

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N° 2020-98

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Louise MARCHAL

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2020

Alimentation chez la femme atteinte de diabète gestationnel en Polynésie Française : Particularités de la prise en charge au Centre hospitalier de Tahiti, vécu et perceptions des contraintes spécifiques liées aux modifications alimentaires.

Président : Professeur Stéphane Ploteau

Directeur de thèse : Docteur Frédérique Rachédi

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Frédérique Rachédi, pour m'avoir encadré en tant que directrice de thèse. Merci pour ton écoute et tes conseils. Une pensée particulière également à toute l'équipe médicale et paramédicale du service d'endocrinologie du CHPF pour leur accueil et accompagnement durant mon stage.

Je remercie le Professeur Ploteau de me faire l'honneur de présider mon jury. Je remercie le Professeur Bouton et le Professeur Jacobi d'avoir accepté de participer à ma soutenance de thèse comme membres de mon jury. Merci également au Docteur Alexia Allaverdian de prendre part à ma soutenance, merci à toi et toute l'équipe de l'Ile d'Yeu pour votre soutien et tout ce que vous m'avez apporté ces dernières années.

Merci à ma maman et mon beau père d'avoir toujours été présents, même avec la distance, de m'avoir fait grandir et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Une pensée émue à mon papa qui a toujours cru en moi et qui nous manque tous les jours. Bien évidemment, merci à Claire, meilleure sœur et complice d'aventures depuis notre enfance. Je remercie également toute ma famille pour leur soutien de toujours : papy et mamie, Lolo, Aimé, et tous les autres...

Pierrick, merci de me suivre et de m'épauler dans la vie, merci pour ce formidable duo que nous formons au quotidien, chez nous ou à travers le monde. Un grand merci à toute la famille Chevreuil pour leur présence dans les bons moments et les plus difficiles.

Agathe, Lola et Raphael, Mathilde et Noémie, merci pour les fous rires, les bons vins, les danses et autres moments précieux, passés et à venir. Elodie, pour les heures de discussions, merci de ton amitié sincère.

Adela, Sarah, Caroline : copines de P1, véritables amies. Merci pour votre soutien moral, votre joie de vivre, et tous les souvenirs créés ensemble.

Alisée, Anne-Laure, Caro, Chacha, Clairoute, Clara, Emely, Halima, Micka : merci à vous et tous ceux qui se sont ajoutés dans la famille au fil des années. Mes fidèles compagnons d'externat, des tables de la BU aux moments festifs, les moments avec vous sont toujours grandioses.

Sarah, Céline et Axel, Ulysse, Erika, Quentin et tous ceux que j'ai connu pendant mon internat, merci pour les pauses café en stage, les soirs d'hiver à l'internat, les debriefs autour d'un ou plusieurs verres, et évidemment tous les bons moments en dehors des hôpitaux et cabinets. Merci de faire partie de ma vie.

Bérénice, Valentin, Sandrine, Morgan, Anne-Marie, merci de m'avoir accompagnée en Polynésie, dans les couloirs du CHPF, sur les plages, sur les montagnes ou sous l'océan.

Pensée pour tous les gens qui m'ont marquée au fil des années, en métropole, à Wallis et Futuna, à Tahiti, en Australie, aux rencontres à travers le monde, aux souvenirs et moments d'évasion.

Glossaire

ALD : Affection de Longue Durée.

Ari'i : Personne appartenant à la classe des chefs.

‘Arioi : Société de baladins sous la protection de ‘oro (Dieu de la guerre).

CHPF : **Centre Hospitalier de la Polynésie Française**, également nommé le **Taaone**, hôpital principal de la Polynésie française, situé à Pirae sur l'île de Tahiti.

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Coprah : Pulpe de noix de coco séchée destinée à la production d'huile.

CPP : Comité de protection des personnes.

CPS : **Caisse de Prévoyance Sociale**, assurance maladie locale, globalement équivalente à la sécurité sociale en métropole. Organisme privé chargé d'une mission de service public, placée sous la tutelle du Gouvernement de Polynésie française.

CRAT : Centre français de référence sur les agents tératogènes pendant la grossesse.

DG : Diabète gestationnel.

ETP : Education thérapeutique du patient.

Evasan : Evacuation sanitaire d'une île de la Polynésie Française vers une autre, en bateau ou avion, médicalisée ou non, dans le but d'effectuer des examens, prodiguer des soins, etc.

Fiu : Lassitude, ennui, nonchalance, manque d'envie.

Heiva / Heiva i Tahiti : Manifestation annuelle traditionnelle qui a lieu au mois de juillet en Polynésie française. Surtout centrée sur les concours de danses traditionnelles, on y retrouve aussi des concours de chants et de sports (pirogue, soulever de pierres...).

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat.

IMC : Indice de masse corporelle.

ISPF : Institut de la statistique de la Polynésie française.

Ma'a Tahiti : Repas copieux permettant de réunir les familles polynésiennes. Réalisé avec le four traditionnel tahitien (trou creusé dans la terre et recouvert de pierres volcaniques puis de feuilles de

bananiers dans lesquelles sont placées la nourriture). Se compose de féculents (taro, uru, igname, patate douce...), ainsi que de viandes (pua 'a choux, pua 'a rôti, poulet...) et poissons, de salade tahitienne (poisson cru au lait de coco) puis de dessert (fruits, po'e...).

Manahune : Personnes n'appartenant pas aux classes hiérarchiques supérieures.

Milo : marque de poudre chocolatée d'origine australienne, commercialisée par Nestlé, très appréciée dans le Pacifique.

PF : Polynésie Française.

Popa'a : En Tahitien, signifie « roussi, brûlé », initialement nom donné aux premiers navigateurs européens qui arrivaient, après des mois en mer, la peau brûlée par le soleil. Nom donné aux étrangers, aux métropolitains, aux blancs nés sur le territoire également.

Pua 'a : Porc, cochon.

Poe : Dessert polynésien à base de compote de fruits ou tubercules, d'amidon et de lait de coco.

Ra 'au Tahiti : Médecine et pharmacopée traditionnelles tahitiennes, à base de plantes (herbes, fruits, racines...).

Roulottes : Fast-food très répandus à Tahiti. Plusieurs roulottes se réunissent sur les places et parkings, de jour mais surtout en soirées. On y retrouve les préparations asiatiques, les plats de poisson frais, grillés ou marinés typiques de Polynésie, quelques classiques de la cuisine française et même des pizzas.

SFD : Société Française de Diabétologie.

Tahiti Iti : Presqu'île de Tahiti, située après l'isthme de Taravao. (iti : petit)

Tahiti Nui : Partie principale de l'île de Tahiti. (nui : grand)

Taote : Docteur, médecin.

Taro : Légume- racine souvent cultivé dans les régions tropicales. Tubercule farineux, de texture sèche et au goût proche de celui de la patate douce.

Uru : fruit à pain ou fruit de l'arbre à pain.

