que ses multiples relectures et corrections,

Je remercie le Dr Sophie Fourcade, médecin au sein du service d'endocrinologie de l'hôpital du Cluzeau et directrice de mon mémoire, pour son aide, ses conseils, ses relectures et corrections,

Je remercie toutes les patientes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé,

Je remercie également toutes les sages-femmes que j'ai rencontré pendant mes études pour m'avoir transmis leur savoir et donné l'envie de faire ce métier,

Je remercie les étudiantes de ma promotion sans qui ces années d'études n'auraient pas été les mêmes et plus particulièrement Camille, Caroline & Pauline pour leur amitié et soutien pendant ces quatre belles années,

Et enfin je remercie grandement mes parents, mon frère, Mélanie, Justine & Antoine pour leur présence et leur soutien sans faille à mes côtés tout au long de ces années.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

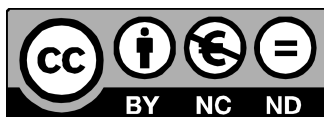


Table des matières

DIABETE GESTATIONNEL ET REPRESENTATIONS SOCIALES	9
1. LE DEPISTAGE DU DIABETE GESTATIONNEL	9
2. LES COMPLICATIONS DU DIABETE GESTATIONNEL	10
2.1. COMPLICATIONS MATERNELLES	10
2.2. COMPLICATIONS FŒTO-NEONATALES	10
3. LA PRISE EN CHARGE	11
4. REPRESENTATIONS SOCIALES	12
METHODOLOGIE	13
1. TYPE D'ETUDE	13
2. POPULATION	13
3. MATERIEL ET METHODE	13
3.1. ANALYSE STATISTIQUE	13
PRESENTATION DES RESULTATS	15
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	15
1.1. LA PARITE	15
1.2. L'AGE	15
1.3. L'ORIGINE ETHNIQUE	15
1.4. LE NIVEAU D'ETUDE	16
1.5. RECHERCHE D'INFORMATIONS SUR LE DIABETE GESTATIONNEL	16
1.6. L'EXISTENCE D'ANTECEDENTS DIABETIQUES	16
1.6.1. ANTECEDENTS PERSONNELS DE DIABETE GESTATIONNEL	16
1.6.2. ANTECEDENTS DIABETIQUES FAMILIAUX	17
1.7. LE TERME DE DIAGNOSTIC DU DG	17
1.8. LE TYPE DE PRISE EN CHARGE	18
2. CONNAISSANCES DE LA POPULATION SUR LE DIABETE GESTATIONNEL	18
2.1. LES NORMES GLYCEMIQUES	19
2.2. LES TYPES DE PRISE EN CHARGE DU DG	19
2.3. L'EQUILIBRE ALIMENTAIRE	20
2.4. L'ACTIVITE PHYSIQUE	21
2.5. LES GLYCEMIES CAPILLAIRES	21
2.6. LES COMPLICATIONS MATERNELLES DU DG	22
2.7. LES COMPLICATIONS FŒTALES DU DG	22

2.8. CONCLUSION SUR LES CONNAISSANCES DES PATIENTES	23
3. SATISFACTION DES PATIENTES	24
3.1. LE SUIVI DE L'HOPITAL DU CLUZEAU	24
3.2. LE VECU DE L'ALIMENTATION	25
3.3. LE VECU DES GLYCEMIES CAPILLAIRES	25
3.4. LA PRISE EN CHARGE DE LA PART DES PROFESSIONNELS	26
4. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DIABETE GESTATIONNEL	27
4.1. LA POPULATION GENERALE	27
4.2. SELON L'AGE DES PATIENTES	27
4.2.1. LA POPULATION DES PATIENTES AGEES DE MOINS DE 35 ANS	27
4.2.2. LA POPULATION DES PATIENTES AGEES DE PLUS DE 35 ANS	28
4.2.3. COMPARAISON SELON L'AGE DES PATIENTES	28
4.3. SELON LA PARITE	28
4.3.1. LES PRIMIPARES	28
4.3.2. LES MULTIPARES	28
4.3.3. COMPARAISON SELON LA PARITE DES PATIENTES	29
4.4. SELON LE NIVEAU D'ETUDE DES PATIENTES	29
4.4.1. PATIENTES AYANT UN NIVEAU D'ETUDES INFERIEUR AU BACCALAUREAT	29
4.4.2. PATIENTES AYANT UN NIVEAU D'ETUDES SUPERIEUR AU BACCALAUREAT	29
4.4.3. COMPARAISON SELON LE NIVEAU D'ETUDES DES PATIENTES	30
4.5. SELON L'EXISTENCE D'ANTECEDENTS PERSONNELS DE DG	30
4.5.1. PATIENTES AYANT DES ANTECEDENTS PERSONNELS	30
4.5.2. PATIENTES N'AYANT PAS D'ANTECEDENTS PERSONNELS	30
4.5.3. COMPARAISON SELON L'EXISTENCE D'ANTECEDENTS PERSONNELS DE DG	31
4.6. SELON L'EXISTENCE OU NON D'ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DIABETE	31
4.6.1. PATIENTES AYANT DES ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DIABETE	31
4.6.2. PATIENTES N'AYANT PAS D'ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DIABETE	31
4.6.3. COMPARAISON SELON L'EXISTENCE OU NON D'ANTECEDENTS FAMILIAUX	32
4.7. SELON LE TERME DU DIAGNOSTIC DU DG	32
4.7.1. DIAGNOSTIC AU PREMIER TRIMESTRE	32
4.7.2. DIAGNOSTIC AU DEUXIEME OU AU TROISIEME TRIMESTRE	32
4.7.3. COMPARAISON SELON LE TERME DU DIAGNOSTIC DU DIABETE GESTATIONNEL	32
4.8. SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE DU DG	33
4.8.1. PRISE EN CHARGE AVEC UN REGIME SEUL	33
4.8.2. PRISE EN CHARGE PAR L'INSULINE	33
4.8.3. COMPARAISON SELON LE TYPE DE PRISE EN CHARGE	33



4.9. SELON LE NIVEAU DE CONNAISSANCES	34
4.9.1. « MAUVAIS » NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE DG	34
4.9.2. NIVEAU DE CONNAISSANCES « MOYEN » SUR LE DG	34
4.9.3. « BON » NIVEAU DE CONNAISSANCES SUR LE DG	34
4.9.4. COMPARAISON SELON LE NIVEAU DE CONNAISSANCES	34
ANALYSE DES RESULTATS	35
1. PRESENTATION DE L'ETUDE	35
1.1. POINTS FORTS DE L'ETUDE	35
1.2. LIMITES DE L'ETUDE	35
2. ANALYSE ET DISCUSSION	36
2.1. LES CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION	36
2.2. LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DG	36
2.3. INFLUENCE DES ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DIABETE	39
2.4. INFLUENCE DES ANTECEDENTS PERSONNELS DE DG	40
2.5. INFLUENCE DU TERME DIAGNOSTIC	41
2.6. INFLUENCE DU NIVEAU DE CONNAISSANCES	42
2.7. INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE	44
2.8. INFLUENCE DE LA PARITE ET DE L'AGE	44
3. PROPOSITIONS D' ACTIONS	46
CONCLUSION	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
ANNEXE 1	50



Table des figures

FIGURE 1 : ORIGINE ETHNIQUE EXPRIMEE EN POURCENTAGE	15
FIGURE 2 : ANTECEDENTS FAMILIAUX DE DIABETE	17
FIGURE 3 : TRIMESTRE DU DIAGNOSTIC DU DG	17
FIGURE 4 : TYPE DE PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL	18
FIGURE 5 : PRISE EN CHARGE POSSIBLE DU DG	19
FIGURE 6 : ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE A ADOPTER DANS LE CADRE DU DG	20
FIGURE 7 : LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE DANS LE CADRE DU DG	21
FIGURE 8 : LA REALISATION DES GLYCEMIES CAPILLAIRES	21
FIGURE 9 : LES COMPLICATIONS MATERNELLES DU DG	22
FIGURE 10 : LES COMPLICATIONS FŒTALES DU DG	23
FIGURE 11 : NIVEAUX DE CONNAISSANCES DES PATIENTES	23
FIGURE 12 : NIVEAU DE SATISFACTION DES PATIENTES AU SUJET DU SUIVI	24
FIGURE 13 : VECU DES RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES	25
FIGURE 14 : VECU DES GLYCEMIES CAPILLAIRES DES PATIENTES	25
FIGURE 15 : RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES SUR LE DIABETE GESTATIONNEL	26



Diabète gestationnel et représentations sociales

Selon l'OMS¹, le diabète gestationnel (DG) est un « *trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse* ». [1]

En 2005, le registre Audipog rapportait que 4,5% des femmes enceintes étaient atteintes de diabète gestationnel alors qu'en 2012, selon l'étude Epifane réalisée par l'InVS², sa prévalence était de 8%. [2] On note donc une nette augmentation de la prévalence du diabète gestationnel ces dernières années.

Aujourd'hui, le diabète gestationnel reste une pathologie de la grossesse complexe à prendre en charge et contraignante pour la patiente puisqu'elle peut remettre entièrement en cause son quotidien.

1. Le dépistage du diabète gestationnel

Le CNGOF³ recommande le recours au dépistage du diabète gestationnel afin « *d'identifier les femmes à haut risque d'événements pathologiques, les plus à même de bénéficier d'une prise en charge intensive et de préserver les autres d'une intervention excessive* ». [3]

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, le dépistage consiste à réaliser une glycémie à jeun au premier trimestre de la grossesse. Si des facteurs de risques sont présents (IMC > 25 kg/m², âge maternel > 35 ans, antécédents personnels de DG ou antécédents familiaux diabétiques), une seconde méthode de dépistage est proposée entre 24 et 28 SA : l'hyperglycémie provoquée par voie orale. La présence d'une valeur pathologique suffit au diagnostic de diabète gestationnel. [3] [4]

¹ Organisation Mondiale de la Santé créée en 1948.

² Institut National de Veille Sanitaire créée en 1998.

³ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.



2. Les complications du diabète gestationnel [5] [6]

Informar les patientes quant aux complications du diabète gestationnel paraît essentiel dans la démarche de prévention et d'éducation. En 2011, Audrey NOUHAUD montrait, dans son mémoire de fin d'études, que seulement 60% des patientes interrogées étaient suffisamment informées des risques auxquels elles étaient exposées et seulement la moitié avaient des connaissances suffisantes sur les risques encourus pour leur enfant. [7]

2.1. Complications maternelles

Le diabète gestationnel peut être à l'origine de complications maternelles touchant à la fois la grossesse, le per-partum et le post-partum. [6] En effet, durant la grossesse, il majore les risques d'hypertension artérielle et de pré-éclampsie, ainsi que celui d'infections urinaires.

En perpartum, en raison de complications fœtales telles que la macrosomie, il existe une augmentation du risque de césarienne, d'extraction instrumentale et même de déchirures périnéales. [3]

Enfin, d'autres complications s'expriment telles que le risque de développer un diabète de type 2 à plus ou moins long terme pour la mère.

2.2. Complications fœto-néonatales

Il existe un risque d'excès de liquide et d'hydramnios à l'origine d'une augmentation de la prématurité notamment due au risque de rupture prématurée des membranes. Les complications obstétricales décrites précédemment peuvent induire des lésions traumatiques chez l'enfant (lésion du plexus brachial par exemple).

L'hyperinsulinisme fœtal peut avoir plusieurs répercussions sur le nouveau-né : l'hypoglycémie, l'hypocalcémie, la détresse respiratoire par insuffisance de maturation du surfactant pulmonaire, la polyglobulie et l'hyperbilirubinémie en sont des exemples. Les nouveau-nés de mères diabétiques sont donc plus à risque de développer un ictère néonatal.

Enfin, à long terme, ces enfants peuvent développer une obésité et/ou un diabète.

3. La prise en charge [3]

Une prise en charge précoce, globale et pluridisciplinaire est essentielle. La clé d'une prise en charge réussie repose d'abord sur la motivation de la patiente.

À l'hôpital du Cluzeau de Limoges, une éducation thérapeutique ambulatoire au sein du service d'endocrinologie est proposée aux femmes enceintes touchées par un DG. Les patientes rencontrent différents professionnels de santé (IDE, diététicienne, médecin, éducatrice sportive) lors de l'ETP⁴.

