

Déterminantes des comportement de santé après un diabète gestationnel

Autor(en): **Kaiser, Barbara**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **110 (2012)**

Heft 5

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949367>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Editorial



Transmettre la confiance

Que ferait une future maman pour le bien de son enfant? Probablement tout. Il existe depuis la nuit des temps des milliers de conseils pour les femmes enceintes. Entre superstitions et bon sens populaire se côtoient le meilleur et le pire.

La recherche nous permet d'y voir plus clair. Parfois, elle nous conforte dans nos opinions. Non, le sport n'est pas contre-indiqué durant la grossesse. Il peut même être salutaire. Parfois, elle nuance des sentences populaires. Pas besoin de manger pour deux pour nourrir l'être qui grandit en nous. Une bonne poignée de fruits secs et quelques noix font l'affaire. Parfois, elle met en lumière des dangers cachés dans notre vie quotidienne. Et ce jusque dans notre salle de bain.

Face à tous ces conseils, les sages-femmes ont un grand rôle à jouer. Non pas que nous détenions la vérité, bien sûr. Et quand bien même ce serait le cas, nous ne pourrions l'asséner simplement. Mais nous avons un rôle actif à jouer dans la défense d'un environnement digne de la vie que nous aidons à naître.

Nous pouvons de plus transmettre un bel outil aux parents: la confiance. La confiance en leurs capacités de faire les bons choix. La confiance en leur propre sagesse. La confiance qui leur permet de revendiquer légitimement un environnement plus sain et plus apte à accueillir les futurs enfants.

Et pour transmettre cette confiance, nous devons nous-même croire en nos propres capacités, en nos propres combats. «Sage-femme sûre d'elle – femme sûre d'elle». Tel est le thème de notre prochain congrès qui sera l'occasion pour nous d'entretenir notre lumineuse confiance.

Liliane Maury Pasquier
Présidente de la FSSF

Étude à la maternité des HUG

Déterminants des con diabète gestationnel

Des recommandations pour des habitudes de vie à adopter après un diabète gestationnel sont bien définies pour prévenir la survenue d'un diabète de type 2, mais l'observance de ces principes est largement insuffisante. Il apparaît donc nécessaire d'investiguer l'ensemble des facteurs impliqués dans les comportements de santé de ces femmes au plus près de l'accouchement, notamment à 6 semaines et à 6 mois post-partum. Tel est l'objectif d'une étude menée actuellement à la maternité des HUG.



Barbara Kaiser, Professeure à la Haute école de santé de Genève, filière sage-femme
barbara.kaiser@hesge.ch

Le diabète gestationnel se définit comme une intolérance au glucose de sévérité variable apparue ou diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse. Les nombreuses études épidémiologiques concernant ce trouble montrent qu'il concerne 1 à 18% des grossesses, en fonction de l'origine ethnique des populations étudiées et du critère diagnostique employé. A Genève, la prévalence actuelle se situe autour de 10% (Société Suisse de Gynécologie Obstétrique, SSGO, 2011).

Le diabète gestationnel suscite largement l'intérêt des chercheurs et des praticiens de santé en obstétrique dans la mesure où il est associé à des issues de grossesse pathologiques notamment pour le nouveau-né (essentiellement hypoglycémie, macrosomie, dystocie des épaules et ses corollaires, plexus brachial et fractures de clavicules). Les femmes souffrant de diabète gestationnel accouchent également significativement plus fréquemment par césarienne, et ce trouble est associé à un risque de pré-éclampsie accru.

Parallèlement, le diagnostic de diabète gestationnel indique que la mère a des prédispositions au diabète. Ainsi, selon

Getahun et al (2010), lorsque ce trouble est diagnostiqué lors d'une première grossesse, les femmes ont 41% de risque de développer à nouveau un diabète gestationnel lors d'une grossesse ultérieure. Le risque de développer un diabète de type 2 serait 2 à 7 fois supérieur chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel que chez les femmes n'ayant jamais présenté ce trouble (Bellamy et al., 2009) et un diagnostic de diabète gestationnel doublerait les risques de voir apparaître un diabète de type 2 dans les 4 mois qui suivent l'accouchement (Shaefer-Graf et al., 2002).

