

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**AUDIT DE L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS
POUR LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DU
DIABETE GESTATIONNEL**

MARSAC Delphine

Née le 25 avril 1990

Directeur de mémoire : Docteur Agnès COLOMBEL

Année universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Dr Agnès Colombel, pour le temps qu'elle m'a consacré, pour son aide et ses conseils.

Je remercie chaleureusement Madame C.Ferrand pour ses conseils et sa disponibilité.

Je souhaite également remercier Dr B.Branger pour son aide précieuse.

Merci à mes parents, mon frère et mes amis pour m'avoir encouragée et soutenue tout au long de mes études.

Enfin, un grand merci à toute la promotion pour ces bons moments partagés.

LISTE DES ABREVIATIONS

HAPO	: hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes
IADPSG	: international association of the diabetes and pregnancy study groups
CNGOF	: collège national des gynécologues obstétriciens français
SFD	: Société francophone du diabète
HGPO	: hyperglycémie provoquée par voie orale
SA	: semaines d'aménorrhée
HAS	: haute autorité de Santé
IMC	: indice de masse corporelle
PN	: poids de naissance
GAJ	: glycémie à jeun
DG	: diabète gestationnel
DGID	: diabète gestationnel insulino-dépendant
ERCF	: enregistrement du rythme cardiaque fœtal
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
FDR	: facteur de risque
DT2	: diabète de type 2
VPN	: visite post-natale
AM	: allaitement maternel
CSP	: Code de la Santé Publique
RPC	: Recommandations pour la pratique clinique

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : GENERALITES	2
1. Rappels sur le diabète sucré	2
2. Le diabète gestationnel.....	2
2.1 Définition	2
2.2 Physiopathologie.....	3
2.3 Epidémiologie	4
2.4 Facteurs de risque.....	4
3. Complications du diabète gestationnel.....	5
3.1 Complications maternelles	5
3.2 Complications fœtales et néonatales	5
4. Recommandations sur le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel.....	6
4.1 Historique.....	6
4.2 Recommandations CNGOF et SFD de 2010.....	7
4.3 Modalités du dépistage.....	7
4.4 Prise en charge thérapeutique du diabète gestationnel.....	10
4.6 Accouchement.....	11
4.7 Prise en charge néonatale	11
4.8 Post-partum / Pronostic maternel ultérieur.....	12
DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS	13
1. Objectifs de l'étude	13
2. Matériel et méthodes	13
2.1 Recueil des données	13
2.2 Critères d'inclusion	13
2.3 Facteurs étudiés	14
2.4 Méthode statistique et logiciels utilisés.....	15
3. Résultats	16
3.1 Description de la population étudiée.....	16
3.2 Dépistage du diabète gestationnel.....	19
3.3 Diagnostic	22
3.4 Prise en charge	23
TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	27
1. Limites de notre étude.....	27

2.	Analyse des résultats.....	28
2.1	Facteurs de risque.....	28
2.2	Dépistage du 1 ^{er} trimestre.....	29
2.3	Dépistage au 2 ^{ème} trimestre.....	29
2.4	Diagnostic	30
2.5	Prise en charge	32
2.6	Accouchement.....	32
2.7	Post-partum	33
3.	Amélioration des pratiques	33
3.1	Amélioration des connaissances	34
3.3	Amélioration des supports.....	35
3.4	Amélioration de la prévention.....	35
3.5	Amélioration de l'information des patientes.....	37
3.4	Amélioration de la continuité de la prise en charge	38
3.6	Amélioration de la prise en charge du diabète gestationnel.....	38
	Annexe: questionnaire de recueil des données	

INTRODUCTION

Le diabète gestationnel, trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie, représente environ 6% des grossesses. Sa découverte n'est pas récente et pourtant une grande confusion a toujours régné concernant son association avec des complications périnatales, la performance de son dépistage ainsi que les bénéfices de son traitement.

En 2008, l'étude HAPO [1] a permis de montrer qu'il existe un continuum entre les glycémies maternelles et les risques périnataux. Cette étude a aussi clarifié les liens physiopathologiques entre la glycémie et la macrosomie fœtale.

Le diabète gestationnel entraîne un risque accru de pré-éclampsie, césarienne, ainsi que de complications périnatales liées à la macrosomie. Son dépistage est donc légitime et apparaît comme un enjeu de santé publique d'autant que la tendance est à l'augmentation de sa prévalence.

L'étude HAPO a servi à l'élaboration par l'IADPSG de nouvelles recommandations concernant le diabète gestationnel. Ces recommandations ont été adoptées par le CNGOF et la SFD en 2010. Il s'agit d'un dépistage ciblé avec une méthode utilisant la glycémie à jeun au premier trimestre et une HGPO à 75g de glucose au 6^{ème} mois de grossesse.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'application des recommandations du CNGOF de 2010 concernant le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel au CHU de Nantes.

Dans un premier temps nous établirons un bref rappel sur le diabète gestationnel ainsi que sur les recommandations actuelles puis nous présenterons notre étude, ses résultats, ainsi que l'analyse et la discussion.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. Rappels sur le diabète sucré

Le diabète sucré est un ensemble d'anomalies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie résultant d'un défaut de sécrétion et/ou d'action de l'insuline.

On distingue plusieurs types de diabètes en dehors de la grossesse :

- le diabète de type 1, auto-immun, secondaire à une destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas, conduisant à une insulino-pénie absolue. Il représente 5% à 10% des diabètes.
- le diabète de type 2 où prédomine une insulino-résistance associée à une insulino-pénie relative. Il représente 90% à 95% des diabètes.[2]
- Les autres formes de diabète notamment les diabètes monogéniques, secondaires ou faisant partie de syndromes génétiques.

2. Le diabète gestationnel

2.1 Définition

Le diabète gestationnel est défini comme étant un trouble de la tolérance glucidique survenu ou reconnu pour la première fois pendant la grossesse. Cette définition regroupe deux situations différentes :

- l'apparition au cours de la grossesse d'une anomalie glycémique disparaissant au moins temporairement en post-partum, c'est la situation la plus fréquente.
- Le diabète patent, essentiellement de type 2, préexistant à la grossesse et découvert à l'occasion de celle-ci ou déclenché par les modifications métaboliques induites par la gestation et qui persiste après l'accouchement.[3]

2.2 Physiopathologie

La grossesse s'accompagne de modifications du métabolisme glucidique afin d'assurer les besoins nutritionnels du fœtus. Une première phase anabolique permet la mise en réserve du glycogène et des lipides lors du premier trimestre tandis que la deuxième phase catabolique permet le flux énergétique nécessaire à la croissance du fœtus.

Au cours de la grossesse normale, il existe une insulino-résistance associée à un hyperinsulinisme réactionnel.

Cette insulino-résistance hépatique et musculaire est physiologique, progressive et réversible. Un certain nombre d'hormones de la grossesse jouent un rôle dans l'insulino-résistance gravidique : la progestérone, la prolactine, le cortisol ou encore la leptine. Les mécanismes de l'insulino-résistance au cours de la grossesse sont encore mal connus. Il a été émis l'hypothèse d'une anomalie de liaison de l'insuline à son récepteur mais les études sont contradictoires. Les travaux sont plutôt en faveur d'un mécanisme post-récepteur, avec une possible diminution de l'activité tyrosine-kinase du récepteur de l'insuline.

L'hyperinsulinisme est réactionnel et prédominant en situation postprandiale. L'insulinémie à jeun augmente progressivement au cours de la grossesse de même que la réponse insulinique à une charge glucosée. Les insulinémies des femmes enceintes après une hyperglycémie provoquée par voie orale sont plus élevées qu'en dehors de la grossesse.

Il en résulte que la glycémie à jeun tend à diminuer en cours de grossesse pour atteindre son nadir aux alentours de 17 SA, en revanche la glycémie postprandiale augmente au cours de la grossesse normale et joue un rôle important dans l'afflux de nutriments à l'unité foeto-placentaire.

Lors d'un diabète gestationnel, l'insulino-résistance est aussi présente voire exagérée mais l'élément prédominant est la diminution de l'insulinosécrétion réactionnelle à l'insulino-résistance. Lors d'une HGPO, les patientes présentant un diabète gestationnel ont un pic plasmatique d'insuline plus tardif que les patientes avec tolérance glucidique normale.

Le mécanisme pouvant en partie expliquer ces anomalies de sécrétion de l'insuline est l'excès de pro-insuline. En effet le rapport proinsulinémie / insulinémie serait augmenté dans le diabète gestationnel. L'augmentation importante de la pro-insulinémie dans la première moitié de la grossesse chez les patientes diabétiques serait un facteur prédictif d'une détérioration de l'équilibre glycémique en fin de grossesse.

Les mécanismes impliqués dans le diabète gestationnel sont les mêmes que ceux impliqués dans le diabète de type 2. Ces deux entités ne seraient donc pas différentes, seulement vues à des stades différents : précoce pour le diabète gestationnel, plus tardif pour le diabète de type 2. [4,5]

2.3 Epidémiologie

La prévalence du diabète gestationnel est estimée entre 2% et 6% et diffère selon les populations. Celle-ci serait plus élevée chez les populations amérindienne et asiatique que chez les caucasiennes. Cependant les études sont difficilement comparables du fait de la variabilité des critères diagnostiques utilisés. En France, peu de données sont disponibles, le registre AUDIPOG rapporte des prévalences entre 3,8% en 2004 et 4,5% en 2005. [2] La tendance actuelle va généralement vers une augmentation de la prévalence du diabète gestationnel en raison notamment de l'augmentation de certains facteurs dans la population tels que le surpoids ou l'augmentation de l'âge moyen des femmes enceintes.

2.4 Facteurs de risque

De multiples facteurs de risque ont été identifiés, modifiables ou non, avec un impact plus ou moins important sur le risque de survenue d'un diabète gestationnel.

Les facteurs de risque ayant un fort impact sur le risque de diabète gestationnel sont l'âge maternel, les antécédents personnels de diabète gestationnel et de macrosomie, le surpoids et l'obésité, les antécédents de diabète de type 2 au premier degré. Les autres

antécédents familiaux de diabète de type 2 ont un impact moindre de même que le syndrome des ovaires polykystiques. [2]

D'autres facteurs de risque ont un impact plus modéré tels que l'origine ethnique amérindienne ou asiatique, le petit poids de naissance maternel, la petite taille maternelle ou encore les grossesses multiples.

La multiparité et la prise de poids gestationnelle sont probablement des facteurs non indépendants.

Le tabagisme n'augmente pas le risque et l'activité physique est un facteur protecteur.

3. Complications du diabète gestationnel

3.1 Complications maternelles

Le diabète gestationnel est associé à un risque accru de pré-éclampsie et de césarienne. En effet, il existe une relation positive et linéaire entre le degré d'hyperglycémie maternelle et ces risques sans qu'un seuil discriminant ne puisse être fixé. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque indépendants de l'hyperglycémie maternelle mais leur association au diabète gestationnel augmente les risques de pré-éclampsie et de césarienne.

Le diabète gestationnel n'est pas associé à une augmentation des risques d'extraction instrumentale, de déchirure périnéale et d'hémorragie du post-partum.

L'antécédent de diabète gestationnel entraîne un risque de récurrence élevé de 30% à 84%. De plus, il engendre un risque de diabète de type 2, de syndrome métabolique ainsi que de maladies cardiovasculaires. [6]

3.2 Complications fœtales et néonatales

La macrosomie est la principale conséquence démontrée du diabète gestationnel. La macrosomie est en elle-même un facteur de risque d'asphyxie et de décès périnatal.

Le risque de malformations est modérément augmenté en cas de diabète gestationnel par rapport à la population générale, cette augmentation est probablement liée à l'existence de diabète de type 2 méconnus parmi les patientes avec diabète gestationnel.