Un entretien permet d'aborder leurs connaissances sur le diabète, la diététique et les équivalences caloriques ainsi que leurs habitudes alimentaires afin d'identifier un éventuel problème nutritionnel. Au cours de la matinée, la patiente reçoit également une information sur les objectifs glycémiques à atteindre et sur l'utilisation du lecteur de glycémie. Le CNGOF recommande de contrôler la glycémie 4 à 6 fois par jour : avant le repas et 2 heures après le début de celui-ci. [3] L'auto-surveillance glycémique permet de vérifier l'équilibre glycémique de la patiente et d'adapter la prise en charge.

Un relai thérapeutique par insuline peut être envisagé lorsque les objectifs glycémiques sont dépassés malgré une diététique contrôlée et une activité physique depuis 7 à 10 jours. Une insulinothérapie ne dispense pas d'un équilibre alimentaire.

La prise en charge du diabète gestationnel est certes diététique et endocrinologique mais aussi obstétricale. La surveillance de la grossesse ne présente pas de particularité si le diabète est équilibré sans complication. Dans le cas contraire, ou en présence de facteurs de risque surajoutés, des échographies surnuméraires, un suivi par une sage-femme à domicile ainsi qu'une échocardiographie fœtale peuvent aussi être mis en place. En cas de DG déséquilibré ou en présence de complications materno-fœtales, un déclenchement sera discuté « à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfice-risque materno-fœtale ». [3] Une césarienne peut être envisagée en cas de macrosomie fœtale.

Le diabète gestationnel, de par sa prise en charge et ses éventuelles complications, est anxiogène. En effet, les femmes ne se sentent pas « malades » et pourtant la plupart doivent totalement réorganiser leur quotidien. Cela peut représenter un réel changement dans leur vie et influencer les pensées, les représentations qu'elles ont du diabète gestationnel. Or, la compliance face à leur pathologie et à sa prise en charge dépend essentiellement des représentations sociales des patientes.

⁴ Education Thérapeutique Personnelle

4. Représentations sociales [8] [9]

Les représentations sociales ont été introduites en 1898 par Emile DURKHEIM⁵ sous le nom de « représentations collectives ». Les représentations sociales sont construites sur la base d'opinions, de croyances, d'expériences d'individus relatives à un objet.

À la fin du XXème siècle, le psychosociologue Jean-Claude ABRIC⁶ s'interroge sur la structure des représentations sociales. Selon lui, une représentation sociale s'organise autour d'un système central stable (le noyau central) déterminé par l'Histoire et la société. Il est l'élément fondamental de la représentation sociale. Autour de ce système central, il y a les éléments périphériques, plus instables, qui le protègent. Ceux-ci permettent à la représentation de s'adapter au contexte. Ils sont plus individuels et sont donc responsables d'une certaine hétérogénéité du groupe. Enfin, les représentations sociales comportent « la zone muette » ou noyau périphérique secondaire. GUIMELLI et DESCHAMPS la définissent comme un ensemble « de cognitions, qui, tout en étant disponibles, ne seraient pas exprimées par les sujets dans les conditions normales de production ». [10] Les sujets sélectionneraient les mots qu'ils évoquent pour être socialement acceptables.

La prise en charge de maladies chroniques, telles que le diabète, nécessite une éducation thérapeutique du patient. [9] Or cet apprentissage est fonction des représentations de l'individu sur la pathologie, en particulier le diabète gestationnel. Il nous semblait donc important d'avoir connaissance des représentations mentales des patientes atteintes de diabète gestationnel, afin de mieux les comprendre et les appréhender dans le but d'améliorer leur comportement face à leur maladie. Enfin, cela permettrait également d'améliorer les pratiques professionnelles.

L'objectif principal de l'étude était de connaître les représentations sociales des patientes atteintes de diabète gestationnel sur cette pathologie.

Dans un second temps, nous avons étudié l'influence des antécédents diabétiques personnels et/ou familiaux, du terme diagnostique du DG, et du niveau de connaissances sur ces représentations sociales.

⁵ Sociologue français, 1858 – 1917.

⁶ Professeur de psychologie sociale, 1941 – 2012.

Méthodologie

1. Type d'étude

C'est une étude prototypique et catégorielle de Vergès reposant sur la méthodologie des associations verbales.

2. Population

Notre population était constituée de femmes ayant présenté un diabète gestationnel, hospitalisées dans le service de suites de couches à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges sur la période de mars à octobre 2017. Lors de cette étude, les patientes pour lesquelles une barrière de la langue était présente, les patientes sous tutelle/curatelle ainsi que celles ayant un diabète antérieur à la grossesse ont été exclues. Au total, notre population d'étude se composait de 72 patientes.

3. Matériel et méthode : questionnaire

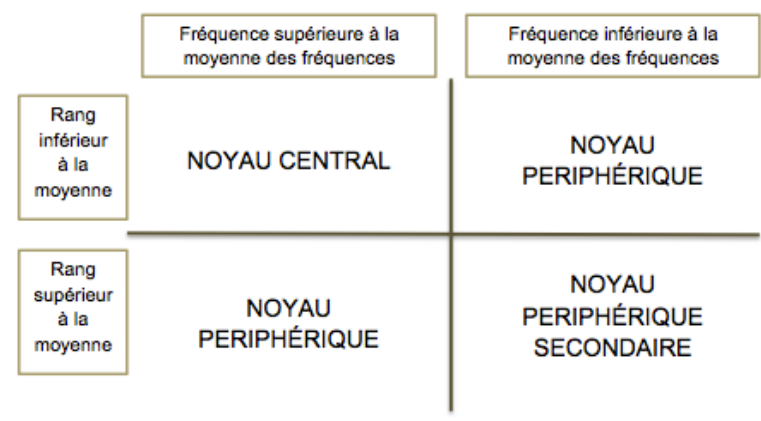
Nous avons utilisé un questionnaire d'évocation pour aborder les représentations sociales que les accouchées ont de leur pathologie. Nous leur avons demandé les dix premiers termes qui leur viennent spontanément à l'esprit en entendant les mots inducteurs « diabète gestationnel », puis de les classer par ordre d'importance de 1 à 10.

Par ailleurs, nous avons utilisé des variables pour caractériser la population : l'âge, l'ethnie, le niveau d'études, la parité et les éventuels antécédents diabétiques personnels ou familiaux. Nous nous sommes intéressés au terme diagnostic du diabète gestationnel et à la prise en charge dont la patiente a bénéficié pendant sa grossesse. Enfin nous avons évalué les connaissances des sujets sur leur pathologie et sur les complications materno-fœtales.

3.1. Analyse statistique [11] [12][13]

Les statistiques ont été réalisées avec le logiciel Sphinx® iQ version 6.3.1.4. Pour l'analyse des représentations sociales, nous avons utilisé l'analyse prototypique et catégorielle créée par Vergès.

Elle consiste à calculer la fréquence d'apparition d'un terme et son rang moyen d'apparition. Seuls les mots cités par au moins 10% des sujets ont été pris en compte. Ces données permettent de construire le carré de Vergès.



Carré de Vergès [12]

L'analyse catégorielle permet de regrouper, parmi les termes évoqués, ceux dont la sémantique est proche. Des groupes de mots sont alors créés et permettent d'affiner des représentations au sein de la population.

Nous avons utilisé le logiciel Excel® et la méthode des tableaux croisés dynamiques pour réaliser l'analyse statistique. Nous avons comparé les représentations sociales des patientes entre elles selon l'âge, l'ethnie, le niveau d'études, la parité et selon le niveau de connaissances. En effet, au sein du questionnaire une partie est dédiée à l'évaluation de leurs connaissances via des QCM. Nous avons ensuite décrit trois niveaux de connaissances selon la note obtenue : « insuffisant » (pour une note inférieure à 5/10), « moyen » (pour les notes allant de 5 à 7/10), « bon » (pour les notes supérieures à 7/10). Ensuite, nous avons comparé les moyennes grâce au test t de Student entre les groupes.

Le test du Chi 2 et le calcul du « p » ont permis de conclure ou non, à une différence significative des représentations sociales selon les différentes variables étudiées. Nous avons fixé le seuil de significativité du « p » à 0,05.

- $p < 0,05$: représentations sociales sont spécifiques à une population,
- $p > 0,05$: pas de différence statistiquement significative entre les représentations des deux populations,
- $p = 1$: représentations communes aux deux populations.

Présentation des résultats

1. Caractéristiques de la population

Au cours de l'étude, 107 questionnaires ont été distribués. Nous avons récupéré 72 questionnaires, soit 67,3% de l'effectif prévisionnel. Tous les questionnaires ont été exploités.

1.1. La parité

Parmi les 72 patientes interrogées, 44 femmes (61,11%), étaient des multipares. Les primipares représentent 28 patientes, soit 38,89% de l'effectif.

1.2. L'âge

Parmi les 72 patientes interrogées, 19 d'entre elles avaient plus de 35 ans (26,4%). Les femmes âgées de moins de 35 ans étaient au nombre de 53 soit 73,6% de l'effectif.

La moyenne d'âge des patientes interrogées est de 31,6 ans :

- 29,5 ans pour les primipares (21 ans étant l'âge minimum et 41 ans le maximum),
- 33 ans pour les multipares (20 ans étant l'âge minimum, et 43 le maximum).

1.3. L'origine ethnique

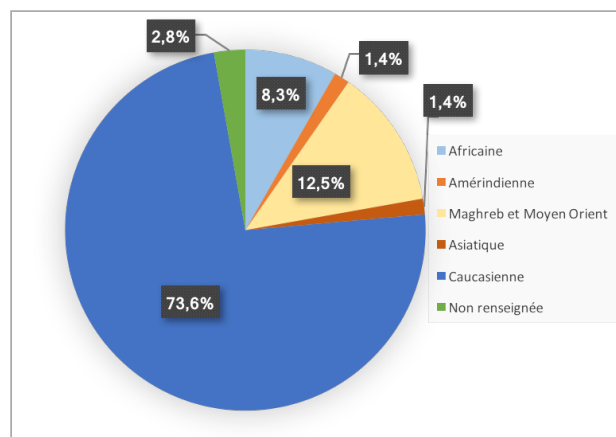


Figure 1 : Origine ethnique exprimée en pourcentage (N=72)

Les ethnies les plus représentées sont les suivantes :

- 73,6 % des femmes interrogées sont caucasiennes,
- 12,5 % sont originaires d'un pays arabe,
- 8,3 % sont africaines,
- Les autres ethnies, amérindienne et asiatique, sont minoritaires.

1.4. Le niveau d'étude

Parmi l'ensemble de la population étudiée :

- 66,7 % de la population détiennent le baccalauréat, dont 43,1 % ont suivi un enseignement supérieur par la suite,
- 20,8 % ont un BEP/CAP,
- 5,6 % ont arrêté leur scolarité après le secondaire,
- 2,8 % ont uniquement été à l'école primaire,
- 4,2 % n'ont pas été scolarisées.

Parmi la population interrogée, 12 patientes c'est-à-dire 16,7%, exercent une profession médicale.

1.5. Recherche d'informations sur le diabète gestationnel

58,3 % des patientes se sont renseignées sur leur pathologie avant la matinée d'éducation thérapeutique personnelle que ce soit par internet, des forums ou bien-même des supports papier (magazine, prospectus, ...).

1.6. L'existence d'antécédents diabétiques

1.6.1. Antécédents personnels de diabète gestationnel

Parmi la population de multipares, 15 d'entre elles avaient au moins un antécédent de diabète gestationnel, soit 34,1 %.

1.6.2. Antécédents diabétiques familiaux

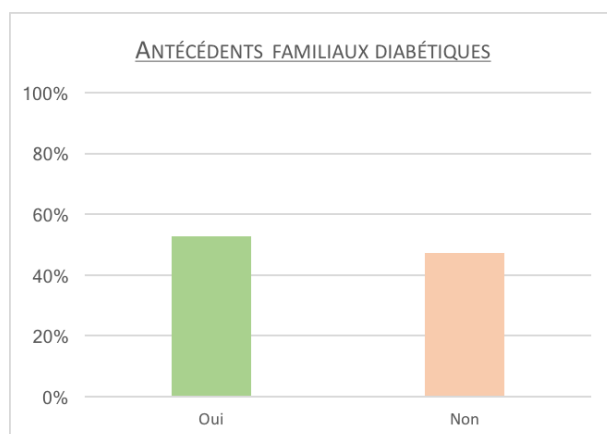


Figure 2 : Antécédents familiaux de diabète exprimés en pourcentage (N=72)

52,8 % des patientes interrogées avaient des antécédents familiaux de diabète gestationnel et/ou de diabète de type I ou II, soit 38 femmes sur les 72 interrogées.

