



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

pratique soignante

La prise en charge éducative du diabète gestationnel

■ Le diabète gestationnel est une hyperglycémie décelée pendant la grossesse ■ Les études récentes ont montré l'intérêt de la prise en charge intensive de ce diabète pour limiter les répercussions maternelles et fœtales ■ L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de l'accompagnement de ces patientes ■ À partir d'une autoévaluation de ses pratiques éducatives, l'équipe de diabétologie du centre hospitalier universitaire de Besançon (25) a mis en évidence une prise en charge centrée sur les aspects techniques et diététiques ■ Pour chaque dysfonctionnement, des pistes d'amélioration ont été proposées, mises en œuvre et évaluées.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

CAROLINE FILIATRE
CÉCILE ZIMMERMANN

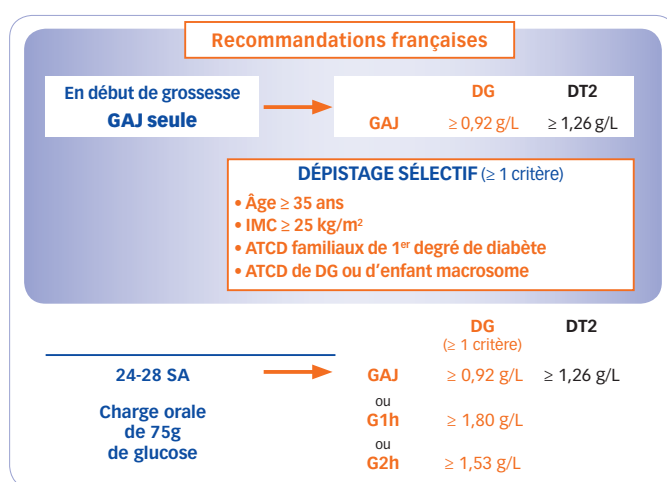
The educational management of gestational diabetes. Gestational diabetes is hyperglycaemia detected during pregnancy. Recent studies have shown the benefit of the intensive management of this form of diabetes in limiting the repercussions on the mother and foetus. Therapeutic education is an integral part of the support given to these patients. Based on a self-assessment of its educational practices, the diabetology team at the University Hospital of Besançon has focused on a management of the condition centred on technical and dietary aspects. For every issue, areas of improvement were suggested, implemented and assessed.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le diabète gestationnel (DG) est une hyperglycémie apparue ou décelée pour la première fois pendant la grossesse [1]. Depuis 2010, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Société francophone du diabète (SFD) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont établi des recommandations concernant le dépistage du DG [2,3]. Les femmes enceintes sont donc dépistées à partir de facteurs de risque (*figure 1*) [4]. Les données récentes de la littérature ont montré l'intérêt de la prise en charge intensive de l'hyperglycémie de ces femmes enceintes pour limiter les répercussions maternelles et fœtales [5-7]. Les complications les plus fréquentes sont la macrosomie, la dystocie des épaules et les traumatismes fœtaux,

les troubles métaboliques et la détresse respiratoire. Il existe également des effets à long terme avec une augmentation du risque de diabète de type 2

pour la mère et un risque de surpoids ou d'obésité pour l'enfant. Ces complications justifient une prise en charge spécifique, rapide et pluridisciplinaire.



DT2 : diabète de type 2 ; GAJ : glycémie à jeun ; G1h : glycémie à 1 heure post-charge (HGPO) ; G2h : glycémie à deux heures post-charge (HGPO) ; IMC : indice de masse corporelle ; ATCD : antécédents ; SA : semaine d'aménorrhée

Figure 1. Référentiel français proposé par le CNGOF, la SFD et la SFP pour le dépistage du diagnostic du diabète gestationnel.

Source : Vambergue A. Le diabète gestationnel. Médecine des maladies métaboliques 2012;4(6):271-78.

MOTS CLÉS

- Diabète gestationnel
- Éducation thérapeutique du patient
- Évaluation des pratiques professionnelles
- Prise en charge éducative et bilan éducatif partagé

KEYWORDS

- Assessment of professional practices
- Educational management and educational balance-sheet shared
- Gestational diabetes
- Therapeutic patient education

Les nouvelles recommandations en matière de dépistage n'ont pas été accompagnées de recommandations en matière de prise en charge, notamment pour les DG découverts en début de grossesse. Cette prise en charge repose classiquement sur l'autosurveillance glycémique quotidienne, accompagnée d'un suivi diététique, médical et obstétrical personnalisé. Aussi, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante des soins dispensés à ces patientes tout au long de leur prise en charge. Ceci interroge donc sur les pratiques éducatives développées dans le service en matière de DG.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), initiée par l'unité transversale pour l'éducation du patient (Utep), en lien avec la direction Recherche projet qualité du centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon (25), l'équipe du service de diabétologie a souhaité évaluer l'activité éducative structurée développée depuis 10 ans pour les femmes enceintes ayant un DG. Ce travail a débuté en 2010. Un petit groupe pluriprofessionnel, d'une part, a "examiné" le processus éducatif en cours et l'a confronté à un "processus idéal", et, d'autre part, a réalisé une analyse sur dossiers à l'aide d'une grille fournie par l'Utep. L'équipe a pu ainsi repérer les points forts et ceux à améliorer.

DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE AU MOMENT DE L'ÉVALUATION

■ **Suite au dépistage**, les sages-femmes ou gynécologues orientaient les patientes ayant un DG

vers le service de diabétologie. La secrétaire du service était chargée de les inviter à participer à un atelier collectif (d'environ 2 h 30), en précisant que les conjoints étaient les bienvenus. Les patientes chez qui la secrétaire décelait que la prise en charge en groupe était inadaptee (difficultés d'expression, de compréhension, par exemple), étaient orientées vers une séance individuelle.

■ **La séance collective initiale**, atelier qui avait lieu tous les 15 jours, était animé par une infirmière, un médecin et une diététicienne formés à l'ETP. Cette séance avait été mise en place il y a 10 ans pour deux raisons : le DG nécessite une prise en charge rapide et cette offre permettait de donner un rendez-vous aux patientes dans un délai de quinze jours maximum. Regrouper les patients donnait ainsi l'impression de gagner du temps, la prise en charge initiale étant assez standardisée. Cette séance avait pour objectifs, en ce qui concerne les patientes, de :

- **confronter leurs connaissances et leurs croyances** concernant cette pathologie ;
- **exprimer leurs craintes** ;
- **obtenir des réponses** à leurs questions et préoccupations ;
- **s'informer sur la façon de se prendre en charge** : réaliser un autocontrôle de leurs glycémies, repérer les aliments potentiellement hyperglycémisants, connaître les principes d'une alimentation équilibrée pendant la grossesse, percevoir l'intérêt de l'activité physique dans le traitement du DG, organiser le suivi ;
- **échanger entre elles**.

Un bilan était réalisé en fin d'atelier où les patientes avaient l'occasion d'exprimer leurs ressentis et ce qu'elles avaient retenu. Un document de synthèse était remis à chacune.

■ **Les jeunes femmes étaient revues systématiquement** en consultation diététique individuelle une semaine après l'atelier, avec un journal de bord où elles notaient leurs glycémies, leur alimentation et leur activité physique. Par la suite, la fréquence des consultations de suivi était adaptée au cas par cas. Les patientes avaient l'occasion de rencontrer un médecin si elles le souhaitaient, tout au long de la prise en charge, et également lorsque l'introduction d'un traitement médicamenteux s'avérait nécessaire.

LES CONSTATS

■ **L'EPP a permis de mettre en évidence** des points forts :

- **une bonne coordination avec la maternité** pour la prise de contact avec le service. En outre, l'offre éducative était bien connue de l'équipe et des professionnels de la maternité ;
- **un accueil téléphonique personnalisé** afin d'orienter, de rassurer et d'apporter quelques explications sur le déroulement à venir ;
- **un atelier collectif formalisé**, avec un planning semestriel, un conducteur de la séance, des techniques d'animation participatives ;
- **une équipe pluriprofessionnelle** formée à l'ETP, cohérente ;
- **l'existence d'un "dossier DG"** intégré au dossier, où tous les intervenants prennent des notes ;
- **de nombreuses transmissions orales** au sein de l'équipe ;
- **un suivi éducatif individuel personnalisé**.

■ **Les points faibles étaient :**

- **une prise en charge éducative très centrée sur les aspects techniques** (surveillance des glycémies capillaires) et diététiques ;

- un manque d'informations recueillies dans le dossier concernant le regard que porte la patiente sur la situation, ses difficultés, ses ressources ;

- un manque d'implication du conjoint ;

- un manque de transmission des informations concernant l'éducation des patientes, aux correspondants du service d'obstétrique et au médecin traitant ;

- l'absence de bilan éducatif partagé initial dans la démarche tel que le décrit Brigitte Sandrin-Berthon [8], ce qui pouvait expliquer que la prise en charge éducative initiale soit standardisée et non une réelle démarche d'éducation personnalisée.