L'augmentation du risque de traumatismes obstétricaux et de plexus brachiaux en cas de diabète gestationnel n'est pas démontrée.

Actuellement, il n'existe pas assez de données pour établir un lien entre le diabète gestationnel et les troubles respiratoires néonataux en l'absence de macrosomie.

L'hétérogénéité des études concernant le risque d'hypoglycémie ne permet pas d'affirmer que le diabète gestationnel augmente le risque d'hypoglycémie néonatale. Quant aux risques d'hypocalcémie et d'hyperbilirubinémie, ils semblent analogues à ceux de la population générale. [7]

4. Recommandations sur le dépistage et la prise en charge du diabète gestationnel

4.1 Historique

En 1909, John Whitridge Williams, obstétricien américain, décrit pour la première fois la glycosurie pendant la grossesse.[8] En 1964, James O'Sullivan propose les critères diagnostiques du diabète gestationnel associés à un risque accru de diabète de type 2. Ce n'est qu'en 1967 que le terme de diabète gestationnel est énoncé par Jorgen Pedersen, un professeur de médecine interne danois.[9] En 1996, le CNGOF recommande le dépistage systématique du diabète gestationnel par une stratégie en deux temps, test d'O' Sullivan et HGPO à 100 g de glucose. En 2005, l'HAS n'a pas conclu sur les meilleures stratégies de dépistage et de diagnostic du diabète gestationnel.

4.2 Recommandations CNGOF et SFD de 2010

Les recommandations actuelles du CNGOF concernant le diabète gestationnel ont été émises en décembre 2010, elles font suite aux recommandations internationales de l'IADPSG s'appuyant notamment sur les résultats de l'étude d'observation HAPO.

Cette étude multicentrique internationale a été réalisée en double aveugle chez 25505 femmes enceintes dans le but d'établir le lien entre hyperglycémie maternelle et morbidités maternelles et périnatales. Elle a démontré qu'il existe une relation linéaire entre l'hyperglycémie maternelle et les complications citées précédemment. [1]

4.3 Modalités du dépistage

Le dépistage est ciblé, il s'effectue en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque suivants :

- Age maternel ≥ 35 ans
- IMC ≥ 25 kg/m²
- Antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré
- Antécédents personnels de DG
- Antécédent personnel d'enfant macrosome, c'est-à-dire avec un PN > 4000g.

Le dépistage est réalisé lors de la première consultation prénatale par une glycémie à jeun.

- Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L : diagnostic de diabète de type 2
- Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/L : diagnostic de diabète gestationnel
- Glycémie à jeun $< 0,92$ g/L : effectuer une HGPO 75g entre 24 et 28 SA.
HGPO 75g sur 2h : Diagnostic de DG si glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/L
et/ou à H1 $\geq 1,80$ g/L
et/ou à H2 $\geq 1,53$ g/L

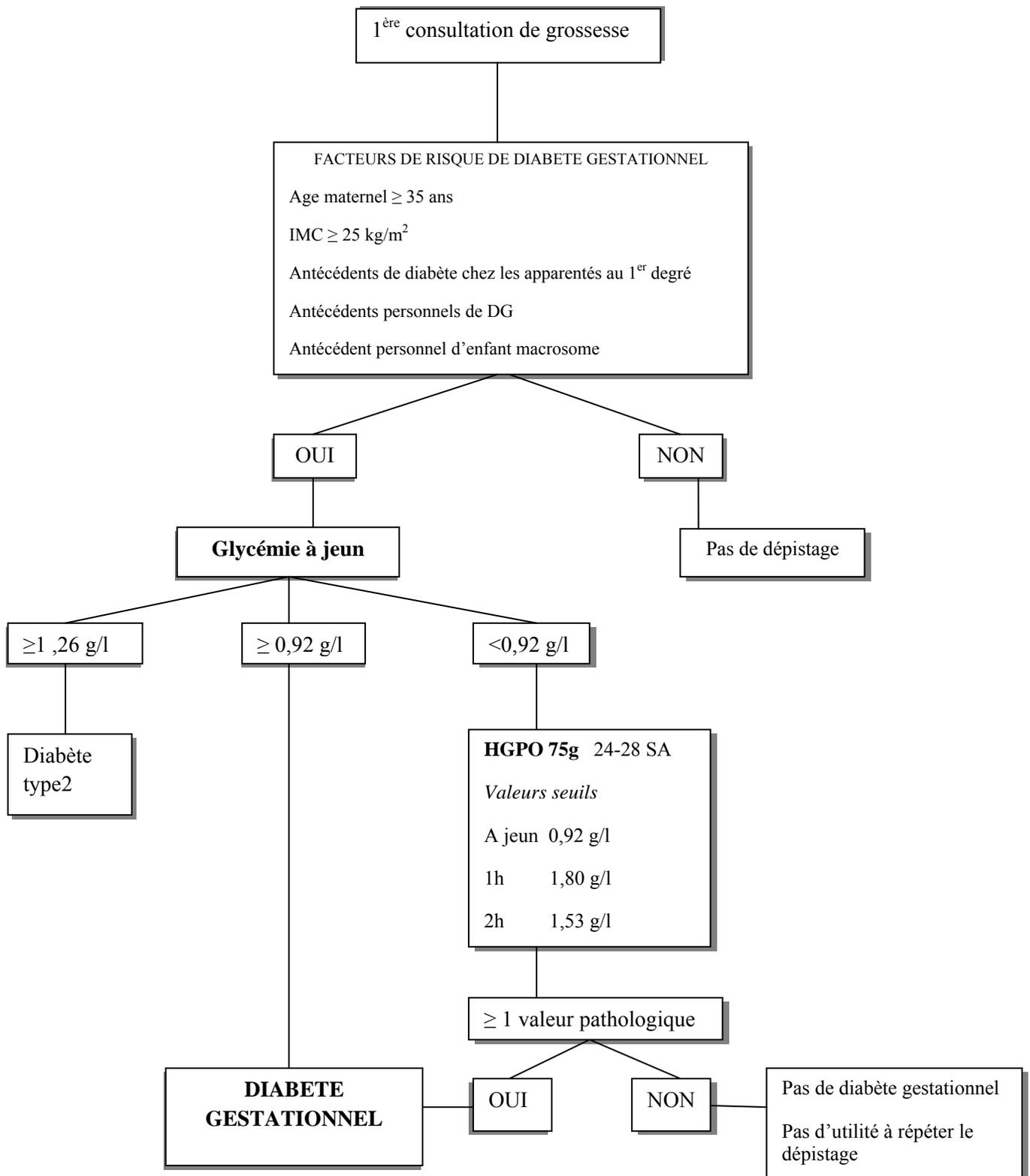
Le DG est défini lorsqu'une seule de ces valeurs seuil est égale ou dépassée.

En cas de normalité du dépistage entre 24 et 28 SA, il n'y a pas d'argument pour répéter ultérieurement le dépistage à titre systématique.

Chez les femmes ayant des facteurs de risque qui n'ont pas eu de dépistage du DG, celui-ci peut-être fait au troisième trimestre par une HGPO 75g.

La mise en évidence de biométries fœtales supérieures au 97^{ème} percentile ou d'un hydramnios chez une femme sans facteurs de risque doit faire rechercher un DG.

Modalités de dépistage du diabète gestationnel



4.4 Prise en charge thérapeutique du diabète gestationnel

L'autosurveillance glycémique entre 4 et 6 fois par jour est recommandée, elle permet de surveiller les patientes et d'indiquer l'insulinothérapie.

L'objectif actuellement validé est d'obtenir une glycémie inférieure à 0,95 g/L à jeun et 1,20g/L en post prandial (à 2 heures).

Le traitement repose sur la prise en charge diététique. L'apport calorique doit être déterminé individuellement selon l'IMC préconceptionnel, les habitudes alimentaires, la prise de poids gestationnelle. Comme chez toutes les femmes, l'apport recommandé se situe entre 25 et 35 kcal/kg/j, il ne s'agit pas de proposer un régime hypocalorique. L'apport en glucides doit représenter 40% à 50 % de l'apport calorique total, et doit être réparti en 3 repas et 2 à 3 collations si besoin.

En l'absence de contre-indication, il est recommandé d'effectuer une activité physique régulière d'environ 30 minutes 3 à 5 fois par semaine.

L'insuline doit être envisagée si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7 à 10 jours de règles hygiéno-diététiques. Le schéma d'insulinothérapie sera à adapter en fonction des profils glycémiques. [10]

4.5 Surveillance obstétricale

En cas de DG équilibré, le suivi est analogue à toute grossesse.

En cas de facteurs de mauvais équilibre glycémique, ou d'autres facteurs surajoutés tels que l'obésité, l'hypertension artérielle, il peut être justifié d'effectuer une surveillance à un rythme plus rapproché que le suivi prénatal mensuel en raison du risque accru de pré-éclampsie.

Une échographie supplémentaire de fin de grossesse peut être proposée. L'utilité de la recherche d'une hypertrophie myocardique fœtale n'est pas démontrée. La réalisation systématique du doppler ombilical n'a pas d'utilité démontrée.

L'ERCF n'a pas d'utilité démontrée en cas de DG équilibré. Il sera discuté en cas de diabète mal équilibré en tenant compte des facteurs de risque.[11]

4.6 Accouchement

En cas de DG équilibré par régime ou insuline et sans retentissement fœtal, la prise en charge pour l'accouchement est la même que celle d'une grossesse normale.

En cas de DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de provoquer l'accouchement en tenant compte de la balance bénéfice-risque materno-fœtale soit à partir de 39 SA.

Si le poids fœtal estimé est supérieur à 4250g ou 4500g la césarienne doit être discutée. Il n'y a pas lieu de pratiquer une radiopelvimétrie du fait de sa mauvaise valeur diagnostique.

En cas d'acceptation de la voie basse, la surveillance du travail est celle habituelle. L'insuline doit être arrêtée pendant le travail, sa poursuite pouvant provoquer une hypoglycémie maternelle. Dans le cas des patientes traitées par fortes doses d'insuline, la prise en charge sera effectuée en concertation avec l'endocrinologue. [12]

4.7 Prise en charge néonatale

La naissance peut avoir lieu dans la maternité de proximité en l'absence de prématurité, malformation grave, ou d'anomalie majeure de la croissance fœtale.

Les nouveau-nés doivent être nourris dans les 30 minutes après la naissance. La surveillance systématique de la glycémie n'est pas indiquée chez les nouveau-nés de mère traitée par régime seul et dont le poids de naissance est entre le 10^{ème} et 90^{ème} percentile. Pour ceux dont la mère est traitée par insuline ou ceux dont le poids de naissance est inférieur au 10^{ème} percentile ou supérieur au 90^{ème} percentile, une surveillance glycémique sera effectuée après la première tétée et juste avant la deuxième.

En l'absence de signes d'appel cliniques, il n'est pas nécessaire d'effectuer d'autres examens systématiques. [13]

4.8 Post-partum / Pronostic maternel ultérieur

L'autosurveillance glycémique effectuée pendant la grossesse doit être poursuivie dans le post-partum immédiat pour s'assurer de la normalisation des glycémies sans traitement.

Le choix de la contraception doit tenir compte essentiellement des facteurs de risque associés notamment cardio-vasculaires. [14]

Il est recommandé d'effectuer le dépistage du diabète de type 2 par une glycémie à jeun ou une HGPO lors de la consultation post-natale, avant toute nouvelle grossesse puis tous les 1 à 3 ans selon les facteurs de risque, pendant au moins 25 ans. [15]

DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS

1. Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'application des recommandations pour la pratique clinique concernant le diabète gestationnel énoncées par le CNGOF et la SFD en décembre 2010 au CHU de Nantes.