1.7. Le terme de diagnostic du DG

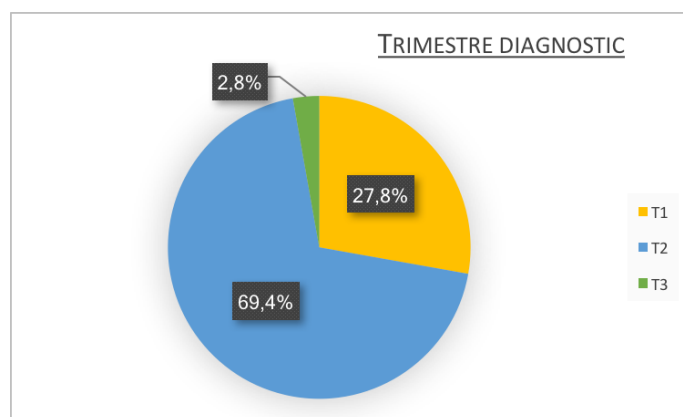


Figure 3 : Trimestre du diagnostic du DG exprimé en pourcentage (N=72)

69,4% des patientes ont été diagnostiquées au deuxième trimestre, soit 50 femmes.

Le diagnostic du premier trimestre concernait 27,8% des patientes interrogées, soit 20 femmes. Seulement 2 des femmes interrogées ont été diagnostiquées au dernier trimestre de la grossesse (2,8 %).

1.8. Le type de prise en charge

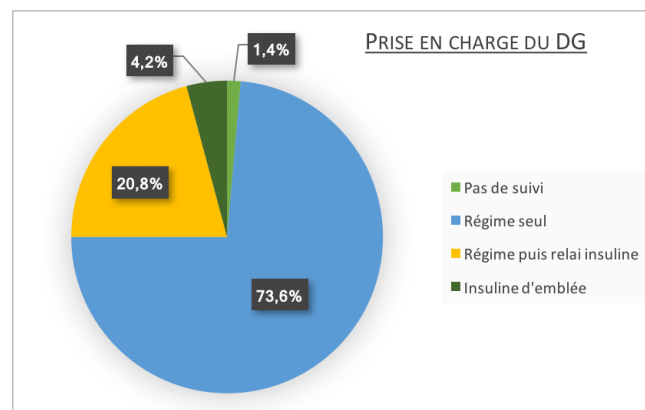


Figure 4 : Type de prise en charge du diabète gestationnel exprimé en pourcentage (N=72)

73,6% des patientes ont suivi un régime seul : à savoir 53 d'entre elles. Concernant la place de l'insuline dans la prise en charge du DG :

- 20,8% ont bénéficié d'un relai suite au régime diététique, ce qui représente 15 patientes,
- 3 des femmes interrogées (4,2%) ont eu ce traitement d'emblée,
- Enfin 1,4% (1 patiente) n'a pas eu de suivi pour son DG.

2. Connaissances de la population sur le diabète gestationnel

Tout d'abord, une question ouverte concernant les objectifs glycémiques en pré et post-prandial a été posée aux patientes : les patientes ayant correctement répondu aux deux items ont reçu la note de 2 points. Une seule bonne réponse équivalait à 1 point, et aucune à 0 point.

Puis, huit questions sur la prise en charge et les complications du diabète ont été posées. Les patientes avaient alors pour chaque question le choix parmi quatre propositions. Chaque bonne réponse donnée équivalait à 0,25 point, ce qui a donné une note maximale totale de 8 points.

2.1. Les normes glycémiques

Toutes les patientes interrogées ont répondu. Les réponses attendues étaient « 0,95 g/L en pré-prandial » et « 1,20 g/L en post-prandial ».

Un point était donné pour chaque bonne réponse, donc la note maximale pouvant être obtenue est de deux points.

La note moyenne était de 1,34 / 2 points. Les résultats sont :

- 50 % des patientes ont correctement répondu et ont eu deux points,
- 34,7 % ont obtenu un seul point sur les deux,
- 15,3 % n'ont obtenu aucun point.

2.2. Les types de prise en charge du DG

Toutes les patientes ont répondu.

Les réponses vraies attendues étaient : « un régime est mis en place dans tous les cas » et « un relai par insuline est possible ». La note moyenne est de 0,91 point / 1 point, en sachant que l'ensemble des notes va de 0,25 à 1 / 1 point.

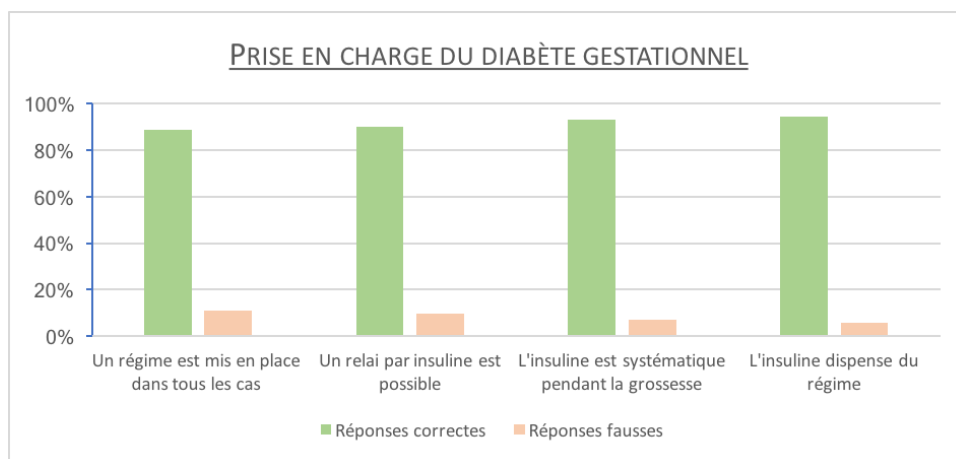


Figure 5 : Prise en charge possible d'un DG (N=72)

2.3. L'équilibre alimentaire

Toutes les patientes ont répondu. Les réponses justes attendues étaient : « consommer des légumes tous les jours », « consommer des sucres lents à chaque repas » et « un écart par semaine » à l'équilibre alimentaire.

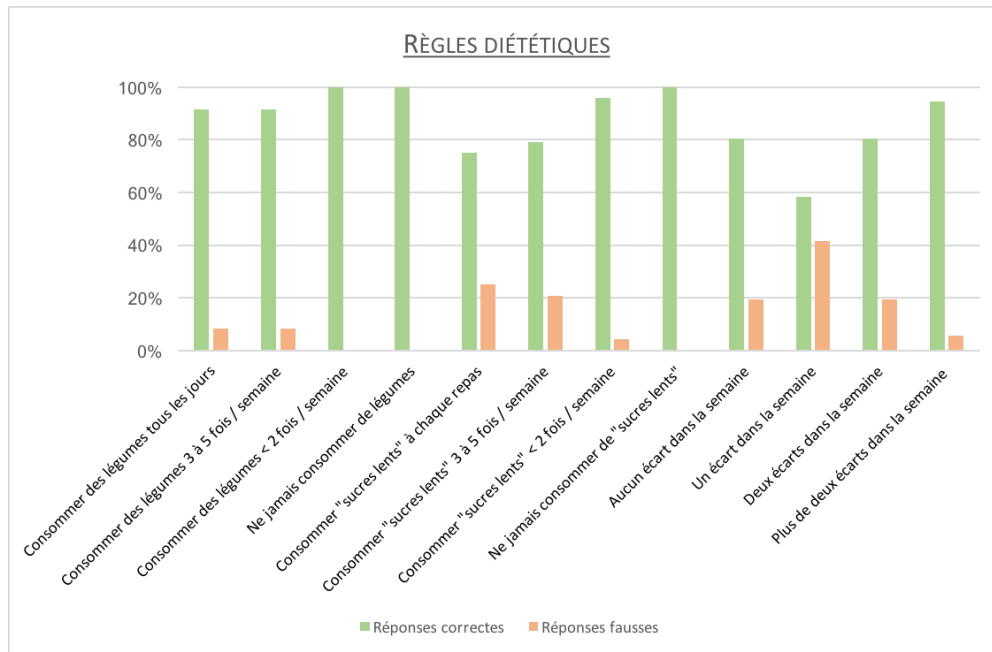


Figure 6 : Équilibre alimentaire à adopter dans le cadre du DG (N=72)

Toutes les patientes interrogées ont répondu correctement à trois items :

- La consommation des légumes : « moins de deux fois par semaine » et « jamais »,
- La consommation des sucres lents : « ne jamais consommer de sucres lents ».

Le plus mauvais taux de réponse concerne la possibilité de faire un écart à l'alimentation équilibrée par semaine.

La note moyenne obtenue pour :

- La consommation de légumes est de 0,96 point / 1 point, les notes variant de 0,5 à 1 / 1 point.
- La consommation de « sucres lents » de 0,88 point / 1 point, les notes variant de 0,5 à 1 / 1 point.
- Les éventuels écarts à l'équilibre alimentaire de 0,78 point / 1 point, les notes variant de 0 à 1 / 1 point.

2.4. L'activité physique

La réponse vraie attendue est « pratiquer une activité physique 3 fois par semaine ». Toutes les patientes ont correctement répondu à deux des quatre propositions :

- « Ne jamais pratiquer une activité physique »
- « Pratiquer une activité physique moins d'une fois par semaine ».

Pour les deux autres propositions seulement 60% des patientes ont répondu correctement.

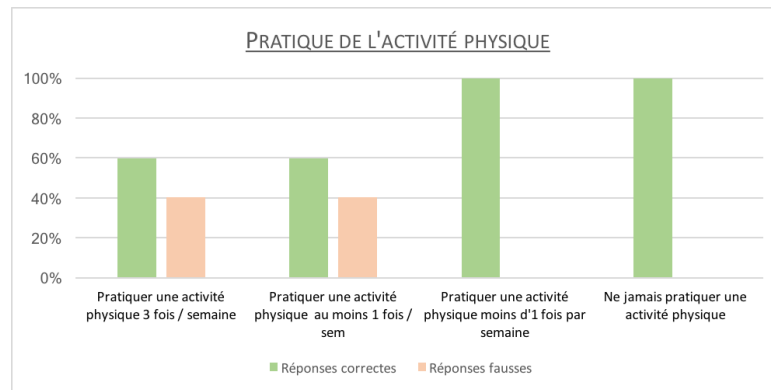


Figure 7 : La pratique d'une activité physique dans le cadre du DG (N=72)

La note moyenne obtenue est de 0,80 point / 1 point, en sachant les notes varient de 0,5 à 1 / 1 point.

2.5. Les glycémies capillaires

Toutes les patientes ont répondu à cette question. Les réponses correctes possibles sont « 6 fois par jour ou plus » et « 4 à 6 fois par jour ».

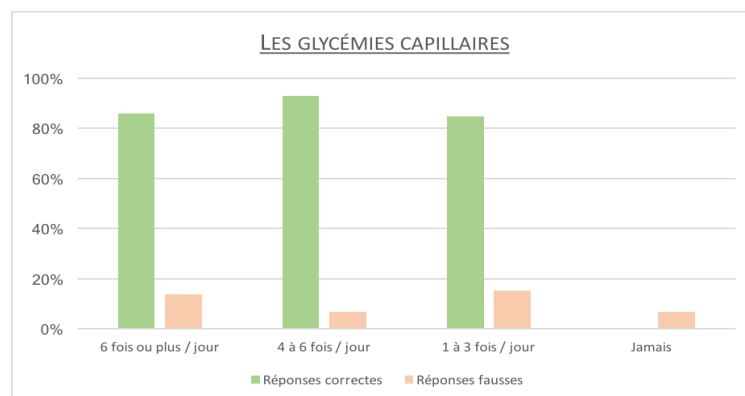


Figure 8 : La réalisation des glycémies capillaires (N=72)

La note moyenne obtenue est de 0,87 point / 1 point, en sachant que l'ensemble des notes s'étend de 0 à 1 / 1 point.