Ces femmes à haut risque font donc l'objet d'une surveillance préventive accrue. La SSGO (2011) recommande ainsi qu'un dépistage de diabète ou pré-diabète soit effectué lors de la consultation post-partum (4–8 semaines après l'accouchement). Ces femmes doivent également être informées de la nécessité en post-partum d'une perte de poids optimale afin de maintenir un indice de masse corporelle normal, d'une activité physique régulière, et d'un régime alimentaire équilibré, comportant au moins cinq fruits et/ou légumes par jour, pauvre en lipides, en glucides et en sel (American College of Obstetrics and Gynecology, 2001; American Diabetes Association, ADA, 2007).

Difficultés d'observance des recommandations de santé

Les recommandations pour les habitudes de vie à adopter après un diabète gestationnel sont donc définies. Mais il s'avère que l'observance de ces principes visant à prévenir la survenue d'un diabète

Comportements de santé après un

de type 2 est largement insuffisante dans le post-partum, comme l'indiquent les résultats des études portant sur la question. Par exemple, Kim et al (2007) montrent que seulement 31 % des femmes ayant eu un diabète gestationnel disent consommer les cinq fruits et légumes recommandés par jour, et 40% disent en consommer moins de trois par jour. Dans une large étude portant sur un échantillon de 2265 femmes ayant eu un diabète gestationnel, Zehle et al. (2008) montrent que 5% des femmes consomment cinq fruits et légumes par jour et 38% entre 1 et 0 légume par jour; la moitié de l'échantillon dit boire du lait entier, et 26% dit manger de la nourriture frite au moins deux fois par semaine. De plus, un tiers des femmes interrogées dit ne pas connaître quel type de nourriture permet de réduire les risques du diabète de type 2.

En ce qui concerne le niveau d'activité physique, dans une étude de Smith et al. (2005), seuls 33,6% des femmes ont une activité physique suffisante, tandis que 26,5% sont classées comme sédentaires. De plus, presque la moitié des femmes dit ne pas savoir quel type de sport est adapté à la prévention du diabète. Dans une étude de Kieffer et al. (2006), presque la moitié de la cohorte ne suit pas les recommandations de l'ADA dans le post-partum après un diabète gestationnel (à savoir, pratiquer une activité modérée au moins 30 minutes par jour, 5 jours par semaine, ou bien une activité intense au moins 20 minutes par jour, 3 jours par semaine). Les femmes ayant eu un diabète ont même moins tendance que les autres à augmenter leur activité physique en post-partum.

Effacité de la transmission du message de santé?

Une première explication à ce phénomène pourrait être une mauvaise compréhension ou une mauvaise interprétation des informations données pendant la grossesse au cours de laquelle survient le diabète gestationnel. En ce sens, dans le cadre d'une petite étude qualitative, Kapustin (2004) a interviewé cinq femmes, 2 à 3 années après la survenue d'un

diabète gestationnel. Elles relatent que dans la mesure où on leur a dit que le diabète disparaissait après la naissance du bébé, elles ont repris après l'accouchement leurs habitudes alimentaires sans appliquer les conseils diététiques et relatifs à l'activité physique prodigués pendant la grossesse. Une seule femme se souvient avoir eu des conseils sur la perte de poids et le sport après l'accouchement; aucune ne dit avoir été informée des risques de développer un diabète de type 2.

Perception du risque et croyances de santé

Il semblerait toutefois que la question de la transmission du message de santé auprès des femmes présentant un diabète gestationnel ne suffise largement pas à expliquer les problèmes d'observance des comportements de santé dans le post-partum. Il apparaît en effet qu'en parallèle, ces femmes ne se perçoivent pas elles-mêmes comme à risque de développer un diabète de type 2. Seules 16% d'entre elles considèrent qu'elles ont un fort risque de développer un diabète de type 2, en dépit du fait que 90% d'entre elles reconnaît que le diabète gestationnel est un facteur de risque de développement ultérieur de ce type de trouble métabolique. Il existe donc une perception du risque pour autrui, mais pas pour soi-même. C'est ce que l'on appelle l'optimisme comparatif, autrement dit le fameux «ça n'arrive qu'aux autres» qui pourrait être à l'origine des habitudes de vie inadaptées après un diabète gestationnel.