L'objectif principal est l'évaluation du dépistage du diabète gestationnel à toutes ses étapes.

L'objectif secondaire est d'observer la prise en charge en cas de diabète gestationnel.

2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au CHU de Nantes entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mai 2012.

2.1 Recueil des données

Le recrutement des dossiers s'est fait à partir du registre d'accouchements.

Les dossiers d'obstétrique ont été consultés aux archives de l'établissement.

Les données ont été recueillies manuellement sur un questionnaire.

2.2 Critères d'inclusion

Patientes ayant accouché au CHU de Nantes entre le 1^{er} avril et le 31 mai 2012.

Ont été exclues de l'étude :

- les grossesses multiples,
- les diabétiques de type 1 ou 2 connu avant la grossesse,
- les patientes ayant accouché avant 29 SA,
- les patientes n'ayant pas effectué leur suivi de grossesse en France,

- les patientes dont les dossiers n'ont pu être consultés car empruntés pour d'autres études.

Au total nous avons pris en compte 541 dossiers.

2.3 Facteurs étudiés

Nous avons élaboré un questionnaire qui nous a permis de recueillir les données suivantes (annexe 1) :

Données générales :

- âge maternel
- origine géographique
- statut marital
- conditions socio-économiques (catégorie socioprofessionnelle et activité professionnelle du couple selon la classification de l'INSEE)
- poids, taille, IMC maternel, prise de poids gestationnelle
- gestité, parité

Données sur la grossesse actuelle :

- le ou les praticiens ayant suivi le 1^{er} trimestre ainsi que celui ou ceux ayant effectué le suivi au 2^{ème} trimestre de grossesse. A chaque fois, il a été retenu particulièrement le professionnel ayant effectué les prescriptions en rapport avec le dépistage du diabète gestationnel dans la mesure où l'information était présente dans le dossier.

Dépistage :

- présence de facteurs de risque et dossier renseigné par rapport à ces facteurs
- nombre de FDR
- présence d'élément(s) justifiant un dépistage du DG (suspicion de macrosomie : biométries $\geq 97^{\text{ème}}$ percentile ou hydramnios)
- la réalisation d'une glycémie à jeun, le terme de son exécution, son résultat
- la réalisation d'un dépistage au 2^{ème} trimestre, méthode, terme, résultat
- le diagnostic de diabète gestationnel

Diabète gestationnel

- terme de la première prise en charge et délai diagnostic/prise en charge.
- Professionnel(s) de santé consultés par la patiente pour le DG.
- Thérapeutiques mises en place
- Examens complémentaires effectués (ERCF, échographies)

Accouchement

- Terme
- Accouchement : début et mode de fin
- Complications obstétricales
- Surveillance glycémique pendant le travail
- Présence d'un protocole effectué par un diabétologue

Nouveau-né

- Poids de naissance
- Apgar et pH
- Mode d'alimentation
- Complications néonatales

Post-partum

- Autosurveillance glycémique
- Information et prescription lors du séjour en maternité d'un dépistage du diabète de type 2 dans le post partum
- Prescription d'un dépistage du DT2 en post partum lors de la visite post-natale.

2.4 Méthode statistique et logiciels utilisés

La saisie et l'exploitation des données ont été faites dans Epidata 3.1 et Epidata analysis.

Les variables qualitatives ont été représentées par des pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% basé sur la loi normale. La description des variables quantitatives a été donnée par une moyenne et un écart-type de la population.

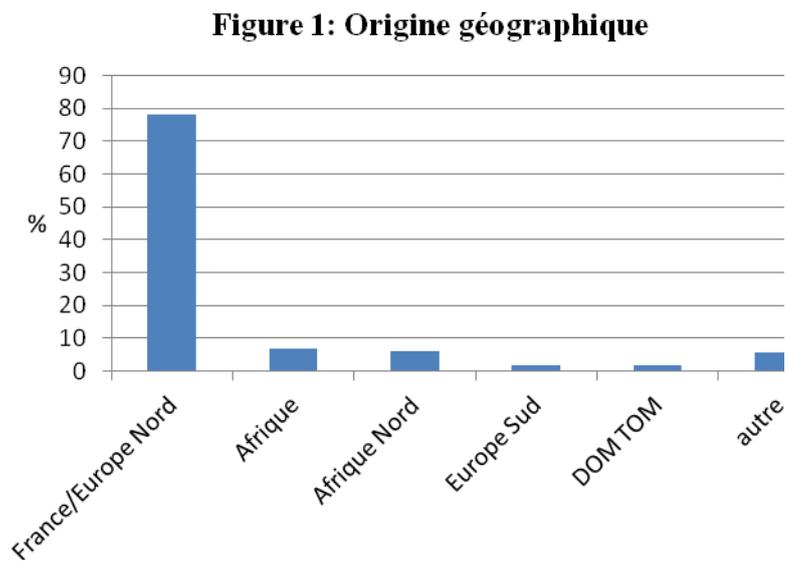
3. Résultats

3.1 Description de la population étudiée

3.1.1 Age maternel

L'âge moyen des mères en début de grossesse était de 29,6 ans \pm 5,5ans.

3.1.2 Origine géographique



3.1.3 Statut marital

91,3 % des patientes étaient mariées ou vivaient maritalement.

3.1.4 Conditions socio-économiques

Figure 2: Catégories socio-professionnelles des parents

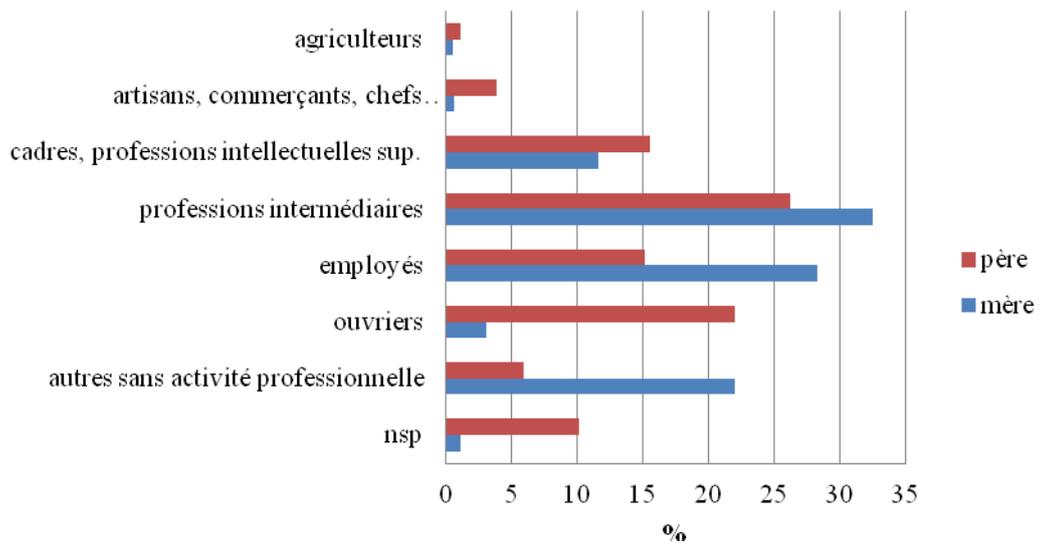
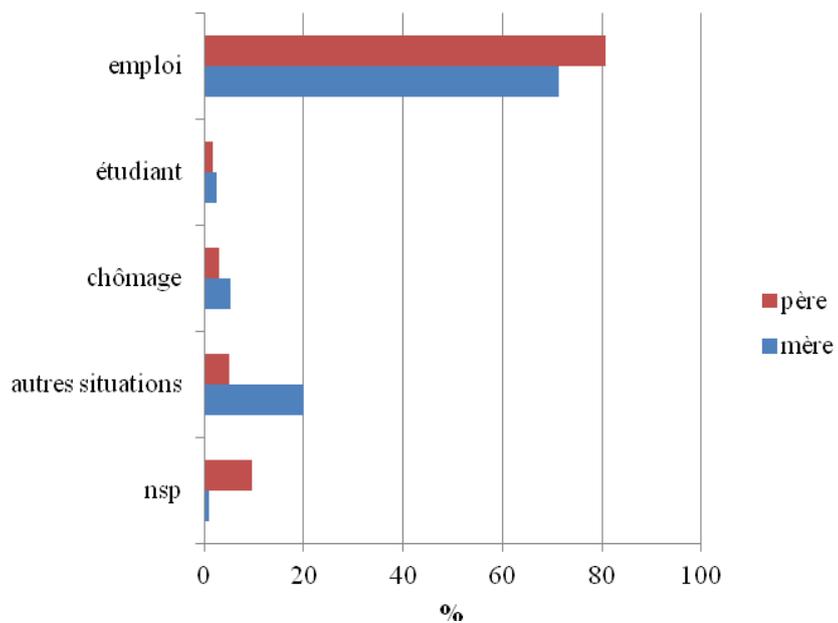
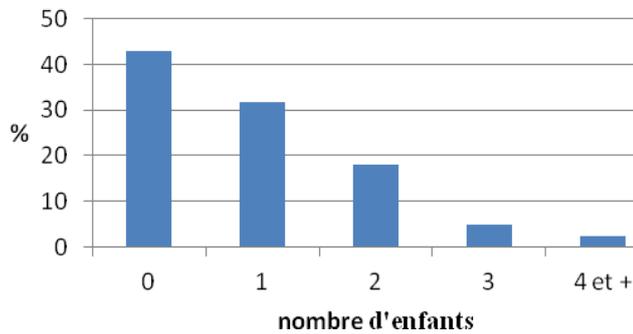


Figure 3: Activité professionnelle



3.1.5 Parité

Figure 4: Parité



3.1.6 Indice de masse corporelle

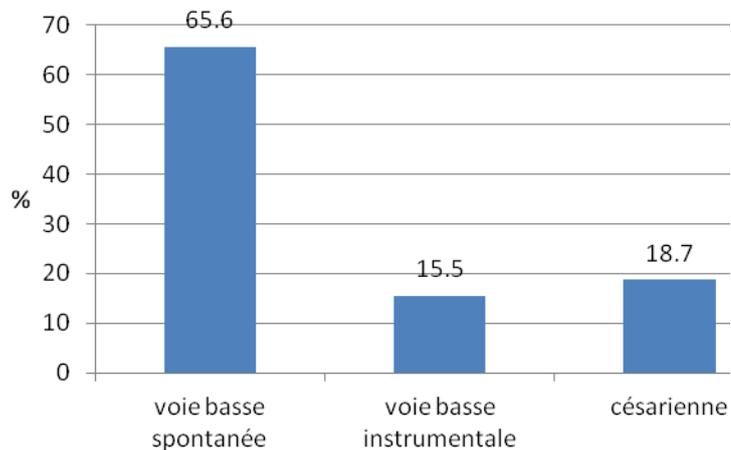
L'indice de masse corporelle moyen des patientes avant le début de la grossesse était de $23,3 \text{ kg/m}^2 \pm 4,9$.

3.1.7 Terme d'accouchement

Le terme moyen d'accouchement était de $39\text{SA} \pm 2\text{SA}$.