SOMMAIRE

Glossaire.....	5
I. Introduction et objectifs.....	9
II. Contexte de l'étude.....	10
a. Lieu d'étude : Polynésie Française.....	10
<i>i. Géographie et accès aux soins.....</i>	<i>10</i>
<i>ii. Organisation du système de soins.....</i>	<i>13</i>
<i>iii. Santé publique.....</i>	<i>13</i>
b. L'alimentation en Polynésie française.....	15
c. Le diabète gestationnel en France.....	17
d. Le diabète gestationnel Polynésie Française.....	18
e. Education thérapeutique.....	19
<i>i. Définition.....</i>	<i>19</i>
<i>ii. Organisation dans le cadre du DG au CHPF.....</i>	<i>19</i>
III. Méthodes.....	21
a. Choix de la méthode : Design et setting.....	21
b. Population cible et échantillonnage : Participants.....	22
c. Constitution de l'outil d'enquête : Guide d'entretiens et réalisation des entretiens semi-dirigés.....	22
d. Méthode d'analyse.....	24
IV. Analyse.....	25
a. Echantillon : Caractéristiques de la population.....	25
b. Résultats.....	26
<i>i. Objectif principal : freins et limites ressentis pour la prise en charge diététique.....</i>	<i>26</i>
<i>ii. L'alimentation : avant et pendant le diabète gestationnel.....</i>	<i>32</i>
<i>iii. Connaissances, croyances et ressentis au sujet du diabète et de l'alimentation.....</i>	<i>36</i>
<i>iv. Possibilité d'amélioration de la prise en charge.....</i>	<i>39</i>
<i>v. Rôle de la famille, de l'entourage.....</i>	<i>41</i>
V. Discussion.....	44
a. Validité : forces et limites du travail.....	44
<i>i. Forces.....</i>	<i>44</i>

ii. <i>Limites et biais</i>	45
b. Principaux résultats	46
c. Comparaison à la littérature internationale	46
d. Perspectives	54
VI. Conclusion	58
VII. Bibliographie	59
Annexe A : Guide d’entretien	63
Annexe B : Entretiens	64
Annexe C : Caractéristiques des patientes	105
Annexe D : Informations brutes d’analyse In Vivo	106
Annexe E : Prix de la consommation alimentaire à Tahiti	120

I. Introduction et objectifs

Le diabète gestationnel est une pathologie touchant 7 à 8% des grossesses en métropole, contre 12 à 13% en Polynésie Française. Les patientes y sont suivies pour la quasi-totalité par les équipes médicales et paramédicales du Taaone, hôpital principal de l'île de Tahiti, qu'elles habitent sur l'île principale ou dans les autres archipels.

Dans le cadre de l'évaluation et de l'adaptation du plan d'éducation thérapeutique au sein du Centre Hospitalier de la Polynésie Française, plusieurs questionnements sont ressortis quant au suivi diététique, thérapeutique ou obstétrical des patientes.

J'ai décidé de m'intéresser à la problématique de la prise en charge diététique dans le cadre du diabète gestationnel chez les patientes suivies au CHPF :

Quels sont les difficultés rencontrées et les freins ressentis par ces femmes dans le cadre de la prise en charge diététique de leur diabète gestationnel ?

L'objectif principal de cette thèse est donc de mettre en évidence les difficultés rencontrées et ressenties par les femmes vivant en Polynésie et atteintes de diabète gestationnel, dans un but descriptif pour secondairement adapter au mieux leur prise en charge pluridisciplinaire au sein d'un établissement comme le CHPF, et en relation avec les intervenants ambulatoires.

Les entretiens réalisés permettent également d'explorer les représentations que les patientes ont de leur diabète gestationnel et de l'alimentation, et plus largement à appréhender la diversité des croyances, habitudes, difficultés d'élaboration et de suivi diététique dans un contexte sociodémographique, socioéconomique et culturel tel que la Polynésie Française.

II. Contexte de l'étude

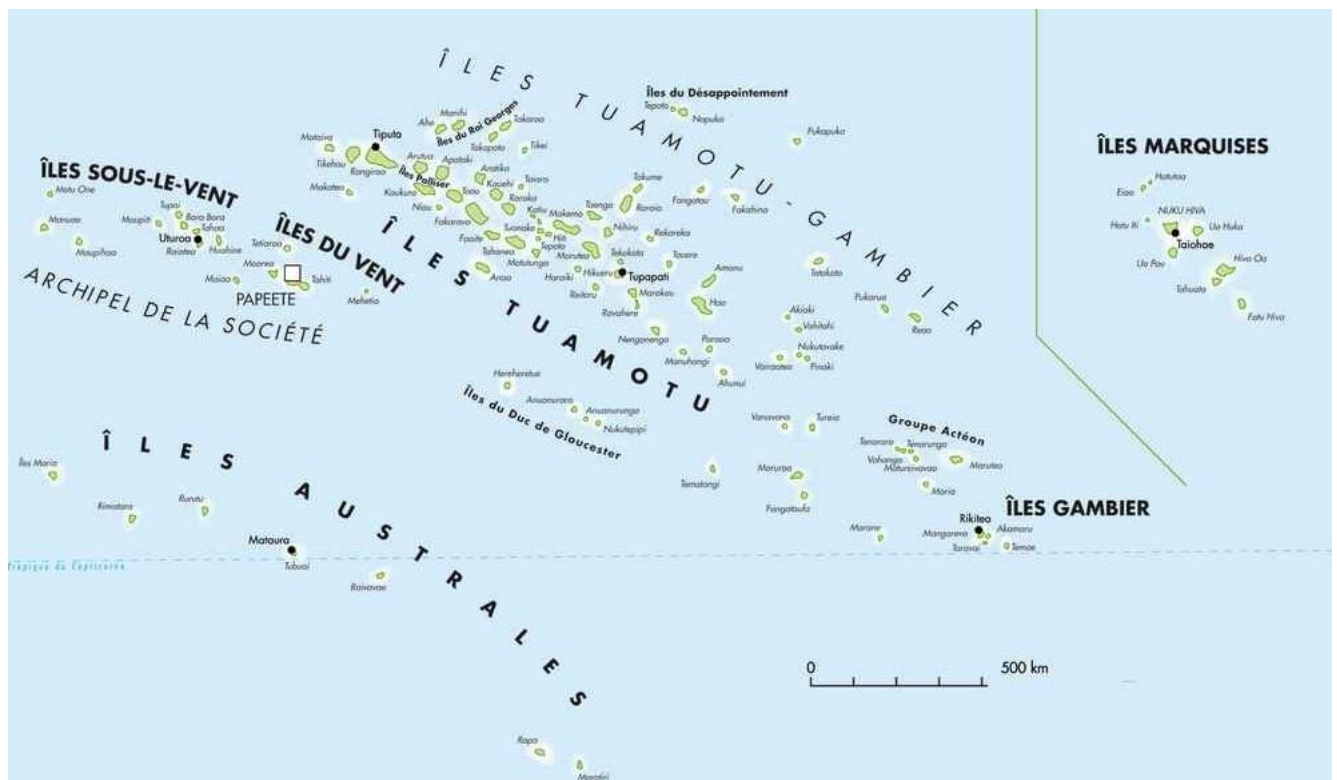
a. Lieu d'étude : Polynésie Française

i. Géographie et accès aux soins

La Polynésie Française est un territoire grand comme l'Europe situé dans l'Océan Pacifique Sud.

D'une superficie de plus de 4000 km², elle est composée de 118 îles, dont 76 habitées, réparties en 5 archipels : l'archipel de la Société avec les îles du Vent et les îles Sous-le-Vent, l'archipel des Tuamotu, l'archipel des Gambier, l'archipel des Australes et les îles Marquises.

Il y a 12 heures de décalage horaire entre Paris et Papeete (11 heures en heure d'hiver métropolitaine).