De plus, une autre étude révèle qu'en dépit d'une perception d'un risque accru et d'une connaissance satisfaisante des stratégies comportementales pour éviter de développer un diabète de type 2, la prévalence des comportements alimentaires et sportifs adaptés était basse dans une population rurale de femmes australiennes ayant eu un diabète gestationnel (Swan et al., 2007). Cette étude révèle donc qu'une perception du risque accrue associée à une connaissance des actions de prévention à mettre en place ne garantissent en aucun cas l'adoption effective de comportements de santé adaptés au sein de la population

des femmes ayant eu un diabète gestationnel. Ceci parce que d'autres facteurs, en l'occurrence les croyances de santé (à savoir les avantages, barrières et influences sociales associés à un comportement donné) entrent en jeu.

Ainsi, lorsqu'on interroge ces femmes à propos de leur perception des avantages, des barrières et des influences sociales associées à la pratique de l'exercice physique dans le post-partum, l'avantage majeur perçu est le contrôle du poids. Le frein à l'exercice physique le plus fréquemment cité est le manque de temps et le manque d'aide dans les soins à donner au nouveau-né. La personne ayant la plus grande influence quant à la pratique ou non de l'activité physique est leur conjoint (Smith et al, 2005; Symons Dows & Ulbrecht, 2006).

En ce qui concerne l'alimentation, il apparaît que les principaux obstacles à l'adoption d'une alimentation saine dans le post-partum après un diabète gestationnel soient les difficultés à faire les courses accompagnées des enfants, les contraintes de temps et financières, les contraintes professionnelles, les préférences alimentaires propres ainsi que celles de la famille (Nicklas et al, 2011). Les femmes interrogées dans cette étude ont également identifié plusieurs types d'actions qui, selon elles, les aideraient à adopter une alimentation plus saine: bénéficier d'une éducation nutritionnelle personnalisée impliquant des menus types, des listes d'aliments à introduire dans les repas, une liste de course type, des cours de cuisine, ainsi qu'obtenir des informations sur les proportions adéquates des rations individuelles. Ces différents obstacles influenceraient davantage l'observance des comportements de santé dans le post-partum après un diabète gestationnel que les connaissances sur le diabète ou la perception du risque en elle-même.

Influence des facteurs psychosociaux

Outre les croyances de santé, l'auto-efficacité et le soutien social seraient des facteurs psychosociaux majeurs associés aux comportements alimentaires et sportifs en période post-partum chez des femmes

ayant eu un diabète gestationnel. Dans ce contexte, l'auto-efficacité est définie comme le sentiment d'avoir les capacités pour cuisiner des repas sains et équilibrés ou encore le sentiment d'être capable de pratiquer une activité sportive. Le soutien social est caractérisé par les encouragements verbaux reçus par les femmes pour faire du sport et est associé aux habitudes alimentaires familiales et au temps disponible pour la préparation des repas.

Les résultats de Symons Dows & Ulbrecht (2006) et de Smith et al. (2005) indiquent que c'est la marche le type d'exercice le plus populaire en post-partum et qu'un niveau d'activité suffisant est corrélé à un haut niveau de soutien social et un haut niveau d'auto-efficacité par rapport à l'activité physique. Les femmes perçoivent un soutien social fort lorsqu'une personne les accompagne pour faire du sport, garde les enfants pour qu'elles s'absentent et pratiquent une activité sportive, ou bien les relaye dans les tâches domestiques. Cependant, les niveaux d'auto-efficacité et de soutien social sont bas chez la majorité des femmes. Dans l'étude de Smith et al. (2005) par exemple, la moitié des femmes n'a personne pour les seconder ou aller faire du sport avec elles.

Recherche en cours à la maternité des HUG

L'analyse de la littérature permet donc d'obtenir une vision globale des principaux comportements et croyances des femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel, notamment de soulever la problématique de la faible perception pour soi-même du risque d'occurrence ultérieure d'un diabète de type 2, ainsi que le faible respect des règles d'hygiène de vie recommandées pour prévenir l'apparition d'un diabète (alimentation, activité physique). Si certains auteurs montrent que les femmes ayant eu un diabète gestationnel ne souffrent pas d'un manque de connaissances relatives aux changements d'habitudes de vie nécessaires, certaines révèlent chez ces femmes une absence totale de souvenirs relatifs aux conseils prodigués par les professionnels de santé. D'autres encore montrent que même si les femmes se souviennent de ces conseils, ils ne suffisent pas à assurer l'adoption de comportements préventifs adaptés. En ce sens, la plupart des études révèlent l'existence d'une dissonance entre la perception du risque ou encore la connaissance des stratégies de prévention et la mise en place de comportements adaptés.