3.1.8 Mode d'accouchement

Figure 5: Mode d'accouchement



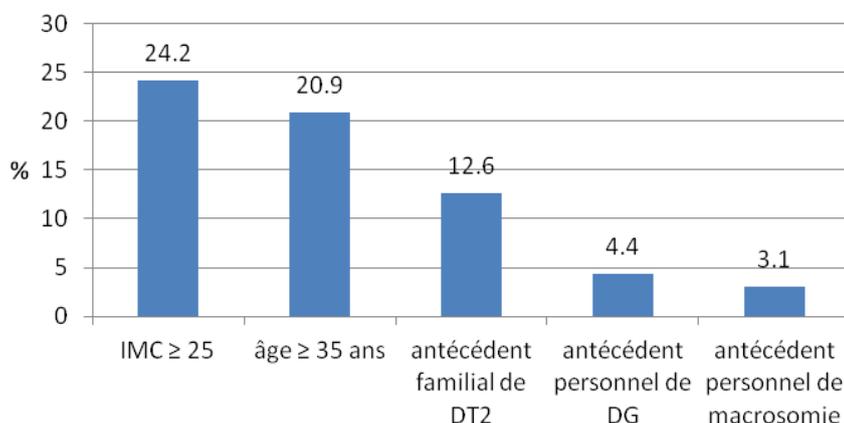
3.1.9 Nouveau-né

Le poids de naissance moyen des nouveau-nés était de $3222\text{g} \pm 570\text{g}$.

3.2 Dépistage du diabète gestationnel

3.2.1 Facteurs de risque

Figure 6: Fréquence des facteurs de risque dans la population totale étudiée



Au moins un facteur de risque de diabète gestationnel était présent chez 268 patientes soit **49,5 %** de la population étudiée.

Parmi ces patientes, 71 % présentaient un seul facteur de risque, 24 % deux FDR, et 5% trois à cinq FDR.

Dans 42 cas soit 7,8 % les données étaient manquantes dans le dossier obstétrical pour calculer l'indice de masse corporelle. Dans 16 de ces cas, d'autres FDR étaient présents.

3.2.2 Dépistage au 1er trimestre

Tableau I : réalisation d'une glycémie à jeun selon les facteurs de risque n (%)

	Présence de FDR* (n=268)	Absence de FDR (n= 233)	Suspicion de macrosomie ou hydramnios (n= 14)
Glycémie à jeun faite	137 (51.1)	87 (37.3)	6 (42.9)
Glycémie à jeun non faite	131 (48.9)	146 (62.7)	8 (57.1)

*Facteurs de risque de diabète gestationnel

Le taux de conformité concernant la réalisation d'une glycémie à jeun en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de diabète gestationnel est de 51,1 %.

Le terme moyen de la réalisation de la glycémie à jeun était de 13SA+ 4 jours \pm 7SA.

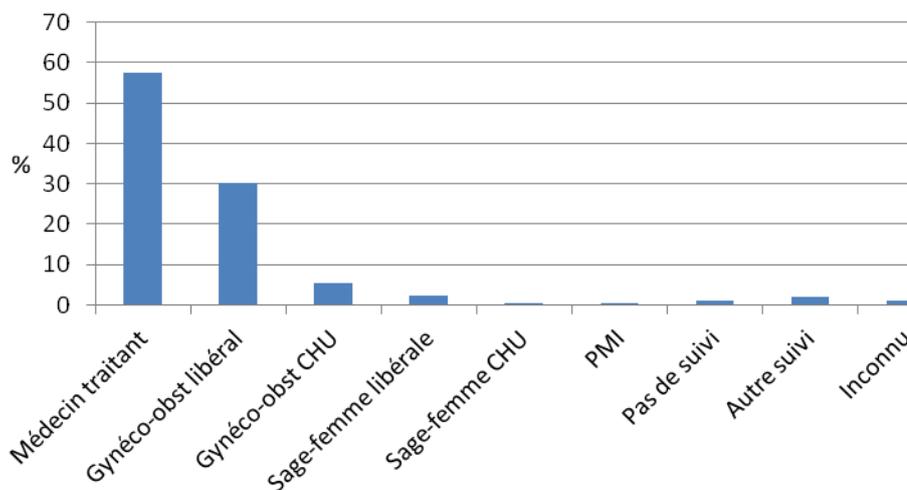
Parmi les patientes présentant un ou plusieurs facteurs de risque et ayant effectué une glycémie à jeun, 66 soit 48,2 % l'ont faite avant 14SA.

Le taux de conformité du dépistage au 1^{er} trimestre en tenant compte des facteurs de risque et du terme de la glycémie à jeun est de 24,6 %.

Parmi les patientes n'ayant aucun FDR, 37,3 % ont tout de même réalisé une GAJ.

Suivi au 1^{er} trimestre de la population étudiée :

Figure 7: Suivi au 1er Trimestre



57,6 % des patientes ont consulté leur médecin traitant au 1^{er} trimestre de la grossesse.

3.2.3 Dépistage au 2ème trimestre

Figure 8: Résultat de la glycémie à jeun

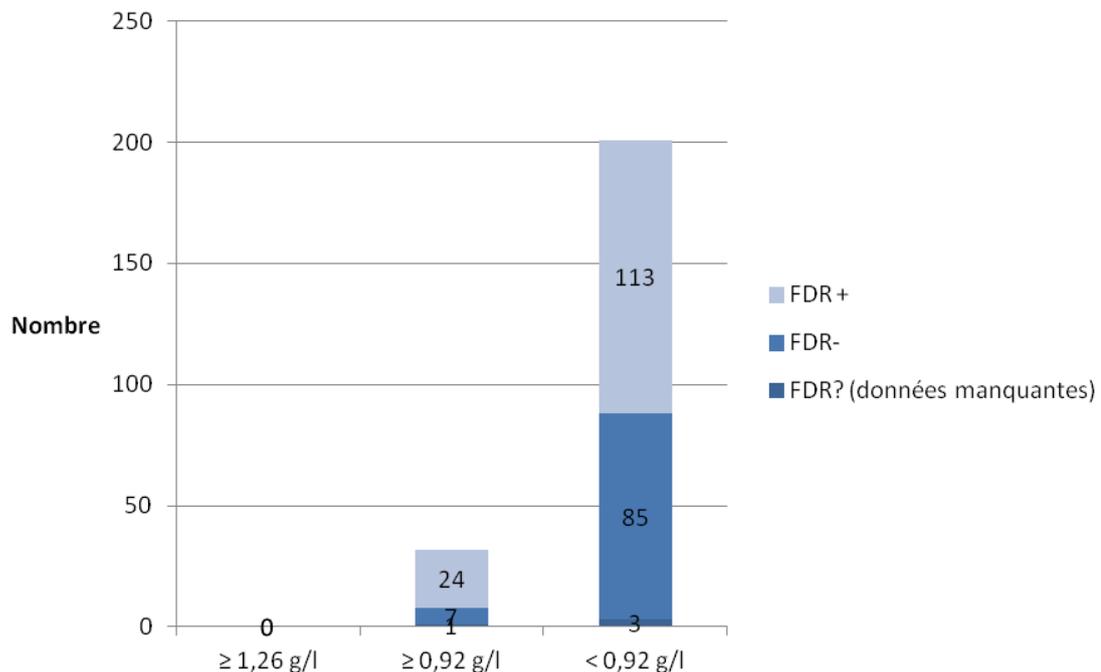


Tableau II : Réalisation du dépistage du diabète gestationnel au 2nd trimestre

	Présence de facteurs de risque						Absence de facteurs de risque			
	GAJ* < 0.92 g/l n=113		0.92 < GAJ < 1.26 g/l n=24		GAJ non faite n=131		Pas de suspicion de macrosomie ni hydramnios n=233		Suspicion macrosomie ou hydramnios n=14	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HGPO 75g	99	87.6	7	29.2	114	87.0	68	29.2	14	100
Autre	2	1.8	0	0	0	0	20	8.6	0	0
Pas de dépistage	13	11.5	17	70.8	16	13.0	145	62.2	0	0

*GAJ : glycémie à jeun

Le taux de conformité concernant la réalisation d'une HGPO 75g lorsque la glycémie à jeun effectuée est inférieure à 0,92 g/l est de 87,6%. L'HGPO est pratiquée entre 24 et 28 SA dans 57,6% des cas.

Le taux de conformité du dépistage au 2^{ème} trimestre en tenant compte du terme de réalisation de l'HGPO est de 50,4 %.

7 patientes ont effectué une HGPO 75g au 2^{ème} trimestre de grossesse alors que le résultat de la glycémie à jeun au 1^{er} trimestre démontrait la présence d'un diabète gestationnel.

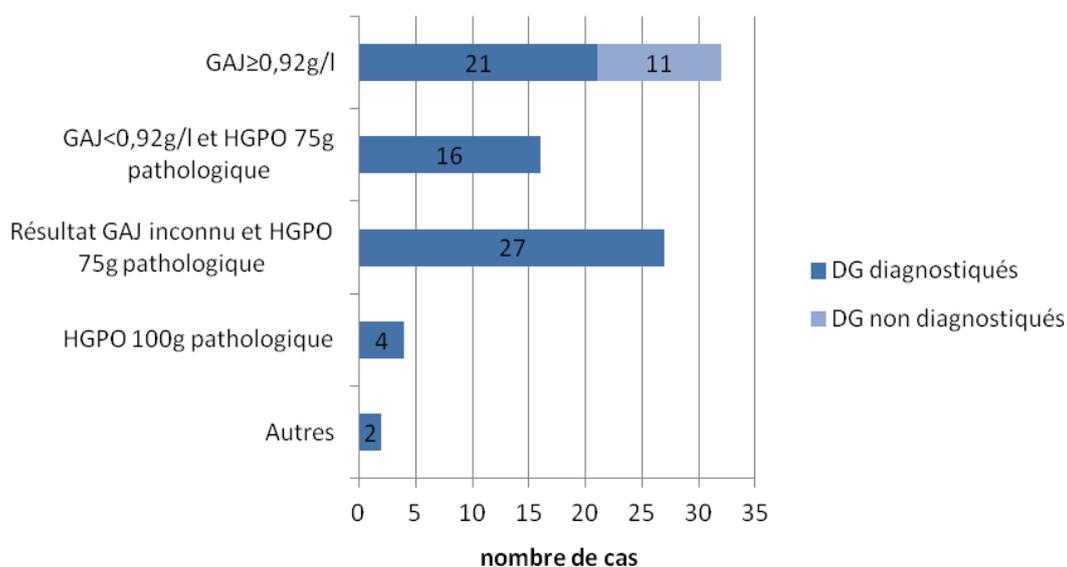
Parmi les patientes possédant des facteurs de risque et n'ayant pas bénéficié d'une glycémie à jeun au 1^{er} trimestre, 87% ont été dépistées par une HGPO 75g dont 50% entre 24 et 28 SA.

29,2% des patientes non concernées par le dépistage ont effectué une HGPO 75g au second trimestre de grossesse.

La totalité des patientes présentant une suspicion de macrosomie ou un hydramnios ont effectué un dépistage du diabète gestationnel par une HGPO 75g.

3.3 Diagnostic

Figure 9: Diagnostic du DG*



*DG : diabète gestationnel

Dans notre étude, la prévalence du diabète gestationnel était de **15,0 %** soit 81 cas.

Parmi ces cas, 11 n'ont pas été diagnostiqués. Il s'agissait de patientes dont le résultat de la glycémie à jeun était supérieur à 0,92 g/l. 6 étaient suivies au 1^{er} trimestre par leur médecin traitant, 3 par un gynécologue-obstétricien et 2 par une sage-femme libérale.