2.6. Les complications maternelles du DG

Toutes les patientes ont répondu à cette question. Les réponses vraies attendues étaient « augmentation du risque d'extraction instrumentale », « augmentation du risque de césarienne » et « augmentation du risque de développer un DT2 ». Cette dernière est celle ayant obtenue le plus grand nombre de bonnes réponses ; à savoir 88,9%. L'augmentation du recours aux instruments est majoritairement inconnue par les patientes : 73,6% des réponses sont incorrectes.

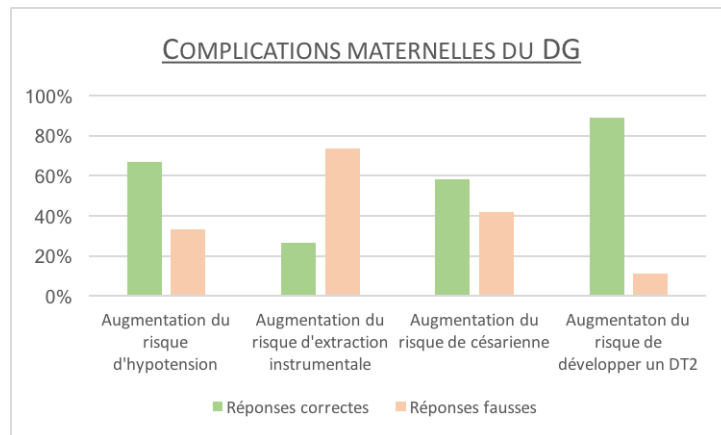


Figure 9 : Les complications maternelles du DG (N=72)

L'ensemble des notes va de 0 à 1 / 1 point. La note moyenne obtenue est de 0,6 point / 1 point.

2.7. Les complications fœtales du DG

Toutes les patientes ont répondu à cette question.

Les réponses justes attendues étaient « augmentation du risque de macrosomie » et « augmentation du risque de détresse respiratoire ». Seulement 77,8% des femmes ne connaissent pas le risque de détresse respiratoire, et 55,6% n'ont pas connaissance du risque d'hypoglycémies néonatales.

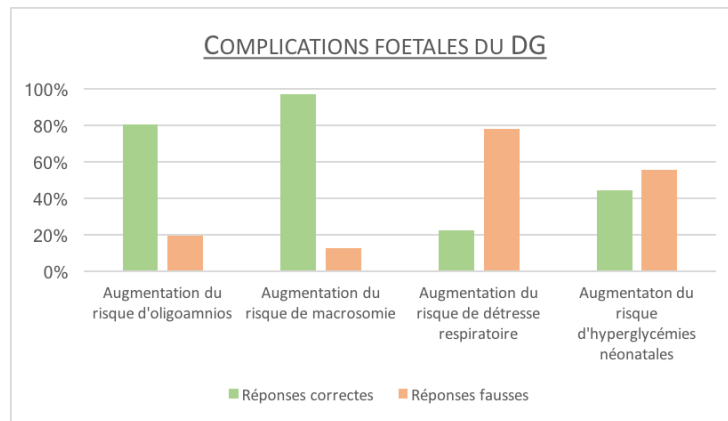


Figure 10 : Les complications fœtales du DG (N=72)

L'ensemble des notes vont de 0 à 1 / 1 point. La note moyenne obtenue est de 0,6 point / 1 point.

2.8. Conclusion sur les connaissances des patientes

Nous avons décrit trois niveaux de connaissances selon la note totale obtenue par la patiente aux questions précédentes. À savoir :

- Une note inférieure à 5 / 10 points indique un niveau de connaissances « insuffisant »,
- Une note allant de 5 à 7 / 10 points, un niveau « moyen »,
- Une note supérieure à 7 / 10 points correspond à un « bon » niveau de connaissances.

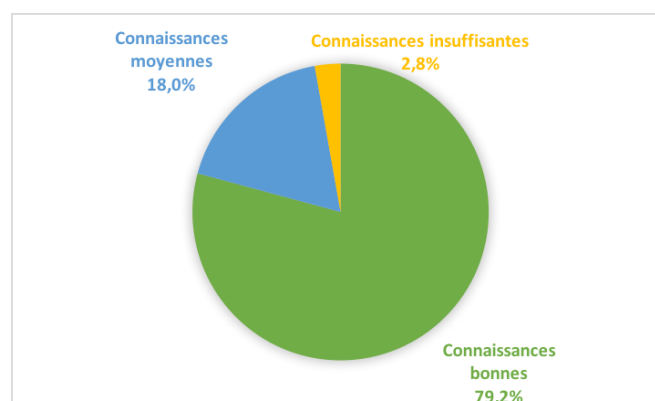


Figure 11 : Niveaux de connaissances des patientes (N=72)

La note moyenne obtenue par les patientes est de 7,8 points / 10 points. Les patientes ont donc, en moyenne, de « bonnes » connaissances sur le diabète gestationnel.

3. Satisfaction des patientes

3.1. Le suivi de l'hôpital du Cluzeau

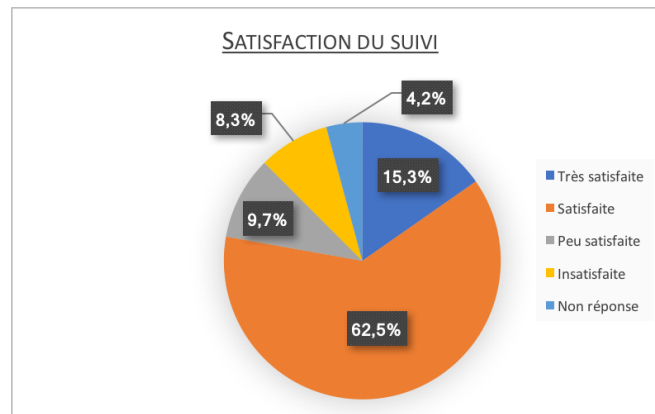


Figure 12 : Niveau de satisfaction des patientes au sujet du suivi (N=72)

69 patientes sur les 72 interrogées se sont exprimées (4,2 % de non réponse). Dans notre population :

- 62,5 % sont « satisfaites », soit 42 patientes,
- 15,3 % « très satisfaites », ce qui représente 11 patientes sur l'effectif total de l'étude,
- 9,7 % disent être « peu satisfaites »,
- 8,3 %, soit 6 patientes, expriment être insatisfaites.

3.2. Le vécu de l'alimentation

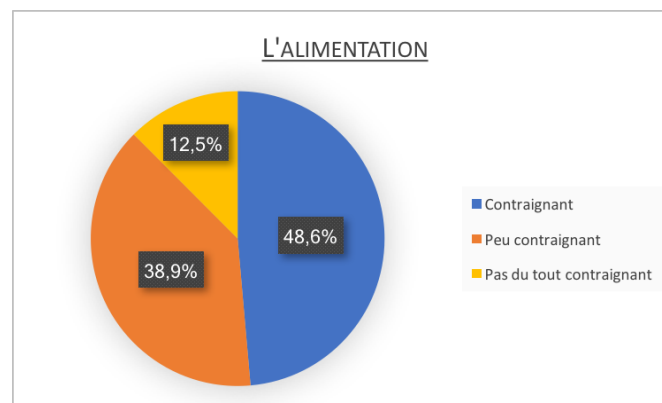


Figure 13 : Vécu des recommandations alimentaires (N=72)

Toutes les patientes ont répondu. Le vécu a été jugé :

- Contraignant par la majorité des patientes soit 35 d'entre elles (48,6 %),
- Peu contraignant par 38,9 % de l'effectif soit 28 patientes,
- Pas du tout contraignant par 9 patientes soit 12,5 %.

3.3. Le vécu des glycémies capillaires

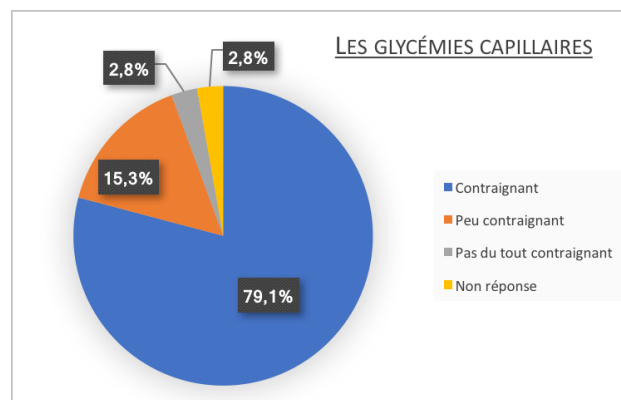


Figure 14 : Vécu des glycémies capillaires des patientes (N=72)

Deux patientes n'ont pas répondu ce qui représente 2,8% de la population. L'effectif est donc de 70 patientes. Le vécu des glycémies capillaires a été jugé :

- Contraignant par 79,1%, ce qui représente 57 des patientes,
- Peu contraignant par 11 patientes (15,3 % de l'effectif),
- Pas du tout contraignant par 2,8%, soit 2 des patientes interrogées.

3.4. La prise en charge de la part des professionnels

Toutes les patientes interrogées ont répondu.

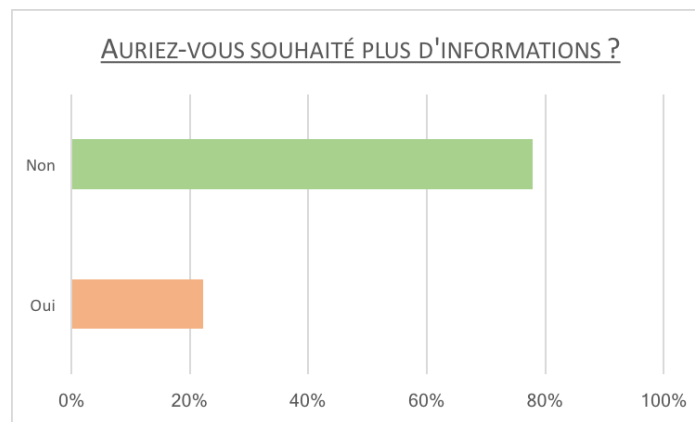


Figure 15 : Renseignements supplémentaires sur le diabète gestationnel (N=72)

Seulement 22,2%, auraient souhaité plus d'informations de la part des professionnels de santé sur leur pathologie soit 16 patientes.

Parmi les patientes qui auraient souhaité plus d'informations, 25% ont été inquiètes pour leur bébé. En effet, on note l'emploi de mots tels que « risques » (écrit par 3 patientes) et « danger » (par 2 patientes).

Enfin, apparaît la notion d'équilibre alimentaire. Dans les remarques quatre femmes évoquent l'envie d'avoir plus d'informations sur la diététique : idées recettes, conduite à tenir dans le post-partum, etc... Enfin trois d'entre elles déclarent qu'un meilleur accompagnement de la part de l'hôpital du Cluzeau aurait permis un meilleur vécu de la situation, voire même un suivi plus sérieux.

Six patientes ont mentionné leur refus d'avoir plus d'informations. Parmi ces patientes, la moitié expriment l'anxiété due au suivi strict du DG. Un tiers de ces patientes expriment leur souhait d'une prise en charge différente selon qu'il y ait un « petit diabète » ou « diabète léger » en opposition aux « diabètes lourds ». Enfin une patiente a noté un « manque d'écoute » de la part des professionnels.

4. Les représentations sociales du diabète gestationnel

4.1. La population générale

Toutes les patientes ont répondu à la question sur les associations verbales : l'effectif est donc de 72 patientes. Seuls les mots cités par 10% de la population étant pris en compte, nous avons donc pris en considération ceux cités 8 fois et plus. Dans la population étudiée, nous avons 144 mots différents. La moyenne des associations (moyenne des fréquences) est de 20,55 et la moyenne des rangs est de 4,01.

Les résultats sont présentés selon la méthodologie de Vergès :

	<u>Fréquence supérieure à 20,55</u>	<u>Fréquence inférieure à 20,55</u>
<u>Rang moyen inférieur à 4,01</u>	Régime (56 ; 3,28) Sucre (32 ; 3,09)	Risques pour bébé (10 ; 2,6) Grossesse (9 ; 2,22)
<u>Rang moyen supérieur à 4,01</u>	Insuline (28 ; 5,82) Contraintes (22 ; 4,27)	Macrosomie (19 ; 4,68) Glycémie (12 ; 4,58) Surveillance (9 ; 4,66)

Le noyau central des représentations de la population générale est composé de deux mots : « **régime** » et « **sucré** ».