■ **Parallèlement, au cours de ces réunions de travail**, les soignants ont exprimé un sentiment d'insatisfaction et de lassitude : une impression de "survoler" et de ne pas connaître vraiment les patientes en fin de séance. Les diététiciennes se sont également posé des questions sur l'approche diététique initiale. En effet, un travail était réalisé sur l'alimentation équilibrée, les aliments hyperglycémiques, les fibres... Finalement, les patientes repartaient avec de nombreux conseils standardisés. En outre, les séances étaient très variables d'une fois sur l'autre, avec 2 à 7 patientes accueillies. Les soignants ont parfois rencontré, certaines personnes n'ayant pas envie de se retrouver en groupe, d'autres ayant de lourdes difficultés sociales ou psychologiques.

LES CHANGEMENTS MIS EN ŒUVRE

■ **Un groupe de travail pluriprofessionnel s'est réuni début janvier 2012** (médecins, infirmières, diététiciennes et

secrétaires), afin d'échanger sur ces constats et envisager les améliorations possibles. Pour chaque dysfonctionnement, les causes possibles ont été étudiées et l'équipe a choisi celles sur lesquelles elle pensait pouvoir agir. Des pistes d'amélioration ont été proposées, puis mises en œuvre en février 2012 et testées pendant 2 mois.

■ **Une restructuration complète de la démarche éducative initiale proposée aux patientes a été décidée**, avec suppression de la séance collective et mise en place d'un bilan éducatif initial partagé en individuel (qui permet de faire connaissance avec les patientes de façon plus approfondie).

En pratique, trois bilans partagés sont réalisés en parallèle par 3 membres de l'équipe (IDE, médecin, diététicienne). Ensuite, les patientes peuvent être amenées à rencontrer individuellement un autre professionnel (médecin/ diététicienne) si des besoins spécifiques ont été identifiés et si le professionnel qui a mené l'entretien ne se sent pas suffisamment à l'aise pour répondre à certaines questions. Dans un dernier temps, toutes les patientes se retrouvent avec l'infirmière pour la formation à l'autosurveillance glycémique, qui est souvent un moment d'échanges. Cette prise en charge ne relève pas d'une hospitalisation de jour [9], aussi elle est cotée sous forme de consultation.

■ **Pour aider les soignants à mener ce bilan initial partagé**, un guide d'entretien pour la réalisation de ce bilan éducatif a été élaboré.

■ **Un changement complet dans l'approche diététique initiale a été décidé** : l'équilibre alimentaire n'est plus abordé.

Il est plutôt proposé aux patientes de tester leur alimentation telle qu'elle est, sur une semaine, de surveiller leurs glycémies, d'analyser les résultats et de refaire le point avec elles une semaine plus tard, à l'aide d'un journal de bord.

■ **Les conjoints sont associés à la démarche**, selon le souhait de chaque patiente. Le suivi personnalisé reste inchangé ; le dossier d'éducation a été réajusté ; le document de synthèse remis aux patientes a été simplifié.

■ **Un travail sur les courriers adressés aux correspondants a été réalisé**. Sous réserve de l'accord des patientes, après le bilan initial partagé, une lettre type est envoyée à la maternité et au médecin généraliste. Pour les bilans de suivi, une photocopie de la fiche de suivi est envoyée à la maternité. Un courrier de fin de suivi est adressé au médecin généraliste.

■ **Toute l'équipe paramédicale a été informée de ces changements** via un compte rendu et l'information a été transmise oralement lors d'un staff à l'équipe médicale, ainsi que par mail. Un message informant des modifications de la prise en charge a également été envoyé à la maternité.

ÉVALUATION DES NOUVELLES PRATIQUES

■ **Une réunion d'éducation dans le service** a eu lieu fin avril 2012 afin d'établir un bilan sur les changements mis en œuvre depuis deux mois (tableaux 1 et 2).

■ **Pour l'organisation**, aucune difficulté n'a été notée. Le guide d'entretien a été un support satisfaisant pour commencer. Le nouveau "dossier d'éducation DG" convient à l'ensemble des soignants.

RÉFÉRENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
- [2] International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendation on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010;33:676-82.
- [3] Le diabète gestationnel. Référentiel élaboré par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et par la Société francophone du diabète (SFD) – 2010. *Médecine des maladies métaboliques* 2010;4:713-7.
- [4] Galtier F. Definition, epidemiology, risk factors. *Diabetes Metab* 2010;36:628-51.
- [5] Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM. Gestational diabetes : the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:989-97.

RÉFÉRENCES (SUITE)

[6] Crowther Ca, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. N Engl J Med 2005;352: 2477-86.
 [7] Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, Casey B et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. N Engl J Med 2009; 361:1339-48.
 [8] Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques 2010;1(4):38-43
 [9] Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
 [10] Vambergue A. Le diabète gestationnel. Médecine des maladies métaboliques 2012;4(6): 71-78.