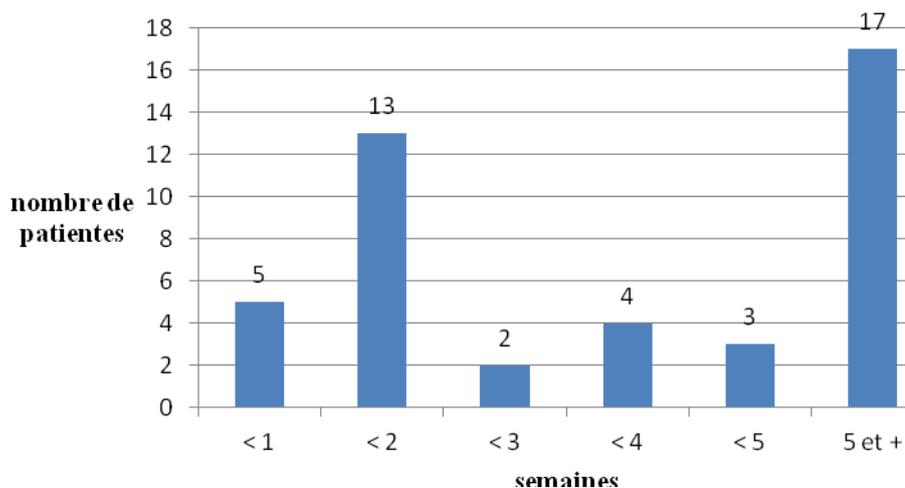
70 patientes soit 12,9 % ont été considérées comme porteuses de diabète gestationnel dont 15 n'avaient pas de facteurs de risque.

3.4 Prise en charge

Le terme de la première prise en charge était en moyenne de 27SA+6 jours +/- 7SA.

Le délai de la prise en charge était connu pour 44 patientes. La moyenne était de 27 jours entre le diagnostic et le premier rendez-vous chez un professionnel de santé.

Figure 10 : Délai de prise en charge



La prise en charge initiale (1^{ère} consultation) était majoritairement effectuée par un endocrinologue, hospitalier dans 20 cas et libéral dans 31 cas. Les autres patientes ont

été prises en charge soit par un gynécologue obstétricien soit au CHU dans le service du suivi intensif de la grossesse.

Au total, la prise en charge était multidisciplinaire (Gynécologues-obstétriciens, sages-femmes à domicile, endocrinologues) dans 48 cas soit 68.5% des patientes avec DG.

36 patientes ont bénéficié du passage d'une sage-femme à domicile 1 ou 2 fois par semaine.

Chez toutes les patientes sauf deux non prises en charge, il a été prescrit une autosurveillance glycémique ainsi qu'un régime.

8,6 % d'entre elles ont bénéficié d'un suivi par un(e) diététicien(ne).

Dans 43 cas soit 61.4%, le régime seul a suffi pour obtenir un équilibre du diabète satisfaisant.

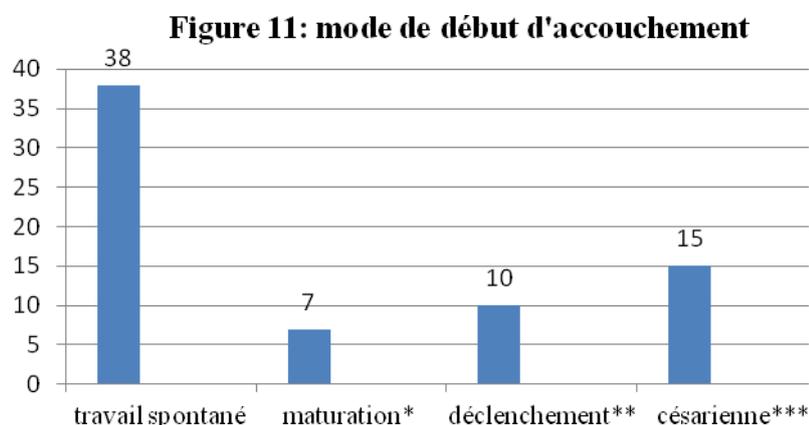
Pour 10 d'entre elles l'équilibre du diabète était inconnu.

Parmi les 17 patientes n'ayant pas un diabète équilibré sous régime, 12 ont été mises sous insuline dont 10 ont obtenu un équilibre glycémique satisfaisant.

Concernant les examens paracliniques, 22 patientes sur 53 ayant un DG bien équilibré ont eu un ou plusieurs ERCF pour le seul motif du DG. De même, 28 patientes ont passé une ou plusieurs échographies supplémentaires pour le seul motif du diabète gestationnel.

Le nombre moyen de consultations effectuées par le CHU au suivi intensif de grossesse pour le seul motif du diabète gestationnel était de 2 consultations.

3.4.1 Accouchement



*maturation cervicale par prostaglandines

** déclenchement par ocytociques

***césarienne avant travail

Tableau III : déclenchements des patientes avec DG

	DG non équilibré ou avec retentissement fœtal N=7	DG équilibré sans retentissement fœtal N= 50
déclenchement pour DG	5	0
pas de déclenchement	2	50

Parmi les patientes ayant un diabète gestationnel bien équilibré sous régime ou sous insuline et sans retentissement fœtal, aucune n'a été déclenché pour le motif du DG.

5 patientes ont bénéficié d'un déclenchement à partir de 39 SA sur 7 ayant un DG non équilibré ou avec retentissement fœtal. Les 2 autres ont accouché avant 37 SA.

Aucune patiente n'a subi de césarienne pour le seul motif du DG.

Durant le travail, 4 patientes ont eu une surveillance glycémique dont 3 présentant un diabète sous insuline bien équilibré.

Aucune patiente n'a été sous insulinothérapie pendant le travail.

Le poids de naissance des nouveau-nés de mère diabétique était d'en moyenne 3248g +/- 441g, il ne différait pas significativement de celui des nouveau-nés de mères non diabétiques.

L'allaitement maternel était le mode d'alimentation de 57% des nouveau-nés de mère présentant un DG contre 60,6% dans la population totale étudiée.(non significatif)

3.4.2 Post-partum

Nouveau-nés :

25 nouveau-nés présentaient une indication (DG non équilibré, DGID, poids de naissance < 10^{ème} percentile ou > 90^{ème} percentile) de surveillance glycémique. Tous ont bénéficié d'une surveillance glycémique en salle de naissance et en maternité.

Au total, la surveillance glycémique a été pratiquée chez 62 nouveau-nés soit 88.6% des nouveau-nés de mère ayant un DG.

Mères ayant présenté un DG

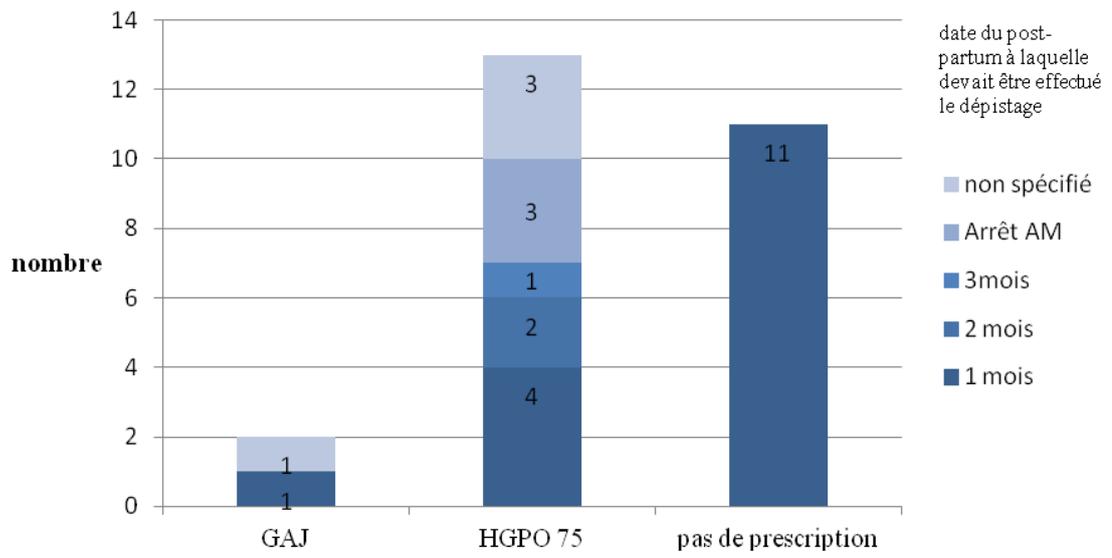
18 patientes ont continué l'autosurveillance glycémique dans le post-partum soit 25,7% des mères ayant présenté un diabète gestationnel.

68,6% des mères ont été informées en maternité de la nécessité d'effectuer un dépistage du diabète de type 2 dans les mois suivant la naissance. 12,5% ont reçu une prescription pour effectuer ce dépistage.

Le personnel a conseillé dans la majorité des cas une HGPO 75g à 1 ou 2 mois du post-partum.

28 patientes ont effectué leur visite post-natale au CHU. 17 patientes se sont vues prescrire un dépistage du diabète de type 2.

Figure 12: Prescription du dépistage du DT2 en post-partum lors de la VPN



TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites de notre étude

- Notre étude a été réalisée sur un petit nombre de dossiers : 541 au total, et sur la population du CHU uniquement.

Pour effectuer un audit sur le dépistage il était nécessaire d'inclure les dossiers de toutes les accouchées pendant une période donnée. Ce choix a eu cependant pour conséquence d'obtenir un nombre très limité de patientes présentant un diabète gestationnel. Le nombre de dossiers était donc insuffisant pour effectuer une évaluation pertinente de l'application des recommandations concernant la prise en charge du diabète gestationnel. De plus les informations contenues dans le dossier obstétrical ne permettaient pas de rendre compte de la prise en charge globale de la patiente, consultations extérieures au CHU (endocrinologues notamment) non mentionnées, carnets de suivi glycémique non consultables.... Il serait donc intéressant d'effectuer une étude sur la prise en charge du DG en sélectionnant seulement les dossiers de patientes avec diabète gestationnel.

- Les recommandations sont récentes, datant de décembre 2010, ne permettant peut-être pas de refléter la réalité concernant l'application des recommandations.

- Les patientes n'étant pas suivies au CHU au 1^{er} trimestre de grossesse, les informations recueillies sont celles qui ont été reportées dans le dossier obstétrical de la patiente ou provenant des courriers. Il y a donc perte d'informations.

De plus il aurait été intéressant d'interroger les professionnels de santé effectuant le dépistage au 1^{er} trimestre par un questionnaire sur leur connaissance des nouvelles recommandations permettant de connaître les causes du non respect de celles-ci.

2. Analyse des résultats

2.1 Facteurs de risque

Dans notre étude, la prévalence des facteurs de risque de diabète gestationnel est de 49,5%. Les facteurs de risque prédominants sont l'IMC supérieur ou égal à 25 kg/m² et l'âge supérieur ou égal à 35 ans.

Il est difficile de comparer la prévalence retrouvée dans notre population avec celles d'autres populations françaises car peu d'études ont été faites en France avec les mêmes facteurs de risques.

La prévalence des facteurs de risque est très variable selon la population étudiée, elle augmente dans les populations de bas niveau socio-économique et multiethniques. Elle varie entre 45% et 90% selon les études, qui prennent en considération des facteurs de risques différents. [16]

Une étude française de Bondy concernant 18 775 femmes retrouve la présence d'au moins un facteur de risque chez 58,5% d'entre elles, avec une obésité présente dans près de la moitié des cas. [17] Cette prévalence est élevée et s'explique très probablement par les caractéristiques socio-économiques et ethniques de cette population de Seine Saint-Denis.

Une autre étude parisienne de la Pitié Salpêtrière effectuée en 2010-2011 sur 1753 femmes rapporte une prévalence des facteurs de risque de 53,4%. [18]

Dans notre population, un tiers des patientes présente au moins 2 facteurs de risque. Le nombre de facteurs est important à prendre en compte puisque l'incidence du diabète gestationnel augmente avec celui-ci, cependant cela ne concerne que les multipares puisque les antécédents de DG et de macrosomie dépendent d'une grossesse précédente. Dans notre étude, des données étaient manquantes pour connaître le statut des patientes vis-à-vis des cinq facteurs de risque. Il s'agit d'un inconvénient du dépistage ciblé : il est plus complexe car il nécessite une sélection des patientes même si les facteurs sont relativement simples à rechercher.

