

Les chaînons manquants de la promotion de la santé après un diabète gestationnel

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

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **112 (2014)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949328>

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.

Les chaînons manquants de la promotion de la santé après un diabète gestationnel

Une étude longitudinale a été réalisée de novembre 2011 à juin 2013 en collaboration avec la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) auprès de 120 femmes atteintes de diabète gestationnel sur les déterminants de leurs comportements de santé. Barbara Kaiser en résume les résultats et tire quelques recommandations en matière de promotion de la santé.

Barbara Kaiser, Genève

Les nombreuses études épidémiologiques sur le diabète gestationnel (DG) montrent que cette pathologie est une complication fréquente de la grossesse. En fonction de l'origine ethnique des populations étudiées et du critère de dépistage employé, ce trouble est diagnostiqué chez 2 à 18% des femmes enceintes [1]. Dans les populations européennes, la prévalence du DG est de l'ordre de 3 à 6% [2]. A Genève actuellement il concernerait 10% des grossesses [3].

Si le DG suscite autant l'intérêt des chercheurs et des praticiens de santé, c'est qu'il est associé à des issues de santé majeures pour les femmes. En effet, on sait désormais que le risque de développer un diabète de type II est sept fois plus élevé chez les patientes avec un antécédent de DG [1], et que un à deux tiers d'entre elles présenteront une récurrence de DG lors de grossesses ultérieures [4]. Il est donc crucial que les femmes enceintes concernées soient informées des mesures de prévention hygiéno-diététiques à adopter dès le post-partum immédiat à savoir pratiquer une activité physique régulière et adopter un régime alimentaire équilibré comportant au moins cinq fruits et/ou légumes par jour, pauvre en lipides, en glucides et en sel (voir détails dans le tableau ci-contre). Ceci est d'autant plus important que l'impact de telles habitudes de vie se répercutera sur l'ensemble de la famille, notamment sur les enfants de ces femmes qui présentent également un risque accru d'obésité et de diabète. En dépit du fait que ces recommandations soient définies et connues, une revue de littérature récente publiée par notre équipe [5] montre qu'après un DG les femmes ont en général beaucoup de difficultés à adopter des comportements de santé adaptés à la prévention du diabète de type II. Un manque de connaissance relatif à l'activité physique et à l'alimentation associé à une faible perception du risque pour soi-même de développer un diabète dans le futur conduirait à une faible motivation à changer ses habitudes de vie. Et quand la motivation est bien présente, un manque de soutien social (de la part de la famille, du conjoint, du réseau social au sens large, mais aussi des professionnels de santé) associé à un faible sentiment de compétence personnelle serait à l'origine d'une adhérence limitée aux mesures de prévention dans le post-partum après un DG.

Mesures hygiéno-diététiques préconisées après un diabète gestationnel

Alimentation

Hydrates de carbone complexes
3 portions par jour, une portion par repas

Fruits et légumes
5 portions par jour (au minimum 600 g)

Matières grasses visibles
Huile d'olive (riche en AGMI) et de colza (riche en AGMI et AG-oméga 3)
(1 cs par personne et par repas) pour cuisiner | Beurre ou margarine de bonne qualité (10 g), utilisation à froid uniquement

Matières grasses cachées
Privilégier les viandes maigres | Consommer du poisson au moins une fois par semaine | Limiter la consommation de charcuteries | Limiter la consommation de plats pré-cuisinés et de mets gras (par exemple friture, panure)

Activité physique

Dans un premier temps
Pratique quotidienne (30 minutes par jour) d'une activité physique provoquant une légère accélération du pouls et de la respiration (marche rapide, utilisation des escaliers)

Dans un deuxième temps
Activité physique d'endurance de trois fois 20 à 60 minutes par semaine (jogging, ski de fond, natation par exemple)

Tiré de Beer S, Alexandre K, Pécoud S & Ruiz J (2006). Diabète gestationnel: le suivi s'arrête-t-il après l'accouchement? Revue Médicale Suisse, 68.

Afin de tester ces hypothèses issues de modèles théoriques, nous avons mené une étude longitudinale de novembre 2011 à juin 2013 en collaboration avec la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) (pour le design d'étude complet voir [6]). Des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies auprès de 120 femmes atteintes de diabète gestationnel, en fin de grossesse, puis à 6 semaines et à 6 mois post-partum.