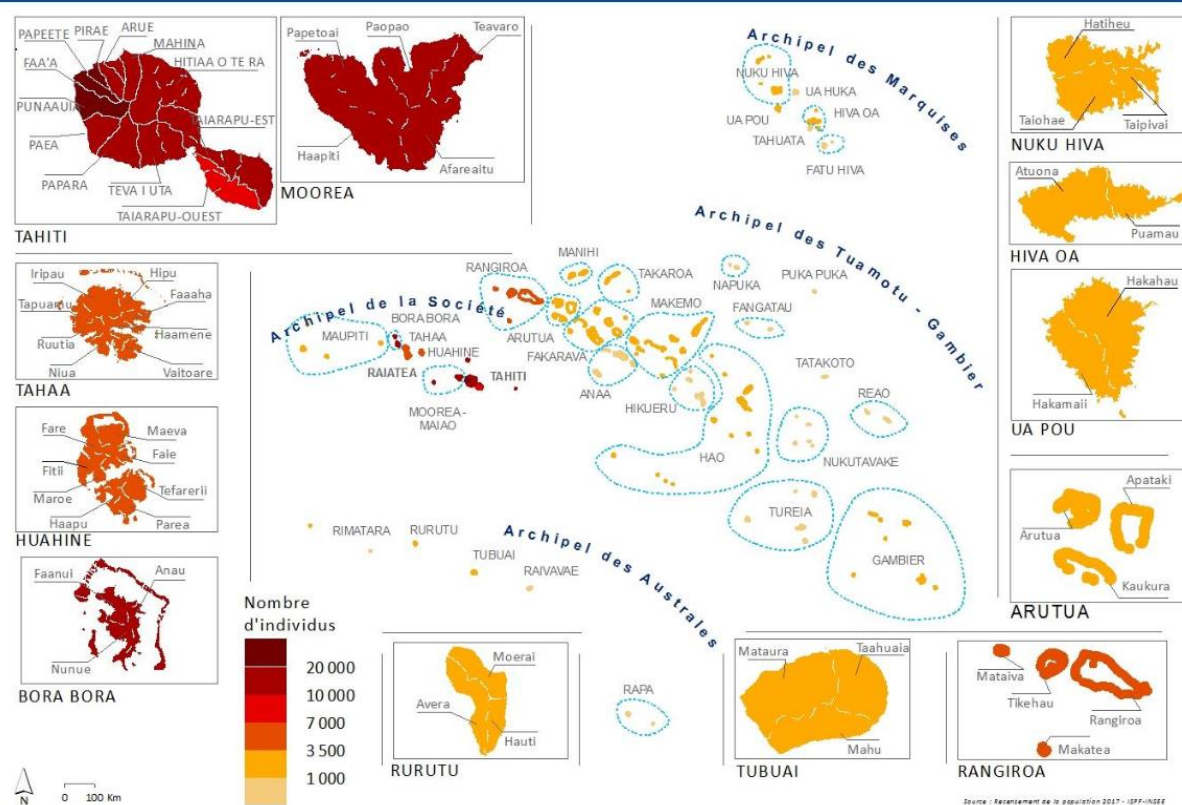


Source : <https://www.polynesie-francaise.com/carte-de-polynesie.htm>

Le recensement de 2017 ⁽¹⁾ comptait 275 918 habitants, dont environ 75% vivent sur l'île principale Tahiti et sur l'île de Moorea (Archipel des îles du Vent).

D'après les résultats des instituts statistiques : “6 % des polynésiens ont moins de 20 ans et 52 % moins de 30 ans. L'espérance de vie est réduite d'environ 5 ans par rapport à la métropole (73,2 ans pour les hommes, 78,3 pour les femmes).”

Répartition de la population en Polynésie française en 2017



13/11/2017

Conférence de presse

6

Source : INSEE – 2017 ⁽¹⁾

Trois communautés ethniques principales peuvent être distinguées : les Polynésiens (78% de la population), les européens ou popa'a (12 %) et les asiatiques (pour la plupart d'origine chinoise) (10 %).

Les îles du Vent sont au sud-est de l'archipel de la Société. Tahiti est l'île la plus grande et la plus peuplée de la Polynésie française, formée de deux parties issues de deux volcans, reliées par l'isthme de Taravao. La partie nord-ouest est Tahiti Nui, où se situe la ville de Papeete, chef-lieu des îles du Vent et capitale de la Polynésie française. La partie sud-est de l'île est Tahiti Iti.

C'est à Tahiti Nui que se trouve le Centre Hospitalier de la Polynésie Française (CHPF), le "Taaone", hôpital principal de la Polynésie Française.

Sur Tahiti Iti, l'hôpital de Taravao permet l'hospitalisation et la prise en charge des habitants de la Presqu'île et du sud de l'île principale s'il n'y a pas de nécessité médicale d'hospitalisation à Papeete. On trouve également plusieurs cliniques à Papeete, de multiples centres médicaux et dispensaires sur Tahiti et sa presqu'île.

Juste en face, on peut voir Moorea, aussi appelée "l'île sœur", formée par le volcan Tohiea et entourée d'une barrière de corail. D'un point de vue médical, les soins sont gérés par l'hôpital local d'Afareaitu et plusieurs centres médicaux.

Dans toutes les îles de la Société, des médecins généralistes permettent le suivi des patients et créent un lien vers les structures de plus grandes envergures.

La subdivision des îles sous le Vent est située au nord-ouest de l'archipel de la Société. Ses îles les plus connues sont Bora-Bora ou Maupiti. La plus grande des îles est Raiatea, île "légendaire" de la Polynésie Française.

C'est logiquement à Raiatea que se situe l'Hôpital des Îles sous le Vent, qui permet une prise en charge généraliste, pédiatrique, gynécologique, gériatrique et qui possède également un plateau technique de chirurgie générale. On trouve sur cette île également deux dispensaires et un centre médical. Bora-Bora, Tahaa et Huahine possèdent des centres médicaux. Maupiti ne dispose que d'une infirmerie.

L'archipel des Marquises est à 1 500 km de Tahiti au nord-est. Il comprend une quinzaine d'îles dont 6 seulement sont habitées. A environ quatre heures de vol de Papeete, l'archipel ne possède qu'un unique hôpital, l'hôpital de Taiohae, sur l'île de Nuku Hiva, et un centre médical sur l'île d'Hiva Oa. Les soins dans les autres îles sont organisés par des infirmeries ou des auxiliaires de soins ainsi que quelques médecins généralistes.

Entre Tahiti et les Marquises, se trouve l'archipel des Tuamotu. Sur 1600 km, sur une diagonale du nord-ouest au sud-est, plus de 80 îles et atolls se dispersent, dont les plus connus sont Rangiroa et Fakarava. Ces atolls aux eaux et paysages paradisiaques cachent des difficultés pour la vie quotidienne des habitants : l'eau douce est rare, la pêche, la coprah-culture et la perliculture sont les principales activités économiques.

Parfois considérées comme un archipel à part entière, il faut rappeler que les îles Gambier sont en fait administrées dans la même entité que les Tuamotu (l'archipel des Tuamotu-Gambier) mais en ont été détachées en tant que circonscription dans le nouveau statut de 2004. Il s'agit de plusieurs îles volcaniques et d'îlots coralliens réunis à l'intérieur d'un même lagon très étendu, ce qui les distingue avec les atolls des Tuamotu. La plus grande île est Mangareva.

Il existe deux dispensaires à Rangiroa, et quelques médecins généralistes sur les plus grandes îles. Pour les plus petites îles, il y a des infirmeries ou de simples centres de secours gérés par des auxiliaires de soins.

A noter qu'il existe un Dispensaire des Tuamotu-Gambier à Papeete, centre névralgique gérant les évacuations sanitaires, le suivi médical et les retours à domicile des populations originaires des nombreuses petites îles de cet archipel.

L'archipel des Australes n'est composé que de 5 îles, moins desservies par avion que les autres archipels. Connues pour une météo plus fraîche et lieu exceptionnel pour l'observation des baleines à bosse, ces îles restent les plus isolées d'un point de vue médical.

Tubuaï, l'île principale, possède deux centres médicaux où viennent travailler des médecins itinérants. Rurutu est munie d'une infirmerie et un médecin généraliste est parfois présent selon les disponibilités. Comme partout ailleurs, on trouve des infirmières et auxiliaires de soins dans les îles de moindre population.

ii. Organisation du système de soins

Ce territoire immense bénéficie d'un statut de Communauté ou Collectivité d'Outre-Mer (régie par l'article 74 de la Constitution française et la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française) et donc d'une large autonomie politique par rapport au gouvernement métropolitain.