2.2 Dépistage du 1^{er} trimestre

Dans notre audit, seulement 51% des patientes présentant des facteurs de risques ont bénéficié d'une glycémie à jeun. A contrario, 37% des femmes ne présentant pas de facteurs de risques l'ont effectuée.

Il aurait été intéressant de réaliser cette étude dans d'autres régions afin de pouvoir comparer ces résultats. Néanmoins, le taux de dépistage au 1^{er} trimestre peut être considéré comme faible et peu conforme aux recommandations d'autant que parmi les dépistages effectués seulement 48% ont été réalisés au 1^{er} trimestre de grossesse. Le taux de conformité global est de 24,6 %.

Notre étude permet de constater la mauvaise application des recommandations du CNGOF mais pas d'en connaître les causes. Ce dépistage étant réalisé en début de grossesse les professionnels concernés sont en majorité les médecins généralistes. Dans notre étude 57,6% des patientes ont consulté leur médecin traitant au 1^{er} trimestre de la grossesse.

On peut se demander si ces résultats proviennent de la méconnaissance des recommandations de la part des professionnels de santé et dans ce cas quelles en sont les raisons (référentiels difficiles d'accès ? Textes de recommandations pas assez clairs ?) ou s'ils proviennent de la difficulté en pratique d'appliquer ces recommandations : le dépistage ciblé impose de retenir les facteurs de risque, les valeurs seuils sont nouvelles...

2.3 Dépistage au 2^{ème} trimestre

Dans notre étude, 87,6% des patientes présentant des facteurs de risque et une glycémie à jeun inférieure à 0,92g/l ont bénéficié d'une HGPO à 75g de glucose. La conformité aux recommandations est bonne comparée à celle du 1^{er} trimestre, venant certainement du fait que l'HGPO faisait précédemment partie des habitudes du dépistage du diabète gestationnel (lorsque le test de O' Sullivan était pathologique) même si le dosage en glucose était différent.

Cependant, nous constatons dans notre étude que seulement 50% d'entre elles ont effectuées l'HGPO entre 24 et 28 SA. Les autres l'ont pratiquée à un terme plus avancé. Nous pouvons tenter de l'expliquer par le fait qu'un certain nombre de patientes l'effectue après une prescription lors de la consultation du 8^{ème} mois faite au CHU.

On peut considérer comme correcte l'application des recommandations concernant l'HGPO 75g mais celui-ci reste peu ciblé car dans notre travail, presque un tiers des femmes non concernées l'ont tout de même effectué.

2.4 Diagnostic

Un diabète gestationnel a été diagnostiqué chez 70 patientes, en revanche chez 11 patientes celui-ci n'a pas été diagnostiqué. Il s'agit de femmes dont le résultat de la glycémie à jeun était supérieur à 0,92 g/l.

Nous pouvons nous questionner sur les raisons de ce non diagnostic chez ces patientes : Les médecins prescrivent-ils des examens de façon systématique sans savoir que faire du résultat ? Il faut rappeler qu'il s'agit de la responsabilité de celui-ci de récupérer les résultats des examens qu'il a prescrit et d'adapter sa conduite à tenir en fonction.

S'agit-il d'une méconnaissance des valeurs seuils ? Y a-t-il des réticences de la part des professionnels à considérer une GAJ supérieur à 0,92 g/l comme diabète gestationnel ?

L'étude HAPO a montré que les risques de macrosomie et de césarienne augmentent de façon linéaire en fonction des glycémies. [9]

De même Riskin-Mashiah S et al. ont montré dans une étude de 2009 chez plus de 6000 femmes qu'une augmentation de la glycémie à jeun au premier trimestre est associée à une augmentation des risques périnataux. [19]

Dans notre travail, le diagnostic de diabète gestationnel aurait permis une prise en charge précoce afin de réduire ces risques.

La majorité des diagnostics ont été fait à partir d'une HGPO à 75g de glucose ce qui est conforme aux recommandations actuelles, nous notons tout de même la persistance de l'HGPO 100g dans les méthodes diagnostiques.

Dans notre audit, la prévalence du diabète gestationnel est de 15% ce qui est élevé mais correspond à la littérature. En effet, bien que le dépistage soit maintenant ciblé, les valeurs seuils définies par l'IADPSG prévoient une prévalence entre 16 et 18%.[20] Ces seuils ont été définis en prenant un odd ratio à 1,75 pour les risques de macrosomie et d'hyperinsulinisme fœtal par rapport aux valeurs de référence qui sont les glycémies à jeun, à une heure et deux heures de l'étude HAPO.

Les bénéfices d'une prise en charge thérapeutique des patientes diagnostiquées comme ayant un diabète gestationnel à partir des seuils définis par l'IADSPG restent cependant à évaluer car la prévalence du diabète gestationnel est largement supérieure à celle observée dans les essais thérapeutiques. Le nombre de sujets à traiter pour éviter un événement indésirable pourrait être bien plus important que dans ces essais. [16]

Dans notre travail, 70 patientes ont été considérées comme ayant un diabète gestationnel. Parmi celles-ci 15 n'avaient pas de facteurs de risque.

Le dépistage chez ces 15 patientes n'a pas été conforme aux recommandations mais il permet d'aborder la question de la pertinence du dépistage ciblé. Selon S.Hiéronimus et J-P Le Meaux, la proportion de femmes ayant un diabète gestationnel qui ne serait pas diagnostiqué varie entre 3 et 10% dans la plupart des publications et peut atteindre 30% notamment dans trois études françaises. [16] Cependant aucune étude ne permet directement de connaître le pronostic de ces cas de diabète gestationnel.

Dans l'étude d'E. Cosson de Bondy [17], le dépistage ciblé méconnaît 34,7% des diabètes gestationnels. La fréquence des événements liés au DG tel que la macrosomie est supérieure chez les femmes avec DG sans facteur de risque que chez celles sans DG avec un facteur de risque. C'est pourquoi cette étude suggère de prendre en compte l'origine ethnique et préconise de revoir à la baisse les seuils de risque pour l'âge et l'IMC.

Ainsi, devant la forte prévalence des facteurs de risques dans leur population ainsi que la méconnaissance d'un pourcentage plus ou moins important de diabètes gestationnels, certaines maternités ont décidé de maintenir le dépistage systématique ; c'est le cas notamment de la Pitié Salpêtrière [18].

2.5 Prise en charge

Le délai de prise en charge des patientes n'est connu que pour 44 d'entre elles, un effectif trop faible pour généraliser les résultats. Le délai de prise en charge dans notre étude est d'en moyenne 27 jours. Près de la moitié est prise en charge dans un délai inférieur à 2 semaines.

L'idéal est d'obtenir le délai le plus court possible mais l'augmentation de la prévalence liée aux nouvelles recommandations risque de poser des difficultés quant à la capacité des équipes à prendre en charge ces patientes.

Dans notre étude, la prise en charge est multidisciplinaire dans deux tiers des cas ce qui est positif dans le suivi global des patientes. La moitié des patientes a bénéficié d'une sage femme à domicile. Cela permet de revoir avec celles-ci leurs éventuelles difficultés de régime alimentaire, de les rassurer et répondre à leurs questions concernant le DG ou encore de les orienter vers d'autres professionnels si besoin.

Nous constatons une bonne prise en charge du DG au CHU. Toutefois, des échographies et ERCF supplémentaires ont été pratiqués chez près de la moitié des patientes ayant un DG bien équilibré et ne présentant pas d'autres pathologies. Ces examens paracliniques sont, d'après les recommandations, non nécessaires à cette bonne prise en charge.

2.6 Accouchement

La prise en charge pour l'accouchement est conforme aux recommandations. Les patientes avec DG équilibré sans retentissement fœtal n'ont pas eu de prise en charge différente des patientes avec une grossesse « physiologique ».

En revanche, celles dont le DG n'était pas équilibré ou avec retentissement fœtal ont pu bénéficier d'un déclenchement à partir de 39SA tel qu'il est préconisé.

2.7 Post-partum

La surveillance glycémique a été pratiquée chez 62 nouveau-nés (88,6%) de mères ayant un diabète gestationnel. C'est un pourcentage élevé car celle-ci est systématique au CHU de Nantes. Cependant, selon les recommandations, la surveillance glycémique ne doit pas être systématique. En les appliquant pour notre étude, cette surveillance n'aurait concerné que 25 nouveau-nés. (40,3%). Ce protocole devrait être prochainement revu au CHU de Nantes.

Concernant les mères, l'autosurveillance glycémique dans le post-partum est peu pratiquée, seulement 18 patientes sur 70 l'ont effectuée.

L'information des patientes de la nécessité d'un dépistage du DT2 en post-partum a été faite dans deux tiers des cas, cependant il semblerait que seulement 12,5% des femmes ont reçu une prescription de ce dépistage. Il s'agit plus probablement d'une mauvaise traçabilité dans le dossier de soins puisque cette information a été relevée soit sur la feuille de sortie dans la zone « prescriptions à la sortie » soit par les doubles d'ordonnance insérés dans le dossier (or l'ordonnance étant déjà pré imprimée, il n'y a pas de double.)

3. Amélioration des pratiques

L'audit clinique est, d'après la définition de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, « une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer. »[21]

Notre travail a permis de constater que la pratique était loin de respecter le référentiel.

L'objectif de cette partie est d'apporter des pistes de réflexion pour y remédier.

3.1 Amélioration des connaissances

L'évolution des pratiques ne peut être envisagée si les professionnels n'améliorent pas leurs connaissances grâce à la formation continue.

La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins conformes aux données acquises de la science. Par conséquent « tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son obligation de développement professionnel continu » d'après les articles R.4127-2 et 4127.11 du code de la santé publique. [22]

Les articles R.4127- 325 et R.4127-304 du CSP indiquent également que la sage-femme doit « assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment » et que celle-ci « a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu. »

La loi HPST de juillet 2009 a instauré l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé. Le DPC remplace les dispositions de « formation continue des sages-femmes ». [23] Ses objectifs sont l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique ainsi que la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

En théorie, entretenir ses connaissances paraît simple, or notre étude est un exemple prouvant le contraire. Il est vrai que le contexte général est une augmentation exponentielle des connaissances médicales ainsi que leurs complexifications. Les outils de communication informatiques facilitent néanmoins cet entretien des connaissances. La difficulté réside tout de même dans le travail de sélection et de hiérarchisation devant cette surabondance d'informations. Nous pouvons comprendre la difficulté du médecin généraliste dont le savoir s'étend sur de multiples spécialités à s'approprier rapidement des nouvelles recommandations, en obstétrique dans notre cas.

Il apparaît primordial d'améliorer la communication, peut-être en synthétisant les recommandations avec des messages clés et arbres décisionnels, comme le fait par exemple le réseau sécurité naissance des Pays de Loire.

Les sources d'information sont multiples mais il est essentiel pour les professionnels de s'appuyer sur les recommandations de la HAS ainsi que des sociétés savantes qui sont en étroite collaboration avec les pouvoirs publics.

La HAS est chargée d'élaborer les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public. [24] Les « Recommandations de bonne pratique » sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elles ont pour objectif de mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé, une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science destinée à aider la prise de décision dans le choix des soins, harmoniser les pratiques, réduire les traitements et actes inutiles ou à risque.

Le non respect des recommandations peut engager la responsabilité civile du professionnel de santé puisque ces RPC constituent un référentiel pour des « soins conformes aux données acquises de la science » comme l'énonce le code de déontologie médicale.