D'autres facteurs entrent ainsi vraisemblablement en compte dans l'adoption ou

non de comportements de prévention adaptés par les femmes ayant eu un diabète gestationnel, à savoir la perception du risque, les croyances sur les comportements (avantages, barrières, influences sociales), le soutien social ou encore l'auto-efficacité.

La généralisation des résultats de la littérature existante est cependant rendue difficile en raison de la faible mixité ethnique des populations jusqu'à présent étudiées, majoritairement blanches et économiquement favorisées. Il s'agit d'une limite importante dans la mesure où l'on sait qu'il existe une relation inverse entre le statut économique et l'obésité, la prévalence du diabète de type 2 ou encore l'apparition du diabète gestationnel (Bo et al., 2002). De plus, il est à noter que la plupart des études ont été menées en Australie, au Canada, ou encore aux USA. La question se pose alors de la généralisation possible de ces données à d'autres cultures, notamment européennes, différentes tant du point de vue des habitudes alimentaires et/ou sportives, que des populations migrantes concernées, et surtout caractérisées par des politiques de soins distinctes.

Investiguer au plus près de l'accouchement

Enfin, le moment d'évaluation en période post-partum des comportements, des croyances de santé et des facteurs qui y sont associés sont peu spécifiques dans toutes ces études et/ou très éloignés de la première grossesse avec diabète gestationnel (jusqu'à 5 années post-partum). Il semble plus intéressant de les observer au plus près de l'accouchement, ceci pour deux raisons.

- D'une part, on a vu précédemment que les risques de récurrence des troubles métaboliques en post-partum suite à un diabète gestationnel surviennent assez rapidement, dans les 4 mois du post-partum. Il est donc indispensable de connaître les processus cognitifs à l'œuvre dans les mécanismes de décision comportementale au plus tôt chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel afin que les professionnels de santé qui œuvrent auprès d'elles dans ce laps de temps, en l'occurrence les sages-femmes, puissent intervenir de façon optimale. Au-delà de 6 mois post-partum, ces femmes ont très peu – voire plus – de lien avec les équipes de soins. Il n'est donc pas judicieux de déterminer des facteurs impliqués dans le changement de comportement sur lesquels on ne pourra que difficilement agir.

- D'autre part, la littérature semble indiquer que le souvenir des conseils de prévention du diabète de type 2 s'efface avec le temps (1 à 5 ans après la naissance), mais qu'en est-il quelques semaines après la naissance? Est-ce que le fait d'être dans une autre situation change la perception du risque? On peut imaginer que la perception du risque du diabète pendant la grossesse ne se fait qu'en référence à l'enfant et non pas en référence à sa propre santé. Ce qui fait qu'une fois l'accouchement passé, lorsqu'il n'y a plus fusion entre la mère et l'enfant d'un point de vue physiologique, la perception du risque s'estompe.

Il apparaît donc nécessaire d'investiguer l'ensemble des facteurs impliqués dans les comportements de santé des femmes ayant eu un diabète gestationnel au plus près de l'accouchement, notamment à 6 semaines post-partum (date à laquelle un nouveau dépistage diabétique est effectué), et à 6 mois post-partum qui correspond à la reprise du travail pour nombre de femmes et donc parfois à la modification des habitudes de vie. Il est impératif de les identifier afin de pouvoir construire et mettre en œuvre des interventions cognitives et/ou psychosociales spécifiques auprès de ces femmes afin d'augmenter l'impact du conseil et améliorer leur observance des conseils diététiques et d'activité physique en réduisant la dissonance entre savoirs et comportements.

Ceci est donc l'objectif principal de l'étude financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique que nous menons actuellement à la maternité des HUG. Grâce aux résultats que nous obtiendrons, la santé future des femmes ayant souffert d'un diabète gestationnel pourrait être améliorée grâce à la construction d'un nouveau modèle théorique cognitif et social, spécifique à ce contexte particulier et permettant d'expliquer le lien entre les habitudes de vie, les croyances, les influences sociales et les cognitions. Sur la base de ce modèle pourront se construire des interventions cognitives et/ou psychosociales adaptées aux populations concernées, visant à diminuer l'incidence du diabète de type 2 suite à un diabète gestationnel. ◀

La bibliographie complète peut être consultée sur notre page Internet: www.sage-femme.ch > Sages-femmes > Actualités pour membres