Le statut d'autonomie politique et administrative attribue à la Polynésie française une pleine compétence en matière de santé.

L'organisation du système de santé en Polynésie française est spécifique du fait de la grandeur du territoire et de la dissémination des populations.

La direction de la santé représente à la fois l'autorité de santé du pays et le principal prestataire public de soins curatifs et de prévention. On peut compter plus de 120 structures sanitaires dont quelques hôpitaux, des centres médicaux, centres dentaires, infirmeries, dispensaires, et des postes de secours.

En fonction du nombre de la population desservie, le niveau de l'offre de soin est plus ou moins adapté. Pour couvrir les zones sans médecins, des missions sont également organisées pour faciliter l'accessibilité des îles les plus reculées. Il existe un réseau médical inter-îles et un dispositif d'évacuations sanitaires permettant un transfert sur Tahiti si nécessaire.

iii. Santé publique

Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants						
Cause de décès	Polynésie française			France		
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes
Maladies de l'appareil circulatoire	163,8	190,3	135,1	73,0*	97,7*	53,4*
dont Cardiopathies ischémiques	37,4	54,9	21,4	20,7*	32,5*	11,4*
Autres cardiopathies	44,6	47,5	39,2	20,7*	26,4*	16,1*
Maladies cérébrovasculaires	46,5	51,7	41,9	15,9*	19,0*	13,4*
Autres maladies de l'appareil circulatoire	35,0	36,1	32,6	15,7*	19,8*	12,5*
Tumeurs	132,6	156,0	111,4	114,9*	158,2	80,8*
dont Larynx, trachée, bronches et poumon	35,3	47,8	22,1	25,6*	43,4	10,6*
Sein	12,7	0,3	24,9	9,2	0,3	16,7
Causes externes de blessure	48,3	69,6	26,0	34,2*	50,6*	19,0*
dont Accidents de transport	12,4	18,3	6,2	6,8*	10,8*	2,9
Suicides	11,3	17,2	5,2	12,0	18,5	6,1
Homicides	0,6	0,7	0,4	0,6	0,8	0,4
Maladies de l'appareil respiratoire	47,9	56,4	41,5	16,1*	23,6*	11,0*
dont Pneumonie	13,1	15,8	10,9	4,8*	6,7*	3,5*
Maladies chroniques des VRI †	17,3	19,3	16,1	4,8*	7,8*	2,8*
Maladies endocriniennes	25,1	27,9	23,2	10,5*	12,6*	8,7*
dont Diabète sucré	14,8	18,6	12,2	6,0*	7,8*	4,6*

* Différence significative entre les taux de Polynésie française et de France métropolitaine, ou entre Polynésie française et DOM, selon le sexe.

† Voies respiratoires inférieures.

Source : Causes de décès en PF 2005-2010- étude réalisée par des membres de la Direction de la Santé à Papeete et de l'Inserm, comparant les taux de mortalités standardisés en Polynésie Française et en France métropolitaine ⁽²⁾

La fréquence des maladies cardio-vasculaires et de surcharge est l'une des plus élevée du monde dans l'Océan Pacifique. La mortalité par maladie cardio-vasculaire est 2 à 3 fois plus élevée en Polynésie Française en comparaison avec la métropole.

Selon les dernières estimations réalisées en Polynésie Française, la prévalence du surpoids serait autour de 70%, dont 40% d'obésité. Ce surpoids est présent dès le jeune âge : 35% des enfants de moins de 12 ans sont en surpoids (contre 20% en métropole). ⁽³⁾

Le diabète atteint près de 20% (19,6% d'après la Direction de la Santé de Polynésie Française en 2018) de la population adulte en Polynésie Française, contre 5,5% en métropole.

La Caisse de Prévoyance Sociale, organisme de protection sociale Polynésien, ne prend en charge à 100 % le diabète au titre de Longue Maladie (en parallèle avec les ALD en métropole) que lorsque le patient

est traité par insulinothérapie ou est atteint de complications. Le diabète est la deuxième maladie de longue durée avec un taux de 16% des Longues Maladies, après l'hypertension artérielle. ⁽⁴⁾

L'insuffisance rénale chronique est également en constante augmentation : le nombre de patients fréquentant le service de Néphrologie du Centre Hospitalier de Taaone augmente de 8 % par an en moyenne depuis 2008. Les estimations statistiques évaluent à l'horizon 2020 entre 400 et 500 le nombre de personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale.

b. L'alimentation en Polynésie française

L'obésité et ses complications sont des questions préoccupantes en Polynésie Française. Il est indispensable de mieux comprendre les habitudes alimentaires, les déterminants culturels et sociaux qui pourraient influencer sur l'alimentation.

Les études anthropologiques de C. Serra Mallol en 2007 et 2008, *“Nourritures, abondance et identité : une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti”* ⁽⁵⁾ et *“Bien manger, c'est manger beaucoup : comportements alimentaires et représentations corporelles à Tahiti”* ⁽⁶⁾, permettaient de mieux comprendre le développement de l'obésité en étudiant les déterminants culturels et sociaux de la représentation du corps et de l'alimentation, de la période pré européenne à nos jours.

Dès les premiers échanges et contacts avec les Européens au XVIIIème siècle et la naissance du mythe polynésien du “paradis sur Terre”, les journaux décrivent l'abondance de nourriture, les repas copieux et la corpulence forte de la population polynésienne.

Cependant, de nombreuses études révèlent que les repas où la nourriture était fortement abondante étaient, en fait, réservés aux chefs et gens de haut rang lors de cérémonies ou de fêtes. Les réserves alimentaires disponibles fluctuaient de manière importante selon les périodes, avec même des phases de quasi-famine. Les îles volcaniques étaient probablement plus favorables que les atolls, où les denrées végétales sont pauvres. Les festins n'étaient donc pas une généralité, et ils devaient s'alterner avec des périodes de pauvreté alimentaire. L'abondance et l'excès étaient ritualisés, saisonniers, réservés à une seule partie de la population ou bien partagés par le chef dans la communauté.

Au quotidien, les repas étaient faits de uru, bananes, noix de coco, taro, et de poissons.

Les corpulences fortes ont toujours été très appréciées des Polynésiens, surtout des Tahitiens, en tant que physique des chefs, symbole de bien-être d'un groupe et générosité des Dieux. Certains textes décrivent des méthodes d'engraissement (ha'apori) sur certaines îles.

L'arrivée des missionnaires et la christianisation de la Polynésie va changer les habitudes alimentaires. Les plaisirs liés à l'alimentation sont alors considérés comme païens, de même pour le surpoids, et les grands repas sont perçus comme du gaspillage et contraires au puritanisme. Les missionnaires tentent de rendre les repas plus réguliers, sans suivre les saisons, les réserves alimentaires ou les rites anciens. Les temps de fêtes et cérémonies restent toutefois importants dans la culture tahitienne, avec une réelle importance du regroupement, et l'alimentation privilégiée lors de ces événements. Le four tahitien est alors réalisé le dimanche, après la messe.

Les échanges alimentaires et l'ouverture vers le commerce extérieur se font à partir de la 2ème moitié du XIXème siècle.

Au début du XXème siècle, l'alimentation en Polynésie française est toujours perçue comme abondante et irrégulière. Les premiers calculs de ration calorique sont effectués en 1934 et 1947 et retrouvent une moyenne de 3000 calories de ration quotidienne, avec une augmentation progressive de la part des produits importés dans l'alimentation à cette époque. L'autoproduction diminue progressivement (les plantations collectives disparaissent).