Remerciements :
 les auteurs remercient le professeur Penfornis, les docteurs Grandperret-Vauthier, Bourcelot et Collette pour la relecture de cet article.

Déclaration d'intérêts :
 les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

LES AUTEURS

Caroline Filiatre, diététicienne, cfiliatre@chu-besancon.fr,
 Cécile Zimmermann, médecin diabétologue, service de diabétologie endocrinologie, maladies métaboliques, nutrition, CHRU Jean Minjoz, 1, boulevard Fleming, 25000 Besançon Cedex, France

TABLEAU 1. Transmissions, points forts et à améliorer.

Points forts	Points à améliorer
<ul style="list-style-type: none"> Des comptes rendus sont adressés au service de gynécologie systématiquement. 	<ul style="list-style-type: none"> Les patientes ne sont pas systématiquement informées de la diffusion des bilans de suivi. Certaines sont suivies par une sage-femme libérale qui ne reçoit aucun compte rendu et n'est pas informée des messages délivrés lors des consultations.

TABLEAU 2. Le ressenti de l'équipe (bilans partagés/nouvelle approche diététique).

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> Les médecins, les diététiciennes et certaines infirmières se sentent à l'aise pour mener ces entretiens. Les impressions sont très positives : personnalisation de la démarche d'éducation/temps accordé à chaque patiente/meilleure connaissance des problématiques et besoins de chacune/échanges facilités. Le changement d'approche diététique semble plus efficace : la phase initiale d'expérimentation et d'observation paraît essentielle et permet souvent aux patientes d'en tirer leurs propres conclusions et de décider de changements d'habitudes alimentaires avant même de revenir en consultation. Degré de satisfaction très positif : « Cela change tout », « Pas envie de revenir en arrière ». 	<ul style="list-style-type: none"> Certaines infirmières ne se sentent pas à l'aise pour mener ces entretiens seules : ne savent parfois pas quoi répondre à toutes les questions et n'aiment pas différer les réponses. Certaines se sentent gênées car les patientes convoquées pensent qu'elles vont voir un médecin et semblent surprises quand ce n'est pas le cas. Ces femmes pourraient-elles ressentir une inégalité de prise en charge ?

Suite à cette évaluation, les propositions suivantes ont été dégagées :

- poursuivre les bilans partagés en consultation individuelle et la nouvelle approche diététique ;
- pour les infirmières qui le souhaitent, mener les entretiens en binôme avec les médecins ou les diététiciennes, afin de prendre plus d'assurance ;
- mieux informer les patientes sur le déroulement du premier entretien lors du premier contact téléphonique ;
- se présenter sans blouse en salle d'attente et expliquer à la patiente, en début d'entretien, sa fonction, le déroulement et les modalités de prise en charge proposées ;
- demander systématiquement leur accord aux patientes pour que les comptes rendus soient transmis aux différents professionnels qui les suivent ;
- penser à demander aux patientes si elles sont suivies par une sage-femme libérale et prendre les coordonnées de celle-ci afin de pouvoir lui

transmettre également les documents ;

- évaluer de façon plus objective la satisfaction des patientes concernant cette prise en charge.

CONCLUSION

■ Grâce à ce travail d'évaluation, l'équipe a pris conscience du fait que l'organisation de la séance collective initiale n'était pas idéale. La réalisation d'un bilan éducatif partagé initial semble actuellement plus satisfaisante pour les professionnels, mais aussi pour les patientes dont les témoignages nous encouragent à poursuivre dans cette voie. La démarche d'évaluation se poursuit en 2013 par une nouvelle étude réalisée sur les mêmes principes qu'en 2010.

■ Cette EPP a permis de prendre du recul, d'analyser et de faire évoluer les pratiques éducatives alors même qu'elles paraissaient "bien rôdées".

■ Il faut toutefois souligner que parallèlement à cette

évolution des pratiques, les nouveaux critères de dépistage du DG ont occasionné, comme dans de nombreux services de diabétologie, un nombre croissant de consultations médicales et diététiques [10]. Au CHU de Besançon, le nombre de patientes suivies pour un DG est passé de 148 en 2011 à 220 patientes en 2012 (augmentation de près de 50%). Ceci pousse à réfléchir sur d'autres modalités de suivi : le recours à des consultations téléphoniques ou à des échanges par mail lorsque cela est possible. Cependant, si toutefois le nombre de patientes devait augmenter encore, de nouvelles adaptations devraient être envisagées en définissant par exemple une stratégie de prise en charge différente, en lien avec d'autres acteurs : médecins généralistes, sages-femmes, diététiciennes libérales, gynécologues ? ■