4.2. Selon l'âge des patientes

Nous avons choisi de prendre 35 ans comme valeur seuil en référence aux recommandations. Puis nous avons réparti les patientes en deux classes : celles ayant un âge inférieur à 35 ans, et celles dont l'âge est égal ou supérieur à 35 ans.

4.2.1. La population des patientes âgées de moins de 35 ans

La population des patientes âgées de moins de 35 ans se compose de 54 femmes. Nous avons retrouvé 132 mots différents. La moyenne des associations est de 16,09 et la moyenne des rangs est de 4,37.

Le noyau central des représentations des femmes âgées de moins de 35 ans est composé des mots « **régime** », « **sucré** » et « **contraintes** ».

4.2.2. La population des patientes âgées de plus de 35 ans

La population des patientes âgées de plus de 35 ans comporte 18 femmes. Nous avons retrouvé 72 mots différents. La moyenne des associations est de 4,06 et la moyenne des rangs est de 4,21.

Le noyau central des représentations des femmes âgées de plus de 35 ans est composé des mots « **régime** », « **risques pour bébé** » et « **contraintes** ».

4.2.3. Comparaison selon l'âge des patientes

Les représentations des patientes sont composées de 20 mots. Parmi ces mots, aucun mot n'est commun aux deux populations.

Le seul mot spécifique à la population des femmes âgées de moins de 35 ans est « **sucré** » [$p = 0,006$; $\chi^2 = 7,5$].

Concernant la population des femmes âgées de plus de 35 ans, plusieurs mots spécifiques ont été retrouvés : « **risques pour bébé** » [$p = 0,006$; $\chi^2 = 7,59$], « **peur** » [$p = 0,02$; $\chi^2 = 5,65$], « **pas de sucres** » [$p = 0,002$; $\chi^2 = 9,39$] et « **découverte** » [$p = 0,013$; $\chi^2 = 6,17$].

4.3. Selon la parité

4.3.1. Les primipares

La population se compose de 28 femmes. Nous avons retrouvé 95 mots différents. La moyenne des associations est de 7,27 et la moyenne des rangs est de 3,81. Le noyau central des représentations des patientes primipares est composé des mots : « **régime** » et « **sucré** ».

4.3.2. Les multipares

La population des multipares comporte 44 femmes. Les deuxièmes parés représentent 52,3% soit 23 patientes. Nous avons retrouvé 79 mots différents. La moyenne des associations est de 5,79 et la moyenne des rangs est de 4,49. Le noyau central de leurs représentations sociales est composé de : « **régime** », « **sucré** » et « **contraintes** ».

Les plus grandes multipares (parité supérieure ou égale à 3) représentent 47,7% de la population des multipares soit 21 femmes. Dans l'étude de leurs représentations sociales, 71 mots différents ont été retrouvés. La moyenne des associations est de 5,36 et la moyenne des rangs est de 4,28. Le noyau central des représentations sociales est composé de : « **régime** », « **insuline** » et « **sucré** ».

4.3.3. Comparaison selon la parité des patientes

Les représentations des patientes sont composées de 24 mots. Parmi ces mots, deux mots sont communs aux trois populations : « **régime** » et « **dextro** » ($p \approx 1$).

Cependant, aucun mot spécifique n'a été retrouvé pour les trois populations.

4.4. Selon le niveau d'étude des patientes

Nous avons choisi de répartir notre population en deux sous-groupes en raison des effectifs. Le premier est composé des patientes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (non scolarisée, primaire, secondaire, BEP/CAP) et le deuxième regroupe donc baccalauréat et études supérieures.

4.4.1. Patientes ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat

La population se compose de 24 patientes. Nous avons retrouvé 70 mots différents. La moyenne des associations est de 5,8 et la moyenne des rangs est de 4,27. Le noyau central des représentations des patientes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat est composé des mots « **régime** » et « **sucré** ».

4.4.2. Patientes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat

La population se compose de 48 patientes. Nous avons retrouvé 140 mots différents. La moyenne des associations est de 10,8 et la moyenne des rangs est de 4,24. Le noyau central des représentations des patientes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat est composé des mots « **régime** » et « **sucré** ».

4.4.3. Comparaison selon le niveau d'études des patientes

Les représentations sociales des patientes sont composées de 21 mots. Parmi ces mots, deux sont communs aux deux populations étudiées ($p = 1$) : « **surveillance** » et « **maladie** ».

Plusieurs mots sont spécifiques à la population des femmes dont le niveau d'études est supérieur au baccalauréat : « **insuline** » [$p = 0,002$; $\chi^2 = 9,35$], « **contraintes** » [$p = 0,02$; $\chi^2 = 5,53$] et « **dextro** » [$p = 0,04$; $\chi^2 = 4,18$].

Le seul mot spécifique à la population des patientes dont le niveau d'étude est inférieur au baccalauréat est « **fatigue** » [$p = 0,02$; $\chi^2 = 5,26$].

4.5. Selon l'existence d'antécédents personnels de DG

4.5.1. Patientes ayant des antécédents personnels de diabète gestationnel

La population comporte 15 patientes. Nous avons retrouvé 48 mots différents. La moyenne des associations est de 3,79 et la moyenne des rangs est de 4,54. Le noyau central des représentations des femmes qui ont des antécédents personnels de diabète gestationnel est composé du mot « **régime** ».

4.5.2. Patientes n'ayant pas d'antécédents personnels de diabète gestationnel

La population se compose de 57 patientes. Nous avons retrouvé 122 mots différents. La moyenne des associations est de 6,96 et la moyenne des rangs est de 4,27.

Le noyau central des représentations des femmes n'ayant pas d'antécédents personnels de diabète gestationnel est composé des mots « **régime** » et « **sucre** ».

4.5.3. Comparaison selon l'existence d'antécédents personnels de DG

Les représentations sociales des patientes sont composées de 22 mots. Parmi ces mots, aucun n'a été retrouvé commun aux deux populations.

Lors d'antécédents de diabète gestationnel, les mots spécifiques retrouvés sont :

- « **Contraintes** » [$p = 0,03$; $\chi^2 = 4,63$],
- « **Inquiétude** » [$p = 0,006$; $\chi^2 = 7,53$],
- « **Césarienne** » [$p = 0,03$; $\chi^2 = 5$],
- « **Prendre conscience pour bébé** » [$p = 0,005$; $\chi^2 = 7,81$],
- « **Traitement** » [$p = 0,005$; $\chi^2 = 7,81$].

Il existe une tendance [$p = 0,05$; $\chi^2 = 3,99$] pour le mot « **danger** » en faveur de la population de femmes qui présentent un/des antécédent(s) de DG.

La population des femmes qui n'a pas d'antécédent personnel de diabète gestationnel ne possède pas de mot spécifique.

4.6. Selon l'existence ou non d'antécédents familiaux de diabète

4.6.1. Patientes ayant des antécédents familiaux de diabète

La population se compose de 38 patientes. Nous avons retrouvé 110 mots différents. La moyenne des associations est de 9 et la moyenne des rangs est de 4,23.

Le noyau central des représentations sociales des patientes qui ont un ou plusieurs antécédents diabétiques dans leur entourage est composé de « **régime** », « **sucre** », et « **contraintes** ».

4.6.2. Patientes n'ayant pas d'antécédents familiaux de diabète

La population comporte 34 patientes. Nous avons retrouvé 108 mots différents. La moyenne des associations est de 9,31 et la moyenne des rangs est de 4,14.

Le noyau central des représentations sociales des patientes qui n'ont pas d'antécédent familial de diabète est composé de : « **régime** » et « **sucre** ».

4.6.3. Comparaison selon l'existence ou non d'antécédents familiaux de diabète

Aucun mot spécifique à l'une ou l'autre des deux populations n'a été retrouvé. Nous avons une tendance [$p = 0,85$] pour le mot « **macrosomie** », mais aucun mot commun n'a été identifié pour les deux populations.

4.7. Selon le terme du diagnostic du DG

S'intéresser au terme auquel a été diagnostiqué le diabète gestationnel nous a permis d'étudier l'influence du temps d'exposition à la pathologie sur les représentations sociales.

4.7.1. Diagnostic au premier trimestre

La population se compose de 20 femmes. Nous avons retrouvé 58 mots différents. La moyenne des associations est de 6,75 et la moyenne des rangs est de 4,75. Le noyau central des représentations des patientes dont le diagnostic a été posé au premier trimestre est composé des mots « **régime** », « **contraintes** » et « **sucre** ».

4.7.2. Diagnostic au deuxième ou au troisième trimestre

La population comporte 52 patientes. Nous avons retrouvé 113 mots différents. La moyenne des associations est de 12,69 et la moyenne des rangs est de 4,03. Le noyau central des représentations est composé des mots « **régime** » et « **sucre** ».

4.7.3. Comparaison selon le terme du diagnostic du diabète gestationnel

Les représentations sociales des patientes sont composées de 12 mots. Parmi ces mots, aucun n'a été retrouvé commun aux deux populations.

La population des patientes dont le diagnostic a été posé au premier trimestre de leur grossesse possède deux mots spécifiques :

- « **Macrosomie** » [$p = 0,005$; $\chi^2 = 7,95$],
- « **Fatigue** » [$p = 0,007$; $\chi^2 = 7,3$].

Lorsque le diagnostic est posé au deuxième ou au troisième trimestre, un seul mot spécifique a été retrouvé : « **insuline** » [$p = 0,023$; $\chi^2 = 5,19$].

4.8. Selon le type de prise en charge du DG

Parmi les 72 patientes, seule une patiente déclare ne pas avoir fait suivre son diabète gestationnel. Parmi le reste de la population, 53 femmes ont bénéficié d'un régime diabétique seul et 18 ont eu une insulinothérapie d'emblée ou en relai du régime alimentaire.

4.8.1. Prise en charge avec un régime seul

La population se compose de 53 patientes. Nous avons retrouvé 147 mots différents. La moyenne des associations est de 14,55 et la moyenne des rangs est de 3,77.

Le noyau central des représentations des patientes qui ont bénéficié d'un régime seul est composé des mots « **régime** » et « **sucre** ».

4.8.2. Prise en charge par l'insuline

La population comporte 18 patientes. Nous avons retrouvé 59 mots différents. La moyenne des associations est de 4,13 et la moyenne des rangs est de 4,58.

Le noyau central des représentations des patientes ayant bénéficié d'une insulinothérapie est composé des mots « **régime** », « **sucre** » et « **maladie** ».

4.8.3. Comparaison selon le type de prise en charge

Les représentations sociales des patientes sont composées de 22 mots. Aucun n'est retrouvé commun aux deux populations.

Deux mots sont spécifiques à la population ayant bénéficié d'un régime diabétique seul :

- « **Insuline** » [$p = 0,03$; $\chi^2 = 4,74$],
- « **Contraintes** » [$p = 0,009$; $\chi^2 = 6,81$].

Concernant la population des patientes ayant eu une insulinothérapie d'emblée ou en relai du régime alimentaire, trois mots spécifiques ont été retrouvés :

- « **Maladie** » [$p = 0,026$; $\chi^2 = 4,97$],
- « **Danger** » [$p = 0,0024$; $\chi^2 = 9,22$],
- « **Prendre conscience pour bébé** » [$p = 0,014$; $\chi^2 = 6,06$].

4.9. Selon le niveau de connaissances

4.9.1. « Mauvais » niveau de connaissances sur le DG

Seulement deux patientes ont un « mauvais » niveau de connaissances, c'est-à-dire une note inférieure à 5 sur 10 points. Cet effectif est trop faible pour étudier leurs représentations sociales.

4.9.2. Niveau de connaissances « moyen » sur le DG

13 patientes ont un niveau de connaissances « moyen », c'est-à-dire une note entre 5 et 7 points sur 10. On retrouve 57 mots différents dans l'étude de leur représentation sociale. La moyenne des associations est de 3,73 et la moyenne des rangs est de 4,54.

Le noyau central des représentations sociales des patientes ayant un niveau de connaissances « moyen » est composé des mots « **régime** » et « **sucre** ».