Cependant, l'obésité telle qu'on la connaît aujourd'hui s'est développée lors des dernières décennies, particulièrement depuis les années soixante à la suite d'une industrialisation rapide, un changement des modes de consommation et notamment dans les zones les plus urbaines, comme à Papeete.

Aujourd'hui, les nouvelles limites sur le plan alimentaire sont économiques.

Lors d'une enquête de 2007 réalisée C. Serra Mallol ⁽⁶⁾, un tiers de l'échantillon déclarait que "*manger bien, c'est manger beaucoup*", notamment dans les populations tahitiennes vivant au sein de famille étendue, avec des revenus faibles. A noter que les données de l'INSEE en 2017 décrivent que plus de 40% des foyers en Polynésie Française sont constitués de plusieurs noyaux familiaux.

Le volume et l'apparence de la nourriture constituent un élément primordial lors du choix du repas.

La quantité de nourriture lors du repas pris en semaine, et lors des ma'a Tahiti du dimanche est considérable, en particulier chez les tahitiens, plus que dans les autres îles.

L'irrégularité de la prise alimentaire n'est plus présente sous la même forme du fait de la disponibilité permanente mais on mange parfois un seul repas par jour, très calorique. On retrouve en partie les relations au plaisir culinaire irrégulier et compulsif des anciens polynésiens.

Sur le plan qualitatif, la nourriture est peu équilibrée, riche en sucre et graisse et pauvre en fibres, en particulier chez les populations défavorisées sur le plan socio-économique, ce qui démontre un défaut d'accessibilité à l'alimentation équilibrée du fait de raisons politiques et financières (taxes, accès aux produits frais etc.)

La valorisation du surpoids est encore fortement présente mais s'estompe progressivement, la "minceur occidentale" devient de plus en plus un idéal. Une transition existerait donc au sujet de la corpulence souhaitée par la population.

Cependant, l'obésité continue de s'accroître, de plus en plus tôt chez les populations, en raison des apports caloriques importants et de la diminution de l'activité physique.

Les entretiens de cette étude permettent également de faire un état des lieux de des habitudes alimentaires actuelles des femmes polynésiennes jeunes.

c. Le diabète gestationnel en France

Le diabète gestationnel se définit comme une intolérance au glucose diagnostiquée pendant la grossesse. Les grossesses sont marquées par un taux de complications plus important : césarienne, macrosomie, accouchement prématuré, détresse respiratoire, malformation cardiaque, pré-éclampsie chez la mère... Le risque de développer un diabète de type 2 après un diabète gestationnel est multiplié par sept par rapport aux femmes sans antécédent de diabète gestationnel, avec un risque plus significatif en cas d'obésité, d'insulinothérapie pendant la grossesse et d'un âge précoce lors du diagnostic.

Il existe un surrisque de diabète gestationnel chez les femmes d'un âge avancé, en surpoids, et ayant des antécédents personnels de diabète gestationnel ou de macrosomie chez leurs enfants, ainsi que des antécédents familiaux de diabète de type 2. ⁽⁷⁾

En métropole, les recommandations pour la pratique clinique de la Société Francophone de Diabétologie (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) pour le diagnostic du diabète gestationnel sont les suivantes ⁽⁸⁾ :

Les femmes sont dépistées selon leurs facteurs de risques (femmes âgées de plus de 35 ans, indice de masse corporelle >25, antécédents personnels de diabète gestationnel, antécédents familiaux de diabète de type 2, antécédents de macrosomie fœtale), par la mesure de la glycémie à jeun au premier trimestre avec un seuil fixé à 0,92 g/l puis par la mesure des glycémies lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée, avec trois valeurs dont une seule pathologique permet de faire le diagnostic.

En Polynésie Française, les mêmes critères de dépistage sont utilisés qu'en métropole et la quasi-totalité des femmes sont dépistées au plus tôt pendant leur grossesse.

La prise en charge diététique est un point essentiel du traitement du diabète gestationnel. L'adaptation du mode de vie sur le plan alimentaire et de l'activité physique (en l'absence de contre-indication) est le premier acte de la prise en charge du diabète.

Les recommandations diététiques conseillent actuellement ⁽⁸⁾ :

- Un régime hypoglucidique : privilégier les aliments à faible index glycémique, favoriser les fibres
- Des repas fractionnés : répartition de la prise des glucides au cours de la journée dans le but de répartir les apports et de contrôler la glycémie : 3 repas et 2 à 3 collations par jour
- Un calcul de la ration calorique adaptée au poids de la patiente, sans descendre en dessous de 1800 kcal/jour. Chez la femme de poids normal : 30 à 35 kcal/kg de poids, chez la femme en surpoids ou obèse : 25 kcal/kg de poids.

Une activité physique régulière, d'environ trente minutes, plusieurs fois par semaine, est recommandée en dehors de contre-indications obstétricales.

L'autosurveillance glycémique est recommandée au minimum 4 fois par jour (1 glycémie à jeun au réveil et 3 glycémies post-prandiales).

Les objectifs glycémiques sont stricts : moins de 0,95 g/L à jeun et inférieurs à 1,20 g/L à deux heures en post prandial.

En cas d'échec des règles hygiéno-diététiques seules, des traitements par insulinothérapie voire par Metformine (principal antidiabétique oral prescrit désormais par des équipes spécialisées endocrino-obstétricales de plusieurs CHRU et validé par le CRAT) peuvent être introduits pendant la grossesse, tout en poursuivant du mieux possible la prise en charge diététique.

d. Le diabète gestationnel Polynésie Française

Entre 1984 et 2015 en Polynésie Française, le taux de fécondité est passé de 3,8 à 1,84 enfants par femme. L'âge moyen des mères à l'accouchement est de 28 ans en 2015 selon l'institut de statistiques de la Polynésie Française. ⁽¹⁾

En 2017, 2 525 accouchements ont eu lieu au CHPF du Taaone sur 3 888 au total en Polynésie. Pour les femmes enceintes des archipels éloignés, une évacuation est programmée au huitième mois de grossesse afin de procéder à leur accouchement à Tahiti. 65% des femmes de Polynésie Française accouchent au CHPF. Les autres accouchent dans les deux cliniques à Papeete, ou dans un des deux petits centres hospitaliers périphériques sur l'île de Raiatea et plus rarement à Nuku Hiva aux Marquises.

Le diabète gestationnel est un problème de santé publique majeur en Polynésie Française.

D'après les données du Département d'Information Médicale du CHPF, 11,4% des femmes enceintes prises en charge en 2015 sont atteintes de diabète.

Les données S.I.M. (Service d'Information Médicale) de 2017 montrent une progression des chiffres : 12,6% des 2300 accouchements au CHPF.

On observe également une augmentation nette des demandes de prise en charge par des personnels médicaux libéraux de Tahiti et des îles pour des femmes accouchant hors CHPF, soit un total de 357 patientes enceintes prises en charge par l'équipe éducative durant leur grossesse.

Ces pourcentages sont en constante augmentation depuis 2011 et bien supérieurs à ceux constatés en métropole (7,24 % des grossesses dont 28 % sont traités par insuline).

e. Education thérapeutique

i. Définition

D'après la définition donnée par la Haute Autorité de Santé : “ *L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.*”

Elle est complémentaire des traitements et des soins, du traitement des symptômes et de la prévention des complications et participe à l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Dans la prise en charge du diabète, quel qu'en soit le type, elle est indispensable à la compréhension de la pathologie et permet une bonne surveillance glycémique, un bon suivi de la prise en charge diététique et des traitements mis en œuvre.

ii. Organisation dans le cadre du DG au CHPF

La population de femmes atteintes de diabète gestationnel est essentiellement originaire de Tahiti, mais également des îles plus éloignées.