Résultats

Les résultats montrent qu'en fin de grossesse l'immense majorité des femmes connaît les règles diététiques de base à adopter pour prévenir le diabète (88%) ainsi que la nécessité d'une activité physique régulière (83%). De plus, 62% d'entre elles sait que le fait d'avoir eu un DG est un facteur de risque de développer un diabète dans le futur. En revanche, elles sont seulement 12% à se considérer elles-mêmes comme étant à fort risque de développer un type II dans les années à venir. Ces chiffres relatifs à la perception du risque illustrent un phénomène psychologique intéressant appelé optimisme comparatif – croyance que son avenir sera meilleur que celui des autres – qui pourrait expliquer un manque de motivation à changer ses habitudes de vie après un DG. Mais, dans ce contexte, ce concept reste à explorer car, contrairement aux hypothèses théoriques de départ, plus de 74% des femmes interrogées ont fortement l'intention d'adopter des habitudes de vie propices à la prévention du diabète après leur accouchement.

Les résultats de l'évaluation quantitative des comportements alimentaires et d'activité physique à 6 semaines post-partum sont toutefois moins optimistes. En effet, plus de 70% des femmes incluses dans l'étude présente un niveau d'activité physique insuffisant et une alimentation déséquilibrée par rapport aux recommandations (seul 28% des femmes dit pratiquer quotidiennement au



Barbara Kaiser Professeure HES
Haute école de santé de Genève, Filière sage-femme
Avenue de Champel 47, CH-1206 Genève
T 022 388 56 99
barbara.kaiser@hesge.ch

Après sa formation de sage-femme, Barbara Kaiser a suivi un cursus universitaire de psychologie. Elle a obtenu le titre de psychologue en 2005, et le titre de Docteure en psychopathologie clinique en 2008. Les comportements de santé dans le post-partum, la santé mentale, la communication patient-soignant et les interventions brèves en période périnatale constituent ses principaux domaines de recherche et d'enseignement à la HES.

Editorial



Maria-Pia Politis Mercier
sage-femme, enseignante HES-S2,
Lausanne

Chère lectrice, cher lecteur,

Le diabète gestationnel est emblématique des changements épidémiologiques autant que des conceptions et pratiques en périnatalité.

Les connaissances émergentes en épigénétique soulignent l'importance des 1000 premiers jours de vie (avec la période fœtale) dans la constitution de la santé du nouveau-né et de l'enfant mais aussi du futur adulte. Les incidences de la grossesse dans le parcours de vie des femmes sont également mieux identifiées.

Ces données devraient être davantage intégrées dans les buts et pratiques du suivi de grossesse, de la préparation à la naissance et du post-partum mère-enfant.

Il en résulte que les sages-femmes ont à relever les défis leur permettant de s'approprier des compétences validées en éducation thérapeutique, en promotion de la santé et en recherche afin de conjuguer tant les approches relatives aux soins sages-femmes que celles issues d'autres domaines, ceci grâce à la formation postgrade et à la recherche sage-femme. Ainsi, la profession pourrait être mieux équipée pour être partie prenante au sein des services de santé maternelle et y apporter ses contributions. Des pratiques sages-femmes ont démontré leurs bénéfices tant pour les femmes que leurs enfants, même lors de complications.

Le vaste débat sur les risques et sur les controverses concernant la définition du diabète gestationnel et sa prise en charge pourrait être nourri aussi par la profession notamment en vue de moduler les effets négatifs liés à la standardisation, voire au surdiagnostic ou au surtraitement.

Rester la profession de proximité pour toutes les femmes, dans leur diversité, durant leur période de maternité, au-delà d'une vision polarisée et réductrice entre physiologie ou pathologie, constitue un enjeu de taille pour les sages-femmes et aussi pour les femmes et leurs enfants.

M.P. Politis Mercier

Cordialement, Maria-Pia Politis Mercier

moins 20 minutes de marche ou de vélo par exemple, et seul 22% consomme au moins trois fruits et légumes par jour). Les résultats sont sensiblement identiques à 6 mois post-partum (72% de femmes présente un équilibre alimentaire et un niveau d'activité physique insuffisant pour prévenir l'apparition du diabète de type II). Les chiffres concernant l'activité physique sont d'autant plus préoccupants qu'ils sont inférieurs aux chiffres recueillis dans la population féminine suisse où l'on observe que 34 à 41% de femmes en âge de procréer (de 24 à 44 ans globalement) pratiquent une activité physique régulière [7].

Des analyses statistiques de type corrélationnelles et des régressions logistiques complétées par des données qualitatives issues d'entretiens semi-structurés ont été menées. Elles indiquent que les deux seuls facteurs qui entrent en jeu dans la mise en place de comportements de santé adaptés dans le post-partum après un DG sont le soutien social (à 6 semaines et à 6 mois post-partum) et les connaissances relatives aux mesures de prévention du diabète (à 6 mois post-partum uniquement). Le fait que les femmes à fort risque diabétique ne parviennent que très peu à pratiquer une activité physique ou à préparer des repas suffisamment équilibrés ne serait donc pas lié à une question de perception biaisée du risque, ni à un faible sentiment de compétence. En dépit de la motivation de ces femmes et des connaissances acquises pendant le suivi prénatal, ce sont les moyens et les ressources nécessaires à la mise en place de ces comportements qui font défaut, à savoir le soutien social.