3.3 Amélioration des supports

Les dossiers des patientes, que ce soit en médecine libérale ou en établissement hospitalier devraient comporter les informations permettant d'identifier rapidement les facteurs de risque de diabète gestationnel. Si le support est bien conçu, qu'il soit manuscrit ou informatique, c'est une aide pour réaliser un dépistage ciblé.

3.4 Amélioration de la prévention

L'éducation alimentaire est essentielle et la grossesse est un moment privilégié pour l'aborder. Dans notre travail, 14,6% des femmes sont en surpoids et 9,6% présentent une obésité. Or nous savons que l'obésité est un facteur de risque important de diabète

gestationnel et de diabète de type 2. De plus, il s'agit d'un facteur de risque modifiable contrairement à d'autres comme l'âge.

Sa prévention doit représenter un enjeu de santé publique d'autant que sa prévalence est en constante augmentation. Dans une étude de l'INSEE parue en 2007, l'obésité en France touchait 5,3% des femmes de 18 à 65 ans en 1981, contre 10,2% en 2003. 21,2% des femmes étaient en surpoids cette même année. [25]

Les instances nationales ont émis des mesures afin d'enrayer cette augmentation de l'obésité et de ses conséquences. Il s'agit notamment du Programme National Nutrition Santé (PNNS) lancé en 2001 par le gouvernement. Ses objectifs sont de réduire l'obésité et le surpoids dans la population, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels notamment chez les populations à risque, réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles. [26] Concernant les femmes enceintes, on retrouve sur le site internet manger-bouger.fr (site du PNNS) un guide de l'alimentation et de l'activité physique.

La nutrition et l'alimentation sont primordiales dans la population en général pour prévenir le diabète de type 2 ainsi que la fréquence de ses complications surtout cardiovasculaires. L'étude « Diabetes Prevention Program » est une étude américaine multicentrique ayant inclus plus de 3000 sujets présentant une intolérance au glucose. Celle-ci a montré que les règles hygiéno-diététiques intensives étaient plus efficaces que les médicaments (metformine) pour prévenir l'apparition du diabète. [27]

Le rôle de l'hygiène de vie dans les populations pour réduire le diabète et ses conséquences apparaît ici comme prépondérant.

La sage femme a donc un rôle préventif et éducatif important.

Il faut rappeler que l'alimentation ne se réduit pas à l'acte de manger pour satisfaire un besoin biologique. Elle comporte des facteurs culturels (pays d'origine, traditions), religieux (croyances), socio-économiques, psychologiques... c'est pourquoi la sage-femme a toute sa place. En effet, du fait de ses dimensions multiples, il n'est pas si aisé de faire changer les habitudes alimentaires sur le long terme. Préconiser ces changements ne peut se faire comme l'on prescrit un médicament, tout simplement parce que cela touche à l'identité, la culture, le mode de vie de la personne. L'entretien

prénatal précoce mené par la sage-femme permet de considérer la personne dans sa globalité, il nous paraît donc être un moment propice pour aborder ce sujet. Quant aux consultations « classiques » mensuelles, elles sont l'occasion de faire le point sur la prise de poids gestationnelle et si besoin de rappeler certains conseils alimentaires.

Les sages-femmes libérales et de PMI ont-elles aussi toute leur place dans cette prévention. Les visites à domiciles, en dehors de « l'institution médicale » modifient la relation avec les patientes. La sage-femme entre dans le quotidien des personnes et est à même de mieux comprendre leur mode de vie ainsi que les multiples déterminants de leur comportement alimentaire.

La prescription du dépistage du diabète gestationnel fait partie des compétences de la sage-femme dans le cadre de la pratique des actes nécessaires à la surveillance de la grossesse. Cependant, lorsque le dépistage révèle la présence d'un DG, la sage-femme doit orienter la patiente vers un médecin.

3.5 Amélioration de l'information des patientes

La relation soignant-soigné a beaucoup évolué en quelques décennies, le patient est devenu acteur de sa santé, Internet y a nettement contribué. L'information des patientes est un devoir afin qu'elles puissent exercer leur autonomie et être libres de leurs choix. Les recommandations de la HAS sur l'information des femmes enceintes indiquent qu'il faut « fournir des informations écrites (à défaut, indiquer où en trouver), notamment sur la surveillance médicale de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soins locale. » [28] Ainsi, des plaquettes d'information sur le diabète gestationnel pourraient être un vecteur intéressant de l'information dans les salles d'attente des médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes. L'information n'est jamais assez répétée et le support écrit permet une complémentarité avec l'information orale du professionnel de santé.

Les sages-femmes voient un certain nombre de patientes assez tôt dans la grossesse, c'est pourquoi elles jouent un rôle important dans l'information de celles-ci. Ce rôle a même été valorisé par l'instauration d'un temps d'échange qui est l'entretien prénatal précoce.

3.4 Amélioration de la continuité de la prise en charge

Il est indispensable d'avoir un réseau Ville/Hôpital performant non seulement pour l'harmonisation des pratiques mais plus particulièrement pour que chaque patiente bénéficie d'une continuité des soins. En effet, le suivi de grossesse est le plus souvent effectué en libéral les premiers mois, il faut par conséquent qu'il y ait une bonne transmission ville/maternité pour une prise en charge optimale de la fin de grossesse et de l'accouchement de la patiente. De même il apparaît tout aussi important d'informer les acteurs du suivi des patientes en post-partum du déroulement de l'accouchement et du post-partum.

Pour ce faire, il faut préalablement qu'il y ait une bonne traçabilité dans les dossiers à la maternité. Par exemple, nous avons constaté dans notre travail que le dépistage du DT2 était probablement prescrit à la sortie de la maternité mais non tracé dans le dossier de soins. Or on peut supposer qu'un médecin traitant recevant un courrier sur le déroulement du séjour de sa patiente où il est notifié clairement : « diabète gestationnel, dépistage du DT2 prescrit à 2 mois du post-partum » va plus facilement continuer le suivi par la suite.

Les sages-femmes hospitalières en suites de couches doivent informer la patiente ayant un diabète gestationnel du risque de récurrence lors de la prochaine grossesse ainsi que de celui de diabète de type 2 dans le futur. Quant aux sages-femmes libérales et de PMI, elles ont très souvent l'opportunité de suivre les patientes pendant la grossesse puis en post-partum. Leur rôle est de les inciter à effectuer le dépistage du diabète de type 2 en post-partum et tous les un à trois ans. Elles doivent les encourager à conserver une bonne hygiène de vie comprenant une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.

3.6 Amélioration de la prise en charge du diabète gestationnel

Avec les nouvelles valeurs seuils de diabète gestationnel, la prévalence de celui-ci augmente considérablement, les structures et les équipes soignantes doivent donc

s'adapter afin que toutes les patientes reçoivent une bonne prise en charge et ce dans des délais raisonnables.

L'utilisation de la télémédecine a été expérimentée à l'hôpital G.Pompidou à Paris. Il s'agit d'une approche innovante de l'éducation thérapeutique du patient dans la prise en charge du diabète gestationnel. Les patientes remplissent un carnet de glycémies électronique (tableur Excel), un code couleur automatique permet de repérer les valeurs normales (vert), limites (orange) et pathologiques (rouge). Elles transmettent par mail chaque semaine (ou plus souvent si nécessaire) ce carnet électronique accompagné de leurs éventuelles questions. Cette méthode permet une adaptation thérapeutique presque en temps réel : un allègement de l'autosurveillance si les glycémies sont normales ou une mise sous insuline rapide si les glycémies sont pathologiques.

L'étude prospective effectuée en 2010 à G.Pompidou, prenant en considération 113 femmes sur un an rapporte une satisfaction d'une majorité de patientes. [29] En effet 90% trouvaient le suivi par e-mail pratique et rassurant et 100% ont estimé que les réponses aux mails étaient rapides. Toutefois 5% ont jugé le tableur trop compliqué et 10% regrettent la « déshumanisation » de la prise en charge.

Il serait intéressant de pouvoir mettre en place une méthode similaire au CHU de Nantes, cet outil pouvant être complémentaire de la prise en charge habituelle.

L'éducation thérapeutique des patientes est le plus souvent individuelle ; certaines maternités ont choisi de proposer une éducation thérapeutique de groupe. C'est le cas dans la région Midi-Pyrénées où le réseau régional de périnatalogie et celui de diabétologie ont travaillé ensemble pour élaborer un projet faisant intervenir une équipe pluridisciplinaire composée de diabétologues, sages-femmes, diététiciennes, psychologues. [30] Les patientes sont accueillies par demi-journées. L'objectif est qu'après la séquence d'éducation, les patientes soient notamment capables de comprendre les enjeux pour elles-mêmes et leurs enfants, d'adapter leur alimentation, de pratiquer une autosurveillance glycémique adéquate.

Le CHU de Dijon a également expérimenté l'éducation thérapeutique en collectivité, proposant une journée toutes les 2 semaines où sont organisés des ateliers de groupe sur les aspects médicaux du diabète gestationnel, l'autosurveillance glycémique, la prise en

charge diététique. [31] Cette expérimentation menée en 2010 a été concluante avec cependant la nécessité de mieux orienter les patientes soit vers le suivi individuel ou l'éducation collective. En effet, la méthode collective ne convient pas à toutes les patientes notamment à cause de la maîtrise insuffisante du français ou de difficultés de compréhension de certaines d'entre elles.

Au CHU de Nantes, les séances en groupe ont aussi été testées mais abandonnées car jugées peu efficaces pour les raisons citées précédemment. De plus il était difficile de généraliser les conseils sur l'alimentation, les patientes étant de cultures différentes avec des habitudes alimentaires très diverses.

Néanmoins, l'augmentation de la prévalence du diabète gestationnel, les expérimentations concluantes de certaines maternités, peuvent nous amener à réfléchir sur la réintroduction au CHU de Nantes de séances d'éducation thérapeutique collectives. Celles-ci paraissent plus constructives et conviviales pour les patientes le souhaitant, permettant par ailleurs de libérer du temps au personnel pour celles dont cette méthode paraît peu adaptée.

La prise en charge du diabète gestationnel fait partie des compétences de la sage-femme dans la mesure où celle-ci se fait sur prescription et en collaboration avec le médecin. La sage-femme, qu'elle soit hospitalière ou libérale, guide la patiente pour la compréhension du régime alimentaire et de l'autosurveillance glycémique ; elle réoriente celle-ci vers l'endocrinologue ou le gynéco-obstétricien dès qu'elle l'estime nécessaire. Si une éducation diététique de groupe était envisagée au CHU, la sage-femme aurait toute sa place pour y animer des séances.

A l'heure actuelle, les grossesses avec diabète gestationnel sont considérées comme pathologiques, la sage-femme ne peut donc pas suivre seule une patiente présentant un DG. Cependant, les recommandations sont claires : les patientes ayant un DG bien équilibré n'ont pas une prise en charge différente de celles ayant une grossesse normale. On peut par conséquent envisager que la sage-femme puisse suivre seule ces femmes, sans l'intervention d'un diabétologue, dès lors que les glycémies sont correctes sous régime. Cette question se posera probablement à plus ou moins court terme car les diabétologues risquent de ne pas être assez nombreux pour faire face à l'augmentation de la prévalence du DG.

CONCLUSION

Notre étude menée sur 541 dossiers a permis de constater la mauvaise application des recommandations concernant le dépistage du diabète gestationnel.