Les médecins diabétologues, les obstétriciens et surtout les sages-femmes font des missions régulières dans les principales îles pour permettre le suivi des femmes enceintes atteintes de diabète. Elles sont régulièrement amenées à venir en consultation ou hospitalisation à Tahiti pour réévaluer ou intensifier la prise en charge. Les patientes restent ensuite sur Tahiti dès le début de leur 3ème trimestre et accouchent au CHPF.

Les femmes enceintes atteintes de diabète gestationnel, qu'elles viennent de Tahiti ou des autres îles, lorsqu'elles sont suivies, sont prises en charge au moins en partie à l'Hôpital de Tahiti.

Selon l'évolution de leurs glycémies, le traitement envisagé, le terme de leur grossesse et leur environnement social, économique ou psychologique, plusieurs possibilités de soins existent :

- L'hospitalisation en endocrinologie : pour l'instauration des traitements médicamenteux notamment par insuline, pour débiter la prise en charge des femmes vivant dans les îles éloignées, pour celles ayant besoin d'une surveillance rapprochée, pour les femmes dont les

glycémies sont difficiles à équilibrer, pour les femmes ayant des complications et pour celles ayant des difficultés d'apprentissage (acalculie, illettrisme, non compréhension de la répartition des repas dans la journée, ...).

Dans le cadre de l'hospitalisation, les patientes sont vues en entretien et consultation par l'équipe médicale et paramédicale du service, en groupe ou en individuel, avec les diététiciennes, infirmières d'éducation thérapeutique, et si besoin psychologue. Elles vont également régulièrement dans le service d'obstétrique pour le suivi de la grossesse (monitoring, échographie etc.).

- L'hospitalisation en obstétrique : pour les femmes en fin de grossesse ou pour celles ayant des complications sur le plan obstétrical. La prise en charge globale est organisée conjointement avec le service de Diabétologie (mêmes groupes de parole, passage des endocrinologues etc.)
- Le suivi exclusivement ambulatoire : privilégié pour les femmes originaires de Tahiti ou celles vivant chez leur famille du fait de leur grossesse, pour le début de prise en charge en l'absence de complication. Il s'agit d'un suivi individuel et en groupe par les mêmes équipes : endocrinologues, gynécologues obstétriciens, infirmières, diététiciennes, psychologues.

Un lien étroit avec les sages-femmes et infirmiers à domicile ou les infirmeries des îles pour les patientes ne résidant pas à Tahiti existe également, pour le suivi des glycémies et l'adaptation des doses chez les patientes en ayant le besoin.

III. Méthodes

a. Choix de la méthode : Design et setting

L'objectif principal de cette thèse était de mettre en évidence des freins, des ressentis dans le cadre d'un projet d'éducation thérapeutique. Il était question de recueillir des données pour en sortir des informations sans hypothèses préalables ni données statistiques à produire.

Pour permettre au mieux de réaliser cette recherche, nous avons fait le choix de créer une étude descriptive transversale, et donc qualitative.

Le lieu de réalisation de l'étude est donc monocentrique : le Centre Hospitalier de la Polynésie Française (Hôpital du Taaone), situé à Pirae, proche de Papeete sur l'île de Tahiti.

Les femmes pouvaient être recrutées directement dans le service d'endocrinologie, dans celui des grossesses pathologiques ou via des rendez-vous ambulatoires de diététique ou d'éducation thérapeutique.

Les modalités de recrutement des participantes étaient les suivantes : il fallait donc des femmes enceintes, atteintes de diabète gestationnel, suivies au CHPF. Etaient exclues les femmes mineures et celles dont le diabète était préexistant et connu à la période de grossesse. Les femmes ayant un probable diabète de type 2 non diagnostiqué préalablement à la grossesse étaient gardées au sein de l'étude, étant prise en charge initialement en tant que diabète gestationnel au même titre que les autres.

L'échantillonnage idéal était pensé de manière raisonnée, à variabilité maximale. Les variables possibles étant le service d'hospitalisation ou le suivi, l'âge, l'IMC et la prise de poids pendant la grossesse, les conditions de vie socio-professionnelles, le mode de vie, les antécédents personnels ou familiaux, et l'origine selon les différents archipels de Polynésie française.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable et les entretiens se sont multipliés jusqu'à saturation des données.

La méthode de recueil des données choisie était donc par des entretiens individuels semi directifs.

Les guides d'entretien ont été rédigés en amont de l'étude, et les entretiens ont été réalisés entre juin et novembre 2018 au Centre Hospitalier de la Polynésie Française, lors de mon stage dans le service d'endocrinologie.

Dans le cadre de la protection des personnes et pour les aspects réglementaires de la recherche, une demande auprès du CPP a été réalisée et un avis favorable a été émis. La déclaration de conformité auprès du CNIL a été réalisée.

Il s'agit d'une recherche descriptive, non interventionnelle pour laquelle une information claire, complète et précise au sujet de l'étude a été remise et expliquée aux patientes qui avaient un droit d'opposition. Le consentement oral libre et éclairé de chaque patiente a été recueilli avant l'entretien.

b. Population cible et échantillonnage : Participants

Les participantes ont été sélectionnées de manière consécutive : patientes en hospitalisation ou venant en consultation sur le CHPF, disponibles pour un entretien et entrant dans les critères d'inclusion de l'étude. Elles ont été contactées directement en face à face.

Les informations au sujet de la thèse et du guide d'entretien ont été données oralement et par une fiche explicative avant l'entretien et le consentement a été donné oralement.

Les entretiens ont eu lieu à l'hôpital du Taaone dans un bureau privé, en face à face. La discussion a été enregistrée par dictaphone puis retranscrite et analysée dans un second temps.

Le recueil des données s'est effectué entre juin et fin octobre 2018.

L'échantillonnage s'est fait de manière aléatoire et il existe en effet une variabilité dans la population étudiée.

Les caractéristiques socioprofessionnelles et les antécédents personnels ou familiaux de chaque patiente ont été récupérés pour permettre une analyse de l'échantillon de patientes, qui se voulait le plus varié possible pour une représentativité globale des populations.

Les caractéristiques des patientes sont détaillées dans l'analyse des données et en annexe.

c. Constitution de l'outil d'enquête : Guide d'entretiens et réalisation des entretiens semi-dirigés

Le guide d'entretien a été réalisé par Dr Frédérique Rachédi, directrice de thèse et chef du service d'endocrinologie et moi-même, aidées des avis de diététiciennes du service.

Les entretiens ont été répétés à 2 ou 3 reprises avant le début du recueil.

Le guide d'entretien a été partiellement modifié en cours d'étude afin de permettre une obtention des données plus adaptée, après retranscription de quelques entretiens et mise en évidence d'amélioration possible de la forme, sans pour autant en modifier les questions et le fond.

Il faut noter que le guide d'entretien a été rédigé sous la forme du tutoiement comme il est de coutume de s'exprimer en Polynésie, que le cadre soit personnel ou formel.

Nous avons retenu sept questions pouvant servir de guide lors des entretiens :

- Raconte-moi comment s'est passé la découverte de ton diabète de grossesse.

Le but de cette question était d'introduire l'entretien et d'explorer les ressentis lors du diagnostic, ainsi que d'initier la compréhension de la pathologie.

- Pour toi, d'où vient ton diabète ?

Cette question ouverte permet de mettre en évidence les connaissances et représentations du diabète gestationnel.

- Peux-tu m'expliquer ce qu'était ton alimentation avant la découverte du diabète ?
- As-tu modifié ton alimentation depuis ? Comment ?

Ces deux questions sont regroupées et informent sur l'alimentation actuelle des patientes en Polynésie, avant et pendant la prise en charge d'un diabète gestationnel.

- Penses-tu pouvoir maintenir le "régime" à la maison ? Quelles sont tes inquiétudes, les choses les plus difficiles ?