4.9.3. « Bon » niveau de connaissances sur le DG

57 patientes ont un « bon » niveau de connaissances, soit une note supérieure à 7 points sur 10. On retrouve 140 mots différents. La moyenne des associations est de 14,27 et la moyenne des rangs est de 4,08.

Le noyau central des représentations sociales des patientes dont le niveau de connaissances est « moyen » est composé des mots « **régime** » et « **sucre** ».

4.9.4. Comparaison selon le niveau de connaissances

Les représentations sociales des patientes sont composées de 18 mots. Aucun mot n'est retrouvé commun aux deux populations. Aucun mot n'est spécifique à la population des femmes ayant un « bon » niveau de connaissances.

La population des femmes dont le niveau de connaissances est « moyen » possède trois mots spécifiques :

- « **Bébé** » [$p = 0,0002$; $\chi^2 = 13,74$],
- « **Restrictions** » [$p = 0,013$; $\chi^2 = 6,11$],
- « **Traitement** » [$p = 0,0027$; $\chi^2 = 0,03$].

Analyse des résultats

1. Présentation de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

Cette étude fait un état des lieux des représentations sociales des femmes enceintes atteintes d'un diabète gestationnel à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges en 2017.

Elle peut intéresser les professionnels de santé en leur exposant le ressenti, le vécu de ces femmes qu'ils suivent tout au long de la grossesse et ainsi améliorer leur prise en charge et leur accompagnement.

La technique des associations verbales et le champ réservé aux éventuelles remarques des patientes ont favorisé une liberté d'expression des femmes. De plus, tous les questionnaires récupérés ont été exploitables. Cela témoigne de l'intérêt des patientes pour l'étude.

1.2. Limites de l'étude [14]

Notre étude a probablement manqué de puissance. En effet, notre population se compose de 72 patientes et ne nous permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des patientes de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, ni à l'ensemble des femmes enceintes concernées par le diabète gestationnel. Il existe donc un biais de sélection.

Il existe également un biais de conformisme social. Il s'agit de l'influence sociale qui mène un individu à aligner ses propres perceptions ou conduites sur celle d'un autre individu ou d'un groupe dans une situation donnée.

Enfin, malgré l'aide apportée par les étudiants sages-femmes, des difficultés ont été rencontrées dans la distribution et la récupération des questionnaires notamment avec 32,7% de perte de vue.

2. Analyse et discussion

2.1. Les caractéristiques de notre population [3] [14]

Notre population se compose majoritairement de multipares et de patientes âgées de moins de 35 ans. L'âge moyen est de 31,6 ans. Le niveau d'étude de la population générale est plutôt élevé car près de la moitié a poursuivi des études supérieures. Seulement 12 femmes de notre population exercent une profession médicale, c'est pourquoi nous n'avons pas étudié les représentations sociales de cette population.

La majorité des patientes de notre population s'est renseignée préalablement à leur rendez-vous à l'hôpital du Cluzeau. Nous pouvons assimiler cette attitude à de la curiosité, de l'intérêt de la part des patientes vis-à-vis de leur pathologie. Cependant, il faut également prendre en compte le délai de prise en charge au sein de l'hôpital du Cluzeau du fait de l'augmentation du nombre de patientes et donc le besoin pour ces femmes d'obtenir plus rapidement des informations sur le diabète gestationnel.

Le CNGOF décrit l'existence d'antécédents familiaux et/ou personnels comme facteurs de risque de survenue d'un diabète gestationnel. Nos résultats vont dans ce sens, dans notre population d'étude, une majorité des patientes interrogées a des antécédents familiaux de diabètes (diabète de type I, de type II, diabète gestationnel). Et un tiers des multipares possède un ou plusieurs antécédents personnels de diabète gestationnel.

Le diagnostic de diabète gestationnel a été posé majoritairement au deuxième trimestre de la grossesse avec l'HGPO.

Le régime alimentaire seul est le mode de prise en charge le plus représenté dans notre étude. En effet, d'après le CNGOF, « la prise en charge diététique est la pierre angulaire du traitement du DG ». De plus, Florence COMBRE mentionne dans son mémoire de fin d'étude de sages-femmes que jusqu'à « 90 % des patientes ayant un diabète gestationnel sont traitées uniquement par règles hygiéno-diététiques ».

2.2. Les représentations sociales du DG

Les représentations sociales sont des constructions mentales déterminées par le contexte social et environnemental. Elles représentent les valeurs, le fonctionnement d'un individu dans une culture, un contexte donné. Elles permettent aux individus de donner du sens à une situation et orientent les rapports sociaux de ces individus dans un groupe.

L'étude a été réalisée en suites de couches auprès d'une population de femmes touchées par le diabète gestationnel et dont la surveillance des glycémies avait toujours lieu ou était arrêtée depuis peu. Cependant, aucune des femmes n'avaient de traitement insulinique car même s'il était présent pendant la grossesse, il a nécessairement été arrêté lors de l'accouchement. Ces circonstances ont pu influencer en partie les représentations sociales des patientes.

Le noyau central des représentations sociales de la population générale est composé de deux mots : « **régime** » et « **sucre** ».

En premier lieu, les patientes interrogées évoquent le terme « **régime** » lorsqu'elles pensent au diabète gestationnel. Il s'agit donc du mot le plus représenté ; par trois quarts d'entre elles. L'analyse des termes évoqués par les patientes lors du questionnaire d'évocation rend compte d'un champ lexical du mot « **régime** » riche. Tout d'abord la notion d'alimentation, est valorisée à travers de nombreux groupes nominaux comme « **redécouvrir certains goûts** », « **légumes** », « **féculents** » et « **collation** ». Ils viennent renforcer l'idée que le diabète s'accompagne de règles diététiques. Il représente également la notion de contrainte qui sera développée plus tard.

Il faut également noter un biais de suggestion. En effet, dans le questionnaire le terme « **régime** » fait partie de l'intitulé de plusieurs questions ce qui a pu orienter les réponses.

Le mot « **sucre** » compose également le noyau central des représentations sociales, il est le deuxième mot le plus cité dans la population générale (près d'une femme sur deux).

Selon, par le Haut Comité de la Santé Publique, « le diabète non insulino-dépendant reste bien souvent perçu comme lié à l'abus de sucre, héritant ainsi de l'ensemble de ces réflexions moralisantes. » [15] Nous avons effectivement retrouvé de nombreuses expressions s'y référant, comme « **plus de sucre** », « **taux de sucre** », « **pas de sucres** » et « **moins de sucre** ». On voit également l'idée du « **test au sucre** » que les patientes ont eu lors du dépistage du DG.

Toutes ces notions alliées à sa fréquence d'apparition du mot « **sucre** » dans notre population montrent son omniprésence dans le quotidien des patientes. Il renvoie à la notion d'interdit puisque sont cités des préfixes de privation tels « **pas** », « **plus de** » : il est donc question d'interdit ou du moins de restreindre sa consommation à ce que le régime autorise.

Le sucre est l'agent causal de la pathologie, celui qui permet le diagnostic de diabète et aussi celui qui détermine l'équilibre alimentaire. Il se doit d'être identifié par les patientes dans l'alimentation, sa consommation doit être contrôlée et son taux dans l'organisme doit être surveillé.

D'autres termes se rapportent au mot « **sucré** » tels que « **sucre** » et « **sucre** » : ils sont des qualifications, des mots évoquant la notion d'équilibre alimentaire, d'équivalence calorique apprise lors de l'éducation du patient diabétique. Les patientes intègrent donc un vocabulaire spécifique au diabète, influencé par la matinée d'ETP et favorisé par les caractéristiques sociales de la population : une majorité d'entre elles a un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat. Cela montre donc également le lien fait avec le mot « **régime** », autre mot du noyau central, et la notion d'apprentissage des patientes lors de la matinée d'ETP.

Les éléments périphériques sont également importants à analyser. Ils précisent l'orientation des représentations sociales des patientes. Tout d'abord le mot « **contraintes** » dont la fréquence de citation est élevée. Ce terme est à connotation négative. Nous avons retrouvé de nombreux mots qui renforcent cette idée de contrainte : « **quantité à mesurer** », « **dosage** », « **horaires des repas** », « **faire attention** », « **contraintes horaires** », « **rendre des comptes** » et « **restriction** ». Du même ordre, des termes évoquant la frustration sont présents dans le système périphérique : « **manque de plaisir** », « **pas manger ce que l'on veut** », « **sensation de faim** » et « **repas différents des autres** ».

Le mot « **insuline** » fait également parti des éléments périphériques des représentations sociales. La majorité de notre population d'étude a bénéficié d'une prise en charge diététique seule. Cependant, la possibilité d'une prise en charge par un traitement, l'insuline, n'échappe pas aux femmes. Ce terme implique la notion de traitement, et donc de maladie et d'une prise en charge plus médicalisée. Nous pouvons l'assimiler aussi à un stéréotype car le diabète est souvent associé à son traitement dans la société.

Les femmes ont bien intégré la notion que le diabète gestationnel est lié à la grossesse. En effet nous retrouvons le terme « **grossesse** » dans le système périphérique à un rang important. Certaines ont également compris que la grossesse était une « **grossesse à risque** », une « **grossesse difficile** ».

Cette notion de risque domine dans le discours, le vocabulaire est très riche. Tout d'abord le terme « **risques pour bébé** » évoquant une certaine inquiétude de la part des patientes. D'autres mots du champ sémantique du « **risque** » (cités 17 fois) sont retrouvés, notamment autour de la notion de crainte tels que « **peur** », « **inquiétude** », « **danger** » et « **stress** » apparaissent également dans les représentations. De plus, les patientes mentionnent les complications éventuelles du diabète gestationnel. Certaines citent celles spécifiques à la grossesse (« **macrosomie** », « **pré-éclampsie** », « **mort fœtale in utero** »). D'autres complications concernent le moment de la naissance (« **accouchement difficile** », « **césarienne** », « **hypoglycémie** », « **bébé** »). Enfin, des patientes évoquent les complications sur le long terme de la pathologie (« **obésité** », « **diabète de type 2** » « **hérédité** », « **antécédents** »). L'emploi de tous ces termes nous montrent que les connaissances des femmes sont bonnes.

Nos résultats vont dans le sens d'une représentation sociale relativement commune du diabète gestationnel quelque soient les caractéristiques de notre population basée sur les termes « **régime** » et « **sucre** ». Cependant, nous avons noté quelques variantes pour les patientes âgées de moins de 35 ans, les deuxièmes pares et les patientes ayant des antécédents familiaux. Nous avons alors le mot « **contraintes** » dans le noyau central. Il semblerait donc que l'ancienneté de la confrontation au diabète gestationnel influe quelque peu les représentations sociales.

Les représentations sociales des patientes atteintes de diabète gestationnel sont donc majoritairement orientées vers les contraintes de la prise en charge et la crainte de survenue de complications.

2.3. Influence des antécédents familiaux de diabète

Comme nous venons de l'évoquer, les femmes ayant des antécédents familiaux de diabète ont le même noyau central des représentations que le reste de la population : « **sucre** » et « **régime** ». Cependant, un troisième terme est présent : « **contraintes** ».

Les femmes ont, du fait de la proximité de leur entourage, de la confrontation à la pathologie, conscience des contraintes. On remarque que leur système périphérique est différent de celui des femmes qui n'ont pas d'antécédents familiaux de diabète.

Dans les représentations sociales des femmes ayant des antécédents familiaux de diabète, le terme « **contraintes** » est alors renforcé par d'autres termes faisant eux-mêmes référence aux impératifs de la prise en charge : « **privation** », « **dextro** », « **glycémie** » et « **piqûre** ». Ces trois derniers mots rentrant dans le champ sémantique de la surveillance des glycémies capillaires. De plus, le terme « **stress** » fait partie des éléments périphériques. Les femmes n'ayant pas d'antécédents familiaux mentionnent, plus particulièrement, le « **risques pour bébé** ».

Les patientes atteintes de diabète gestationnel, ayant été confrontées au diabète dans leurs antécédents familiaux ont des représentations sociales en partie différentes de celles n'ayant pas ces antécédents familiaux.

2.4. Influence des antécédents personnels de DG

Un seul mot compose le noyau central des représentations des femmes qui ont des antécédents personnels : « **régime** ».

Nous avons retrouvé des mots spécifiques à cette population nous permettant ainsi d'affiner notre analyse. Certains mots sont très spécifiques à cette population tels que « **prendre conscience pour bébé** », « **inquiétude** » et « **traitement** ».