Le principe du dépistage ciblé remplaçant le dépistage systématique n'a pas été bien appréhendé par les professionnels. En effet, La moitié des patientes qui présentaient des facteurs de risque de DG n'a pas été dépisté, quant aux patientes non concernées, 37% ont malgré tout effectué une glycémie à jeun au 1^{er} trimestre de grossesse. Le taux de conformité globale du dépistage était de 24,6% au 1^{er} trimestre et 50,4% au second. Par ailleurs, le diagnostic de DG à partir d'une glycémie à jeun supérieur à 0,92 g/l n'a été établi que dans la moitié des cas. En revanche concernant la prise en charge du DG, les recommandations ont été globalement bien respectées, celles-ci n'ayant pas subi de réelles modifications en 2010.

L'augmentation des morbidités materno-fœtales, l'existence de tests de dépistage fiables, l'efficacité démontrée de la prise en charge thérapeutique sur l'incidence des complications, légitiment le dépistage du diabète gestationnel. Celui-ci ne doit donc pas être considéré comme secondaire dans le suivi de grossesse mais faire partie des automatismes des professionnels de santé. Des efforts doivent être consentis afin d'améliorer rapidement les pratiques dans le but de mieux prendre en charge les patientes et secondairement d'évaluer ces nouvelles recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*, 2008, 358,19.
- [2] GALTIER F., Le diabète gestationnel Définitions, épidémiologie, facteurs de risque. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39,S144-S170.
- [3] METZGER B., COUSTAN D. Summary and Recommendations of the Fourth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*,1998, 21,supl.2,B161.
- [4] VAMBERGUE A., VALAT A-S, DUFOUR P. *et al.* Physiopathologie du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*,2002;31, 4S3- 4S10
- [5] GRIMALDI A. *Traité de diabétologie*. 2^e éd.Paris : Flammarion, 2009,p.847-850.
- [6] BEUCHER B., VIRAIS DE LESEGNO B., DREYFUS M. Complications maternelles du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39, S171-S188.
- [7] MITANCHEZ D. Complications foetales et néonatales du diagnostic gestationnel : mortalité périnatales, malformations congénitales, macrosomie, dystocie des épaules, traumatisme obstétrical, complications néonatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39, S189-S199.
- [8] <http://birthstory.net/tag/john-whitridge-williams/> *consulté le 24/12/12*
- [9] <http://dpsghome.org/JorgenPedersen.html> *consulté le 24/12/12*
- [10] JACQUEMINET S., JANNOT- LAMOTTE M-F. Prise en charge thérapeutique du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39, S251-S263.
- [11] THIEBAUGEORGES O., GUYARD-BOILEAU B. Surveillance obstétricale en cas de diabète gestationnel et particularités de la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010,39, S264-S273.

- [12] GARABEDIAN C., DERUELLE P. Accouchement (terme, voie, équilibre glycémique perpartum) adapté au diabète gestationnel. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2010,39, S274-S280.
- [13] MITANCHEZ D. Particularités de la prise en charge du nouveau-né de mère avec diabète gestationnel, environnement pédiatrique. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2010,39, S281-S288.
- [14] KERLAN V. Post-partum et contraception chez les femmes ayant eu un diabète gestationnel. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2010,39, S289-S298.
- [15] VERIER-MINE O. Devenir maternel après un diabète gestationnel. Dépistage et prévention du diabète de type 2. Revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2010,39, S299-S321.
- [16] HIERONIMUS S, LE MEAUX JP. Intérêt du dépistage du diabète gestationnel et comparaison des stratégies ciblée et systématique. . J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2010,39, S200-S213
- [17] COSSON E, BENBARA A, PHARISIEN I. Diagnostic and prognostic performances over 9 years of a selective screening strategy for gestational diabetes mellitus in a cohort of 18 775 subjects. Diabetes care, 2012.
- [18] JACQUEMINET S, CIANGURA C, DIERICK GALLET A et al. Évaluation de l'intérêt de passer d'un dépistage systématique à un dépistage ciblé du diabète gestationnel dans une maternité à haut risque. Diabetes and metabolism, 2012, 38, A17.
- [19] RISKIN-MASHIAH S, YOUNES G, DAMTI A et al. First trimester fasting hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. Diabetes care, 2009, 32: 1639-43.
- [20] INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS. International Association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care, 2010, 33:676-82.
- [21] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique.pdf consulté le 24/01/13

[22] <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/codedeont.pdf> consulté le 24/01/13

[23] http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1431_Codeded%C3%83%C2%A9ontologiesdesages-femmes-versionau19juillet2012.pdf consulté le 24/01/13

[24] HAS. Guide méthodologique, élaboration de recommandations de bonne pratique. 2010, 24p.

[25] DE SAINT-POL T. L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE Première, 2003, n°1123.

[26] <http://www.mangerbouger.fr/> consulté le 26/01/13

[27] *Diabetes prevention program* Research group. Reduction in the incidence of type 2 with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, 2002, 346, 393-403.

[28] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes consulté le 10/10/12

[29] http://www.afdet.net/AFDET_fichup/archive-139.pdf consulté le 20/01/13

[30] http://www.afdet.net/AFDET_fichup/archive-85.pdf consulté le 20/01/13

[31] BAILLOT-RUDONI S., BUFFIER P., GIBASSIER C. et al. Faisabilité de l'éducation de groupe dans le diabète gestationnel, le point de vue des soignants. *Diabetes and metabolism*, 2012, 38, P68.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de recueil de données

Date de naissance __ / __ /19__

Origine géographique 1.France/Europe Nord 2.Europe Sud 3.Afrique 4.Afrique Nord
5.DOM TOM 6 .Asie 7. Autre 9.nsp

Statut marital 1.mariée/ vit maritalement 2.célibataire 3.autre 4.nsp

CSP mère _ Activité pro. Mère _

CSP père _ Activité pro. Père _

Poids : ___ kg nsp Taille : ___ cm nsp IMC sur dossier __, __ kg/m2 nsp

ANTECEDENTS

HTA chronique 1.oui 2.non

Néphropathie 1.oui 2.non

SOPK 1.oui 2.non

Gestité __ Parité __

MIU 1.oui 2.non Malformation congénitale 1.oui 2.non

Pré-éclampsie 1.oui 2.non Dystocie des épaules 1.oui 2.non

GROSSESSE ACTUELLE

DDG : __ / __ /2011 Déclaration de grossesse après 14 SA 1.oui 2.non

Suivi 1^{er} T. de grossesse 1.MT 2.GO lib 3. GO CHU

4.SF lib 5.SF CHU 6.PMI

7. non suivie 8.autre : 9.nsp Nom :

DEPISTAGE DIABETE GESTATIONNEL

Présence de facteurs de risques 1.oui 2.non

IMC \geq 25 1.oui 2.non 9.nsp

Âge \geq 35 1.oui 2.non

ATCD familial de DT2 1^{er} degré 1.oui 2.non 9.nsp DT1 DT
nsp

ATCD personnel de DG 1.oui 2.non 9.nsp

Antécédent de macrosomie 1.oui 2.non 9.nsp

Nombre de facteurs de risques _

Suspicion de macrosomie 97^{ème} p 1.oui 2.non

Excès liquide amniotique 1.oui 2.non

Hydramnios 1.oui 2.non

Glycémie à jeun faite 1.oui 2.non date : __ / __ /201__ 9.nsp

1. \geq 1,26 g/dl 2. \geq 0,92 g/dl 3. $<$ 0,92 g/dl 9.nsp

Suivi 2^{ème} T. de grossesse 1.MT 2.GO lib 3. GO CHU
4.SF lib 5.SF CHU 6.PMI
7. non suivie 8.autre 9.nsp Nom :

Dépistage 2^{ème} T du DG 1.oui 2.non

HGPO 75g 1.oui 2.non résultat HO H1..... H2..... date : __ / __ / 201__

Résultat pathologique 1.oui 2.non

Autres dépistages réalisés 1.oui 2.non

O' Sullivan 1.oui 2.non résultat HO..... H1..... date : __ / __ /

HGPO 100g 1.oui 2.non résultat HO..... H1..... H2..... H3..... date : __ / __ /

HbA1c 1.oui 2.non résultat% date : __ / __ /

Diagnostic de diabète gestationnel 1.oui 2.non

Date 1^{ère} prise en charge : __ / __ / 201__ nsp

1. Endoc CHU 2.SIG CHU 3.GO CHU 4.MT
5. GO lib 6.endoc lib 7.PMI 8.autre 9.nsp

ASG 1.oui 2.non 9.nsp

Régime 1.oui 2.non 9.nsp Suivi diététicien 1.oui 2.non 9.nsp

Diabète équilibré sous régime 1.oui 2.non 9.nsp

Insuline 1.oui 2.non 9.nsp Diabète équilibré sous insuline 1.oui 2.non 9.nsp

ERCF suppl. : _ échos suppl. : _

Au total, suivi par

Endoc CHU SIG ac cs endoc SIG ss cs endoc GO CHU GO lib
 MT endoc lib SFAD autre nsp

Nombre de consultations au CHU liées au DG : __

Cardiomyopathie 1.oui 2.non Malformations 1.oui 2.non

Pré-éclampsie 1.oui 2.non HTA gravidique 1.oui 2.non

Prise de poids gestationnelle : __ kg nsp

ACCOUCHEMENT

Date : __ / 05 / 2012

Mode début : 1.spontané 2.Maturation 3.déclenchement synton 4.Césarienne programmée – cause.....

Mode fin : 1.AVB Spontané 2.AVB par extraction instrumentale 3.césarienne en urgence- cause.....

Dystocie des épaules 1.oui 2.non

Épisiotomie 1.oui 2.non

Déchirure périnéale 1.oui 2.non

Hémorragie post-partum 1.oui 2.non

Si DG : Surveillance glycémique pendant le travail 1.oui 2.non 9.nsp

Protocole accouchement par diabétologue 1.oui 2.non Si oui : respecté 1.oui 2.non 9.nsp

NOUVEAU NE

Poids : _____ g

Apgar à 1 et 5min ___ / ___

pH __, __/ __, __

Allaitement 1.maternel 2.artificiel 3.mixte 9.nsp

Détresse respiratoire 1.oui 2.non

Transfert 1.oui 2.non

Hypoglycémie 1.oui 2.non

Hypocalcémie 1.oui 2.non

Hyperbilirubinémie 1.oui 2.non

Malformation congénitale1.oui 2.non

Si DG : surv dextro 1.oui 2.non

POST PARTUM SI DG

ASG 1.oui 2.non 9.nsp

Information en SDC 1. GAJ 2.HGPO 75g 3.autre 9.nsp

à 1. M1 2. M2 3. Arrêt AM 9.nsp

Si oui prescription 1.oui 2.non 9.nsp

VPN au CHU 1.oui 2.non 9.nsp

Si oui : Prescription 1. GAJ 2.HGPO 75g 3.autre 9.nsp à 1. M1 2. M2 3. arrêt AM 9.nsp

AUDIT DE L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS POUR LE DEPISTAGE ET LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL

Résumé

En décembre 2010, le CNGOF et la SFD ont émis des recommandations pour la pratique clinique sur le diabète gestationnel, recommandations instaurant notamment le dépistage ciblé au lieu du dépistage systématique.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'application de ces recommandations. Il s'agissait d'un audit portant sur 541 patientes du CHU de Nantes ayant accouché entre avril et mai 2012.

Les résultats ont montré un taux de conformité de 24,6% concernant le dépistage au 1^{er} trimestre par une glycémie à jeun et de 50,4% pour l'HGPO à 75g au second trimestre. Le dépistage était mal ciblé puisque la moitié des patientes possédant des facteurs de risque n'ont pas été dépistées alors que 37% des femmes non concernées l'ont été. En revanche, la prise en charge des patientes était conforme aux recommandations.

L'application des recommandations sur le dépistage du diabète gestationnel doit être améliorée pour une meilleure prise en charge des patientes.

Mots-clés : diabète gestationnel, dépistage, audit, recommandations, glycémie.