Il s'agit ici de répondre à l'objectif principal de la thèse : quels sont les freins ressentis pour le bon suivi d'une diététique adaptée au diabète gestationnel chez ces patientes ? Sans hypothèse à priori, les réponses explorent alors les habitudes alimentaires, le rythme de vie, le rôle de l'entourage, les conditions socio-économiques et l'accès à l'alimentation sur le territoire.

- En quoi le fait d'être polynésienne ou de vivre en Polynésie change quelque chose par rapport à ton alimentation ou ton diabète ?

Cette question ouverte permet une nouvelle fois d'explorer l'objectif principal de la recherche, sous un autre aspect : les femmes ne parlent pas ici que de leur propre vécu mais également des différences et des éventuelles limites perçues pour l'ensemble de la population Polynésienne potentiellement atteinte de la même pathologie.

- Comment pourrait-on faciliter les choses pour toi ? Qu'est ce qui pourrait aider à améliorer la prise en charge du diabète de grossesse et du "régime" selon toi ?

Cette interrogation, plus complexe car nécessite un recul plus important sur la prise en charge, permettait de réfléchir sur les possibilités d'amélioration de suivi et encadrement des patientes.

Enfin, chaque entretien se termine en demandant systématiquement aux patientes si elles avaient des choses à ajouter ou des questions.

Un enregistrement audio a été réalisé pour chaque entretien, par dictaphone, après information et consentement de la patiente interrogée. L'entretien restait anonyme et le nom de la participante n'était ni donné oralement ni ensuite noté dans la retranscription.

La stratégie d'élaboration du guide d'entretien partait d'un principe d'entretiens exploratoires sur les difficultés ressenties par les patientes, sans hypothèse à priori.

La durée des entretiens individuels était très variable selon les femmes interrogées : entre 10 et 30 minutes en moyenne.

Certaines participantes répondaient de manière succincte alors que d'autres avaient plus de facilités à s'exprimer et à apporter des informations complémentaires.

Au total, vingt-neuf entretiens ont été réalisés et vingt-six entretiens ont été utilisés dans l'analyse des données.

Les deux premiers entretiens étaient des essais pour évaluer le guide d'entretien, la méthodologie pour poser les questions et faire un premier essai en conditions réelles.

Un entretien a été supprimé du fait d'un enregistrement peu efficace ne permettant pas une retranscription fidèle.

d. Méthode d'analyse

La recherche effectuée dans le cadre de cette thèse est une étude qualitative isolée, descriptive transversale par entretiens semi-dirigés, en vue d'une analyse comportementale et de compréhension des limites ressenties au sujet de la prise en charge diététique du diabète gestationnel.

La méthode d'analyse des données a été sous la forme d'une théorie ancrée, c'est à dire sans hypothèse à priori. À la suite de la retranscription écrite des entretiens, des unités minimales de sens ont été ressorties des entretiens, regroupées en catégories puis thèmes.

Le logiciel Nvivo a été utilisé pour l'organisation des données.

Les différents thèmes étudiés sont regroupés dans les résultats sous forme de différents chapitres. Dans un premier temps, il est important de répondre à l'objectif principal : les freins et limites ressentis pour la prise en charge diététique. Les autres axes de résultats sont les suivants : l'alimentation en Polynésie française dans la population étudiée, les connaissances, croyances et ressentis au sujet du diabète et de l'alimentation, les possibilités d'amélioration de la prise en charge et enfin le rôle de la famille, de l'entourage.

IV. Analyse

a. Echantillon : Caractéristiques de la population

Vingt-neuf entretiens ont été réalisés au total, en face à face et vingt-six ont servi à l'analyse des données.

Plus de la moitié des patientes étaient hospitalisées dans le service d'Endocrinologie, huit autres étaient suivies en ambulatoire et quatre étaient hospitalisées en Obstétrique au moment de l'entretien.

Toutes les femmes sont nées en Polynésie Française, de parents originaires de Polynésie, et ont vécu la majeure partie ou la totalité de leur vie en Polynésie Française.

La plus jeune patiente avait 18 ans au moment de l'entretien et la plus âgée 42 ans. Toutes les tranches d'âges sont représentées : neuf femmes avaient moins de 25 ans, douze d'entre elles avaient entre 25 et 35 ans et cinq femmes avaient plus de 35 ans.

Elles venaient en majorité de l'île principale de Tahiti mais les autres archipels sont également représentés.

Vingt et une femmes n'avaient jamais eu de diabète gestationnel dans le passé ; il s'agissait de leur première grossesse pour sept d'entre elles.

Cinq avaient un antécédent de diabète lors d'une ou plusieurs grossesses précédentes.

Dix-huit patientes sur les vingt-six interrogées connaissaient l'existence de diabète de type 2 au sein de leur famille.

Plus de 80% des patientes vues en entretien n'avaient pas d'autre problème de santé, aucune n'avait un antécédent interférant avec la prise en charge alimentaire ou médicamenteuse du diabète.

Aucune patiente n'était traitée par anti diabétique oral seul. Quinze femmes étaient traitées par régime seul et onze par insulinothérapie.

Quatorze femmes étaient dans leur 3ème trimestre, neuf dans le second trimestre et seulement trois femmes en début de grossesse.

L'IMC des patientes a été calculé en fonction de leur taille et poids déclarés lors de l'entretien. On note que dix-sept femmes avaient des indices de masse corporelle supérieurs à 30, soit dans le seuil de l'obésité. Nous avons essayé de préciser avec les patientes leur prise de poids lors du premier trimestre, à noter qu'il existe un biais lié au souvenir et au terme actuel de la grossesse pour cette caractéristique.

Le mode de vie des femmes a été recherché : tabac, emploi, activités physiques, situation de vie familiale.

Pour l'activité physique, nous avons fixé des seuils. Nous avons pris en compte les activités avant la grossesse et non stoppées pour des raisons médicales. Les patientes "sédentaires" ne déclarent aucune activité sportive et un temps de marche par jour inférieur ou égal à 30 minutes. L'activité physique modérée correspond aux patientes ayant des activités de la vie quotidienne telles que la marche de plus de 30 minutes, le vélo, le jardinage et nous avons également inclus certains sports peu intenses. Les patientes classées dans la catégorie "sportive" pratiquaient un sport de manière régulière. Douze femmes interrogées se définissent donc comme "sédentaires" et huit comme "sportives".

Seize femmes étaient sans emploi, les dix femmes ayant un travail étaient réparties de manière égale entre travail physique et sédentaire.

Aucune des patientes ne vivait seule. Environ 70% des foyers étaient constitués de la femme, son conjoint et plus ou moins des enfants déjà nés. Huit femmes vivaient quant à elle en famille élargie (avec conjoint, parents, parfois frères et sœurs).

b. Résultats

i. Objectif principal : freins et limites ressentis pour la prise en charge diététique

Deux des questions posées lors de l'entretien permettaient de répondre à ce sujet.

Certaines déductions obtenues lors des entretiens en dehors de ces questions pouvaient également donner des informations complémentaires.

- Penses-tu pouvoir maintenir le "régime" à la maison ? Quelles sont tes inquiétudes, les choses les plus difficiles ?

Seize femmes sur vingt-six donnent comme principale difficulté du suivi diététique au domicile des limites en rapport avec l'**alimentation**.

Parmi elles, six notent particulièrement des limites en termes de **rythme alimentaire** : horaires difficiles à gérer pour faire des repas réguliers et respecter les collations, tendance à manger selon la faim avec des grignotages, ou un seul repas copieux par jour.

Six femmes sont plus gênées par la **quantité** de nourriture et la sensation de faim.

Huit patientes ont du mal à gérer les **tentations, l'envie de manger** sans besoin ou faim réelle, surtout en matière de produits sucrés.