Le champ sémantique le plus représenté est donc celui des complications auxquelles elles sont exposées (« **césarienne** », « **traitement** ») et fait référence à la peur de les développer (« **inquiétude** », « **danger** » et « **prendre conscience pour bébé** »). Globalement nous avons retrouvé de nombreux mots à connotations négatives.

Enfin le terme « **contraintes** » est lui aussi présent. Nous pouvons supposer que les femmes ayant déjà vécu une grossesse avec un DG anticipent plus les complications et sont plus inquiètes que celles qui n'ont pas d'antécédents.

Les patientes confrontées à la pathologie diabétique dans leurs antécédents personnels ont donc des représentations sociales différentes de celles n'ayant aucun antécédent diabétique. Afin de faire un parallèle nous avons tenté de comparer ces représentations sociales à celles de patients atteints d'une maladie chronique. Or, ces derniers sont principalement axés vers l'espoir de guérison, de progrès médical alors que celles de notre population sont basées sur des symboles forts comme la peur, le danger, le risque. [9][16][17]

En effet, même si le diabète gestationnel dure plusieurs mois et peut se compliquer d'un diabète de type 2, les patientes ne se projettent pas sur le long terme. Elles pensent au temps de la grossesse et au fait que le DG disparaîtra dans le post-partum. En effet, on note un taux d'absentéisme important à la consultation proposée avec l'équipe de l'hôpital du Cluzeau dans le post-partum.

2.5. Influence du terme diagnostic

Le noyau central des représentations est le même que le reste de la population : « **sucre** » et « **régime** ».

Cependant, si le diagnostic a été posé au premier trimestre le terme « **contraintes** » apparaît dans leur noyau central. En effet, ces patientes, exposées plus longuement à la pathologie, mentionnent, au sein du système périphérique, les risques et les contraintes pour leur bébé (« **surveillance du bébé** », « **diabète pour bébé** », « **prématurité** », « **risques pour bébé** »). Elles évoquent également les risques auxquels elles sont elles-mêmes exposées (« **fatigue** », « **diabète après accouchement** », « **diabète de type 2** »). La notion de complications est très présente, le vocabulaire est riche : « **dépression** », « **maladie** », « **hospitalisation** ».

D'après Pascale BERNARD, « le caractère chronique du diabète peut être vécu de façon pesante voire décourageante. [...] Les patients évoquent aussi une attention de tous les instants, la nécessité d'être toujours sur ses gardes ». [9]

Lorsque le diagnostic a été posé plus tardivement, au deuxième ou troisième trimestre, le noyau central est identique à celui de la population générale. Cependant un mot spécifique est retrouvé : « **insuline** » : Le champ lexical laisse penser que le DG est une véritable « **maladie** » ce qui explique probablement la référence au traitement médicamenteux.

De plus, de nombreux mots sont à connotation négative : « **frustration** », « **restriction** », « **privation** ».

Ces patientes retiennent également la nécessité d'une « **activité physique** », du « **sport** », l'équipe de médecine interne B de l'hôpital du Cluzeau insistant sur cet axe pendant la matinée d'ETP (conseils et exercices faits avec l'éducatrice sportive).

Les représentations sociales des patientes atteintes d'un diabète gestationnel diagnostiqué au premier trimestre sont différentes de celles des patientes ayant été diagnostiquée à 28 SA.

2.6. Influence du niveau de connaissances [7]

Nous avons évalué les connaissances des patientes grâce à des QCM qui portaient sur plusieurs aspects : la connaissance des normes glycémiques, des moyens de prises en charge possibles, de l'équilibre alimentaire et des éventuelles complications materno-fœtales. La note moyenne obtenue par les patientes est de 7,8 points / 10 points. La majorité a une note supérieure à 7 / 10 points. Les patientes interrogées ont donc, en majorité, de « bonnes » connaissances sur le diabète gestationnel.

Seul le système périphérique diffère, il adapte les représentations au contexte. Les patientes, dont le niveau de connaissances est « moyen », sont inquiètes pour leur enfant. Le terme « **bébé** » fait partie des mots spécifiques, et il est renforcé par des mots tels que « **macrosomie** », « **bébé diabétique** », « **hypoglycémie pour bébé** » et « **prendre conscience pour bébé** ». Elles expriment aussi l'idée de contraintes : « **restrictions** ». Enfin, le terme « **traitement** » fait lui aussi parti des mots spécifiques. Ce terme peut être vu comme une médicalisation de leur pathologie en raison d'une surveillance accrue et d'une éventuelle insulinothérapie. En effet, les mots « **maladie** », « **dextro** » et « **glycémie** » sont présents dans leurs éléments périphériques et renforcent cette idée.

Pour les patientes ayant un « bon » niveau de connaissances, beaucoup de verbes d'actions sont utilisés : « **limiter la prise de poids** », « **quantités à mesurer** », « **redécouvrir certains goûts** », « **rendre des comptes** ». Le champ sémantique de l'activité physique est lui aussi présent dans les termes employés par ces patientes : « **sport** », « **bonne forme physique** ». Ces deux points montrent l'initiative de ces femmes : elles semblent actrices dans la prise en charge de leur pathologie. Cependant on note également une certaine incompréhension face à la découverte du diabète : « **comment** », « **pourquoi** », « **culpabilité** », « **quoi faire** », « **découverte** ».

Dans son mémoire, Audrey NOUHAUD avait aussi étudié les connaissances des patientes sur le DG. Elle montre qu'une grande majorité des patientes ont de bonnes connaissances sur les règles hygiéno-diététiques à adopter. Cependant, elle s'est intéressée aux connaissances sur les complications materno-fœtales et environ la moitié de sa population avait des connaissances suffisantes.

Dans notre étude, nous avons remarqué que les informations liées à la grossesse sont bien comprises par les patientes. Les points faibles concernent souvent les risques à long terme pour elle et leur enfant. En effet, pendant la grossesse, les conseils donnés par l'équipe soignante sont centrés sur la grossesse et non sur la prise en charge dans le post-partum. Les conseils spécifiques au post-partum (surveillance, équilibre alimentaire, éventuelles complications à long terme, suivi) sont délivrés lors du séjour à la maternité ce qui peut expliquer les moins bons résultats.

Les représentations sociales des patientes atteintes de diabète gestationnel sont donc différentes selon qu'elles aient des connaissances qualifiées de « bonnes », « moyennes » ou « insuffisantes ». Les femmes qui ont un meilleur niveau de connaissances paraissent plus actives, paraissent s'investir davantage dans la prise en charge du DG. Les patientes dont les connaissances sont « moyennes » sont plus dans la crainte de survenue de complications fœto-maternelles. Cependant, une notion persiste quel que soit le niveau de connaissances : de nombreux mots à connotation négative sont exprimés (« **frustration** », « **privation** », « **inquiétude** », « **restrictions** », « **contraintes horaires** », « **danger** », « **obsession** », « **peur** », « **stress** », « **dépression** », « **tristesse** », « **maladie** »).

2.7. Influence de la prise en charge

Les représentations sociales des patientes bénéficiant d'une prise en charge diététique seule ne diffèrent pas de la population générale. Deux mots leur sont spécifiques : « **contraintes** » et « **insuline** ». Ce dernier est plutôt surprenant au premier abord car nous analysons, ici, les représentations des femmes ayant suivi un régime diététique seul. Nous pouvons l'expliquer par la peur du recours à une prise en charge plus importante. En effet, la prise en charge est expliquée à toute femme enceinte présentant un DG au cours de sa grossesse. D'après Pascale BERNARD, la crainte d'avoir recours à une prise en charge médicamenteuse signifie également la crainte d'une prise en charge instituée et gérée par l'équipe médicale. [9]

Les patientes sous insulinothérapie ont des représentations sociales différentes de la population générale : leur noyau central des représentations contient en plus des mots « **sucre** » et « **régime** », le mot « **maladie** ». Ce dernier est spécifique à cette population. Nous supposons que l'introduction d'un traitement médicamenteux fait prendre conscience à ces patientes de la réalité de leur pathologie et de sa dimension médicale. D'autres mots leur sont spécifiques (« **danger** », et « **prendre conscience pour bébé** ») et renforcent l'idée d'atteinte de la santé.

D'après Pascale BERNARD, on retrouve ces notions chez les patients atteints de diabète de type 2 : « le caractère grave, concret du diabète est associé à un traitement par insuline, à une incapacité physique ou à un autocontrôle glycémique régulier, vécus comme des contraintes quotidiennes. [...] Ce sont souvent les complications chroniques ou le passage à l'insuline qui leur font prendre conscience du fait qu'ils sont malades ». [9]

2.8. Influence de la parité et de l'âge

L'analyse des noyaux centraux des représentations sociale montre que le terme « **contraintes** » est commun à de nombreux groupes : les patientes âgées de plus ou de moins de 35 ans et les multipares.

Pour affiner l'analyse, il faut s'intéresser aux mots spécifiques. Les patientes âgées de plus de 35 ans évoquent des mots faisant référence au DG (« **découverte** », « **pas de sucres** », « **risques pour bébé** ») contrairement aux patientes plus jeunes qui ne possède que le terme « **sucre** » comme mot spécifique. Les multipares, quant à elles, évoquent « **insuline** » ainsi que les « **contraintes** ».

Le mot « **contraintes** » est à connotation négative. Il sous-tend une difficulté de vécu de la prise en charge par ces femmes. L'analyse lexicale des autres termes montre que certains termes sont en lien avec l'aliment qui peut conduire à une insulinothérapie. D'autres termes sont sur les éventuelles complications, notamment pour leur bébé.

Nous avons noté que plus le niveau d'étude des patientes est élevé, plus le champ lexical employé est en rapport avec la médicalisation. En effet, les termes « **insuline** » et « **dextro** » sont spécifiques à cette population alors que les patientes dont le niveau d'étude est inférieur c'est le terme « **fatigue** » qui est employé. On remarque également que les premières évoquent plus largement l'activité physique. Cette donnée sur l'activité physique est biaisée dans le questionnaire : en effet seule une question traite de celle-ci contre cinq qui se rapporte au « régime » ce qui a pu influencer nos résultats.

3. Propositions d'actions

Au terme de cette étude, des éléments d'action peuvent être proposés pour améliorer les représentations sociales des patientes sur le diabète gestationnel.

Au terme de la matinée d'ETP, un livret est remis aux patientes ; il pourrait être révisé suite à un travail collaboratif entre les équipes de l'hôpital du Cluzeau et celles de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant. Il reprendrait de manière simplifiée et pédagogique la physiopathologie afin que les patientes comprennent au mieux le diabète gestationnel ainsi sa prise en charge. En collaboration avec la diététicienne, un livret de recettes équilibrées pourrait être édité et il serait complété d'exemples d'activités physiques possibles pendant la grossesse.

Comme les risques du DG à l'accouchement et sur le long terme sont les moins bien connus des femmes enceintes ; il serait intéressant de proposer une consultation dédiée aux patientes diabétiques avec des sages-femmes pour revoir avec elles les points qui les questionnent et l'observance de leur prise en charge. Des séances de groupe pourraient également être organisées car nous avons noté un vocabulaire important à connotation négatif. Un discours axé sur la réassurance devrait peut-être être développé.

Aujourd'hui, une consultation dans le post-partum au sein de l'hôpital du Cluzeau existe mais un taux élevé d'absentéisme est observé. Lors du séjour à la maternité il convient d'insister sur son importance afin de favoriser une meilleure prise en charge des patientes au long terme.

Enfin, au fil de notre étude nous avons remarqué que bon nombre de patientes étaient étiquetées « diabète gestationnel » suite à une valeur dépassant d'un ou deux centièmes le seuil qui définit le diabète gestationnel et bénéficiaient alors du suivi global du DG. En effet, il faut s'interroger sur les conditions de réalisation du dépistage. Nous pouvons nous demander si les femmes qui ont cité les termes relatifs à la contrainte ne sont pas des patientes qui n'ont pas conscience de la nécessité de surveiller les glycémies notamment si ces dernières restent normales pendant la grossesse. Une réédition de ce dépistage pourrait être proposée à ces patientes afin de leur éviter la prise en charge complète et astreignante.

Il faut donc renforcer la collaboration des équipes d'endocrinologie et d'obstétrique pour améliorer la prise en charge et le vécu de ces patientes.