Les femmes interrogées évoquent en ce sens le peu d'occasions qu'elles ont de pouvoir faire garder l'enfant ou les enfants, le manque d'aide pour les tâches domestiques (soutien social matériel), le manque d'implication de leur conjoint (soutien affectif et d'estime), leur isolement social parfois. Pour pouvoir pratiquer une activité physique, elles disent que des structures de proximité, où elles pourraient venir accompagnées de leur(s) enfant(s), pour pratiquer avec d'autres jeunes mères, serait la meilleure solution.

Six mois après l'accouchement s'ajoute à cela une dilution des souvenirs relatifs aux moyens de prévenir le diabète, et notamment des conseils diététiques prodigués pendant la grossesse. Les femmes elles-mêmes rapportent qu'elles auraient besoin à ce moment-là de consultations centrées sur la structuration spécifique de leur alimentation, les types d'aliments à privilégier ou encore la taille des portions (soutien social informatif).

Conclusions et recommandations

En conclusion, nous avons pu mettre en évidence que la problématique du manque d'adhérence aux mesures hygiéno-diététiques visant à prévenir la survenue d'un diabète de type II chez les femmes ayant eu un DG n'était liée ni à une mauvaise transmission de l'information pendant la grossesse ni à la motivation des femmes. Le problème majeur demeure le manque de ressources disponibles pour la mise en place de comportements alimentaires sains et d'activité physique régulière.

Ces résultats sont sans doute liés aux spécificités des populations exposées davantage au risque de DG (facteur de risque génétique lié à l'ethnie, [1]) et aux caractéristiques de la population genevoise. En effet, plus de 65% des femmes interrogées pour cette étude sont migrantes, d'origine asiatique, africaine ou hispanique. A l'isolement social lié au statut de migrante s'ajoute la problématique des habitudes et goûts alimentaires parfois incompatibles avec les conseils prodigués en Suisse. Les femmes évoquent le fait que les denrées qui sont à la base de leur alimentation ne sont souvent pas répertoriées dans les menus-types et qu'elles ne parviennent donc pas toujours à trouver des compromis entre leurs habitudes culinaires familiales et le respect d'un équilibre expliqué à la lumière des habitudes occidentales. De plus, ces femmes sont souvent déjà en surpoids (BMI moyen de l'échantillon avant grossesse = 27 kg/m²), le changement radical d'habitudes de vie qu'elles doivent envisager leur apparaît alors comme difficile.

Une grossesse compliquée par un DG doit être considérée comme une opportunité majeure de promotion de la santé. Les sages-femmes peuvent dans ce contexte jouer un rôle crucial pour la prévention du diabète en général, ce d'autant plus que les habitudes de vie saine implémentées par les femmes au domicile atteignent aussi leurs enfants et leurs conjoints. Tout comme il existe un suivi glycémique des patientes ayant eu un DG, l'encadrement pour le suivi des règles hygiéno-diététiques est crucial et participe tout autant à la prévention des conversions diabétiques. Pour palier le manque de ressources décrit par les femmes concernées à Genève, on pourrait imaginer la mise en place d'un partenariat entre sages-femmes, diététiciennes, médecins, pourquoi pas professionnels du sport, dans le cadre de consultations pluridisciplinaires espacées dans le temps car les messages de prévention doivent être répétés régulièrement, les changements de mode de vie étant difficiles à maintenir sur le long terme.

Bibliographie

- 1 Bellamy L et al.: Type II diabetes mellitus after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373:1773-9.
- 2 Hunt KJ, Schuller KL: The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34:173-99.
- 3 Ramyeard L, Boulvain M: Dépistage du diabète gestationnel. *Fortbildung* 2012; info@gynakologie-06-2012.
- 4 MacNeill S et al.: Rates and risk factors for recurrence of gestational diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 659-62.
- 5 Kaiser B, Razurel C: Determinants of postpartum physical activity, dietary habits and weight loss after gestational diabetes mellitus. *J Nurs Manag* 2013; 21(1): 58-69.
- 6 Kaiser B et al.: Impact of health beliefs, social support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabetes mellitus: study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 3(1):133.
- 7 Lamprecht, Stamm: *Activité physique, sport et santé. Faits et tendances se dégageant des enquêtes suisses sur la santé de 1992, 1997 et 2002.* Office Fédéral de la Statistique 2006.