Conclusion

Le diabète gestationnel est actuellement une véritable problématique de santé publique. En 2012, 8% des femmes enceintes étaient touchées par le diabète gestationnel. [2] Cette pathologie de la grossesse est de plus en plus fréquente probablement du fait des modifications du mode de vie. Notre étude s'intéresse aux représentations sociales du diabète gestationnel.

Nous avons constaté que les représentations sociales sont relativement communes et axées sur deux mots « **régime** » qui est à la base de la prise en charge et concerne toute la population des femmes diabétiques. L'autre mot est « **sucré** », également central dans le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel. Les représentations sociales des patientes sont également majoritairement orientées vers les contraintes de la prise en charge et la crainte de survenue de complications.

Nous avons souligné que les femmes qui semblent avoir plus consciences des contraintes ont des antécédents familiaux de diabète. Les femmes qui ont déjà vécu une grossesse diabétique anticipent plus les complications et sont plus inquiètes. De la même façon, nous nous sommes intéressés à l'influence du temps d'exposition à la pathologie en référence au terme de diagnostic du diabète gestationnel : plus le diagnostic est précoce, plus les femmes semblent soucieuses des complications obstétricales et du devenir de leur enfant. À l'inverse les patientes diagnostiquées au deuxième ou troisième trimestre perçoivent le DG comme étant une véritable « maladie ». Enfin les femmes dont le niveau de connaissances est « bon » paraissent plus investies dans la prise en charge de leur DG, tandis que les patientes dont les connaissances sont « moyennes » sont plus dans la crainte de survenue de complications fœto-maternelles. Notre étude montre la satisfaction des patientes quant à la prise en charge de leur pathologie. En effet, la majorité d'entre elles ont de bonnes connaissances concernant leur pathologie et déclare avoir reçu assez d'informations au cours de ce suivi.

Enfin, notre travail indique la forte présence d'affects négatifs chez les patientes interrogées concernant leur diabète gestationnel. En effet de nombreux termes tels que « colère », « tristesse », « frustration », « injustice », « culpabilité », « inquiétude » sont présents. Ils révèlent donc les difficultés de la prise en charge de cette pathologie pour les patientes. Une analyse approfondie, grâce à des entretiens qui se focaliseraient les difficultés de ces patientes, pourrait nous permettre de mieux accompagner les femmes atteintes par le DG.

Références bibliographiques

- [1] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ « *Defintion, diagnosis and classification of diabetes mellitus ans its complications.* », 1999. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66040/1/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf. Page 2. (Consulté le 12 juin 2016)
- [2] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE « *Diabète et grossesse - Données épidémiologiques* », 2010. Disponible sur : invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Diabete/Donnees-epidemiologiques/Diabete-et-grossesse. (Consulté le 12 juin 2016)
- [3] CNGOF « *Recommandations pour la pratique clinique – Le diabète gestationnel* », 2010. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf. Page 673 à 677. (Consulté le 12 juin 2016)
- [4] DR EYRAUD J.-L., DR KANOUN D. « *Protocole de l'hôpital mère-enfant : Protocole concernant la prise en charge du diabète gestationnel* », 2011.
- [5] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ « *Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel* », 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf. Page 6 et 7. (Consulté le 18 juin 2016)
- [6] UNIVERSITÉ DE TOULOUSE « *XVIII – Diabète et grossesse* », 2013. Disponible sur : http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/Chap18_DIAB_ET_GROSSESSE.pdf. Page 2. (Consulté le 24 juin 2016)
- [7] NOUHAUD A. « *Etat des lieux sur la journée d'hospitalisation dans la prise en charge du diabète gestationnel* ». Mémoire de fin d'étude de maïeutique. Université de Limoges, 2011.
- [8] ABRIC J.-C. « *Méthodes d'étude des représentations sociales* », 2005. Page 59.
- [9] BERNARD P. « *Vécu et représentation mentales de la maladie chez des diabétiques de type 2. Etude préliminaire.* ». Université de Nantes, 2006. Page 7 à 21. (Consulté le 24 Mars 2018)
- [10] GUIMELLI C., DESCHAMPS J.-C « *Effets de contexte sur la production d'associations verbales* », 2000. Page 1 à 3. (Consulté le 27 Juillet 2016)
- [11] MOSCOVICI S. « *La psychanalyse, son image et son public* », 1961. Page 111 à 120.

- [12] UNIVERSITÉ LYON 2 « *La théorie du noyau central* ». Disponible sur :
http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2007.courty_p&part=130304.
Page 1. (Consulté le 31 août 2016)
- [13] PREUX P-M. « *Les biais en statistiques* », 2015. (Consulté le 30 Septembre 2017)
- [14] COMBRE F. « *Prise en charge du diabète gestationnel en prénatal* ». Mémoire de fin d'étude de maïeutique. ». Université d'Auvergne, 2012. (Consulté le 25 Mars 2018)
- [15] Haut Comité de Santé Publique « *Diabètes* », mai 1998. Disponible sur :
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=14>. Page 5, 25, 26 et 27. (Consulté le 25 Mars 2018)
- [16] MABIKA L. « *Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance du traitement chez des femmes enceintes : étude comparative* ». Université de Lorraine, 2016. (Consulté le 25 Mars 2018)
- [17] JEOFFRION C., DUPONT P. « *Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes »* ». (Consulté le 25 Mars 2018)

Annexe 1

ETUDE SUR LE DIABÈTE GESTATIONNEL

Bonjour, je suis Audrey Thébaud, étudiante sage-femme à l'école de Limoges. J'effectue mon mémoire de fin d'études le diabète gestationnel. Ce questionnaire est anonyme. Je vous remercie d'avance du temps accordé pour le remplir.

- Quel âge avez-vous ?

- De quelle origine êtes-vous ?
 - ☐ Afrique sub-saharienne ☐ Amérique du Nord, Europe
 - ☐ Amérique du Sud ☐ Asie ☐ Maghreb ou Moyen-Orient

- Quel niveau d'études avez-vous ?
 - ☐ Non scolarisée ☐ Ecole primaire
 - ☐ Secondaire collège (Brevet des collèges) ☐ BEP, CAP
 - ☐ Niveau BAC (lycée général et technique) ☐ Enseignement supérieur

- Exercez-vous une profession de santé ?
 - ☐ Oui ☐ Non

- Vous étiez-vous renseigné sur le diabète gestationnel avant votre rendez-vous au Cluzeau ?
(Internet, forums, magazine)
 - ☐ Oui ☐ Non

- Avez-vous déjà eu des enfants ?
 - ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez combien d'enfant avez-vous déjà eu avant celui-ci ?

☐ 1

☐ 2

☐ 3 ou plus

Si oui, aviez-vous eu un diabète gestationnel lors des précédentes grossesses ?

☐ Oui

☐ Non

- Avez-vous dans votre entourage des personnes atteintes de diabète ?

☐ Oui

☐ Non

- A quel moment de la grossesse, vous a-t-on diagnostiqué votre diabète gestationnel ?

☐ Au 1^{er} Trimestre (glycémie à jeun)

☐ Au 2^{ème} trimestre (test au sucre)

- Durant cette grossesse et concernant votre diabète gestationnel :

☐ Vous suiviez un régime seul

☐ Vous étiez d'emblée sous insuline

☐ Vous étiez tout d'abord sous régime, puis l'insuline a été mise en place

Inscrivez dans le tableau ci-dessous 10 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit lorsque vous entendez : « **Diabète gestationnel** »

a.		f.	
b.		g.	
c.		h.	
d.		i.	
e.		j.	

Maintenant classez les dix mots que vous venez d'inscrire dans le tableau par ordre d'importance (*1 étant le mot le plus important et 10 le moins important*).

Selon vous, la glycémie avant le repas doit être de ? g/L

Selon vous, la glycémie après le repas doit être de ? g/L

- Pour prendre en charge le diabète gestationnel : *(cochez la ou les réponses exactes)*
 - ☐ Un régime est mis en place dans tous les cas
 - ☐ Un relai par insuline est possible si le régime ne suffit pas à l'équilibre glycémique
 - ☐ Le traitement par insuline est systématique pendant la grossesse
 - ☐ Lors du traitement par insuline, suivre le régime n'est plus obligatoire

- Concernant les légumes vous pensez qu'il faut en consommer : *(une seule réponse attendue)*
 - ☐ Tous les jours
 - ☐ 3 à 5 fois par semaine
 - ☐ Moins de deux fois par semaine
 - ☐ Jamais

- Concernant les « sucres lents » (pain, riz, etc..), vous pensez qu'il faut en consommer : *(une seule réponse attendue)*
 - ☐ A chaque repas
 - ☐ 3 à 5 fois par semaine
 - ☐ Moins de deux fois par semaine
 - ☐ Jamais

- Concernant le suivi du régime, vous pensez que l'on peut faire : *(une seule réponse attendue)*
 - ☐ Aucun écart dans la semaine
 - ☐ Un écart par semaine
 - ☐ Deux écarts par semaine
 - ☐ Plus de deux écarts par semaine

- Concernant l'activité physique pendant la grossesse (piscine, marcher plus de 30min par jour, etc..), vous pensez que l'on doit en pratiquer : *(une seule réponse attendue)*
 - ☐ Plus de 3 fois par semaine
 - ☐ Au moins 1 fois par semaine
 - ☐ Moins d'une fois par semaine
 - ☐ Jamais
- Concernant les glycémies capillaires, vous pensez qu'il faut les réaliser :
 - ☐ Jamais
 - ☐ 1 et 3 fois par jour
 - ☐ 4 ou 6 fois par jour
 - ☐ 6 fois ou plus par jour
- Les principaux risques du diabète gestationnel pour la mère sont : *(cochez la ou les réponses exactes)*
 - ☐ Faire des hypotensions durant la grossesse (chute de tension)
 - ☐ Risque augmenté d'utilisation de forceps ou ventouse lors de l'accouchement
 - ☐ Risque augmenté d'avoir une césarienne
 - ☐ Développer un diabète de type 2 après la grossesse
- Les principaux risques du diabète gestationnel pour le bébé sont : *(cochez la ou les réponses exactes)*
 - ☐ Avoir peu de liquide amniotique
 - ☐ Avoir un poids de naissance supérieur à 4kg
 - ☐ Faire une détresse respiratoire à la naissance
 - ☐ Faire des hyperglycémies après la naissance

- Concernant votre suivi par l'équipe de l'hôpital du Cluzeau, vous diriez que vous êtes :
 - ☐ Insatisfaite
 - ☐ Peu satisfaite
 - ☐ Satisfaite
 - ☐ Très satisfaite
- Comment qualifieriez-vous votre vécu du régime ?
 - ☐ Contraignant
 - ☐ Peu contraignant
 - ☐ Pas du tout contraignant
- Comment qualifieriez-vous votre vécu des glycémies capillaires à réaliser quotidiennement ?
 - ☐ Contraignant
 - ☐ Peu contraignant
 - ☐ Pas du tout contraignant
- Auriez-vous souhaité plus d'informations de la part des professionnels sur le diabète gestationnel, les complications, la prise en charge ?

☐ Oui

Pourquoi ?

.....

.....

☐ Non

Pourquoi ?

.....

.....

MERCI,

Melle THEBAUD Audrey

Elève sage-femme

UNIVERSITE DE LIMOGES

Ecole de Sages-Femmes

Année universitaire 2017-2018

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

par

Thébaud Audrey

Représentations sociales du diabète gestationnel

54 pages

Résumé

Le diabète gestationnel est une pathologie qui touche de plus en plus de femmes enceintes : 8% en 2012. Notre étude a été réalisée auprès de femmes ayant présenté un diabète gestationnel et accouché à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges de mars à octobre 2017. En étudiant plusieurs critères (âge, existence d'antécédents ou non, type de prise en charge de leur pathologie, niveau de connaissances, ...) cela nous a permis de connaître les représentations sociales de ces femmes sur leur pathologie

Nos résultats vont dans le sens d'une représentation sociale relativement commune du diabète gestationnel basée sur les termes « **régime** » et « **sucre** ». De plus nous avons montré que ces représentations sont également majoritairement axées vers les contraintes de la prise en charge et la crainte de survenue de complications.

Mots-clés : Diabète gestationnel - Connaissances - Représentations sociales - Contraintes de la prise en charge