Parmi ces seize femmes, les freins sont parfois intriqués : Deux patientes expriment à la fois une réelle faim avec des difficultés à s'adapter à la quantité d'aliments, mais en ajoutant également des envies alimentaires non liées à un besoin de manger.

Trois patientes donnent comme limites le bon suivi des collations et du rythme alimentation, en ajoutant également des envies de sucres ou de grignotages.

Citations d'entretiens :

Entretien n° 1 : « *Manger, ce sera pas comme ici à l'hôpital : les grignotages, les horaires, les tentations.* »

Entretien n°4 : « *Ça va être très difficile. Le petit déjeuner ça ira. Mais le repas du midi et les collations. Parfois, je mange mais je dois manger encore plus.* »

Entretien n°9 : « *C'est la bonne quantité. Une fois que tu as mangé ton plateau, c'est fini. Tandis qu'à la maison, il y a toujours un petit extra derrière. Tu n'arrives pas à t'arrêter de manger. Tu es là à manger, manger alors que tu n'as plus faim. J'essaie mais c'est pas évident.* »

Entretien n°12 : « *Comme je ne mange jamais à des heures régulières, quand j'ai faim, je mange. Je mange à tout temps. Je ne mange pas le matin, le midi et le soir comme nous le conseille Ingrid (diététicienne).* »

Entretien n°26 : « *Je termine de manger, je fais mon dextro et 3 minutes plus tard j'ai encore faim. C'est pas que de l'envie, c'est vraiment de la faim. Quand j'ai vraiment faim je sens la petite qui tape dans mon ventre, elle a faim aussi, du coup je mange et quand je mange on est calme. [...] Par rapport à celle-là j'ai du mal à gérer ma quantité de repas et ça m'inquiète quand même.* »

Pour trois femmes, le frein majeur est **économique**.

Ces patientes décrivent une difficulté d'accès aux légumes frais, financièrement. L'accès aux fruits semble être plus simple devant la quantité d'arbres fruitiers dans les jardins privés. Les féculents semblent être une solution peu coûteuse en termes d'alimentation.

Citations d'entretiens :

Entretien n° 20- « *Les légumes, il faudra que je prenne les surgelés ou les conserves et ça ira pour l'argent.* »

Entretien n°22- « *Niveau financier, c'est difficile pour trouver les légumes, y a que les papayes à la maison. Les légumes j'ai pas grand chose, c'est les féculents que je trouve, parce que je pourrais en acheter sur le bord de la route les légumes mais j'ai peur qu'ils soient pas bons pour moi... je préfère manger que mes papayes à moi.* »

Entretien n° 23- *« Il y en a qui mangent roulottes, chinois... mais nous on a pas tous les moyens de le faire donc on fait des lentilles en quantité et ça suffit. »*

En réponse à cette question, six patientes ont spontanément parlé de leur **famille** et du rôle que l'entourage joue alors dans la prise en charge diététique du diabète gestationnel.

Pour l'une d'entre elle, le vécu de sa pathologie est compliqué pour la famille.

Trois patientes décrivent des limites à suivre le régime du diabète du fait de la vie de famille qui ne suit pas le même rythme ou quantité alimentaire.

Trois femmes, à l'inverse, parlent d'un vrai soutien familial : Deux patientes expliquent le soutien de leurs conjoints, suivant également le régime. Une autre explique que sa cousine surveille son alimentation.

Citations d'entretiens :

Entretien n° 1 : *« Ça va être difficile c'est sûr, même pour la famille. »*

Entretien n°7 : *« Mon mari, ça ne le dérange pas. Au contraire, il me soutient. Ça lui fait peur le diabète. Comme ça, on le fait ensemble pour le bébé. »*

Entretien n°22 : *« Quand mon mari et mes deux enfants mangeant ils mangent d'abord eux... On mange plus ensemble en famille ensemble comme avant. Mon mari et mes enfants ils savent que je peux pas manger comme eux, ils ont le respect. Moi je mange mes trucs à moi de mon côté. C'est mieux. »*

Entretien n°23 : *« Le plus compliqué ce sera de voir les autres manger et de sentir la nourriture. Mon copain me suit aussi dans la diet parce qu'il a pris beaucoup de poids et du coup on est au régime tous les deux. On est famille nombreuse, onze à la maison. Le bruit c'est dur mais je me suis habituée. C'est vrai que ça peut faire peur pour les repas parce que souvent plus on est nombreux plus on mange mais chez nous ça va, on mange surtout des lentilles... »*

Enfin, pour deux patientes, la difficulté principale au domicile n'est pas alimentaire, mais est liée à la **surveillance régulière des glycémies capillaires**.

Citations d'entretiens :

Entretien n°6 : *« Ce qui a été difficile pour moi, c'est de surveiller. Autant, arrêter de manger au début, c'est dur. Mais après ça va. Par contre, de devoir me piquer tout le temps, ça m'énerve. »*

Entretien n°8 : *« C'est le dextro qui m'embête le plus. Depuis que je l'ai, ça m'attire encore plus d'aller manger des trucs sucrés. Encore plus que quand je ne l'avais pas. »*

- En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans ton alimentation ou le diabète ?

Cette deuxième question était posée en complément de la première pour essayer de ressortir des spécificités culturelles ou sociologiques parfois non ressenties par les patientes dans un premier temps comme une réelle difficulté au bon suivi diététique, mais pouvant jouer un rôle.

Cette question n'a eu **que treize réponses favorables** sur vingt-six, la moitié des patientes interrogées ne retrouvant pas de réponse ou différence entre la métropole et la Polynésie Française. Il s'agit bien évidemment d'une question complexe et difficile, qui nécessite un recul sur les différences culturelles, sociales et économiques entre les deux lieux de vie, ainsi qu'un certain recul sur la prise en charge du diabète.

Pour onze des femmes, la principale différence décrite est culturelle.

Parmi ces onze femmes, sept incluent **dans l'aspect culturel diététique une alimentation habituelle en grande quantité et calorique ou sucrée.**

En particulier, deux patientes expliquent que la nourriture en abondance est d'autant plus importante du fait de la sédentarité et une femme précise qu'il s'agit principalement d'un problème sur l'île de Tahiti (en comparaison avec les autres archipels).

Une patiente ajoute que l'alimentation en grande quantité est d'autant plus importante lors de la grossesse : nécessité de bien manger pour que le bébé grandisse. (Patiente différente de celles ayant exprimé la "faim du bébé" dans les croyances). Cette croyance se retrouve probablement dans une grande partie du reste du monde.

Quatre patientes décrivent **un manque d'envie, de motivation** et d'écoute de leur part vis à vis du corps médical et surtout un désintérêt à changer les habitudes prises en termes d'alimentation.

Trois patientes pointent un **problème de tentation alimentaire en raison de la vie en famille, aux grands repas copieux et à la vie en collectivité.**

Dans la trame culturelle, une patiente explique également que la **médecine traditionnelle** joue un rôle important en Polynésie et peut parfois occasionner un retard de prise en charge.

Citations d'entretiens :

Entretien n°3- « *Il y a beaucoup de tentations. Ici on dit que c'est mieux de manger beaucoup pour que le bébé se nourrisse. A l'hôpital, on me dit de manger moins. Je pense que les autres ont raison. A l'hôpital, on nous impose ça mais ce n'est pas pour tout le monde.* »

Entretien n°6- « *On mange un peu n'importe quoi, le ma'a. En tout cas, moi je suis quelqu'un qui mange beaucoup. Mais je prends pas de poids comme je bouge beaucoup. Mais je mange beaucoup tout ce qui est uru, po'e et tout ça.* »

Entretien n°9- « *Mais tu sais, notre tradition à nous c'est de faire le ra'au Tahiti [...] Ici, on vit encore dans les temps anciens. Nous là-bas dans les îles, on est pas très avancés. On avance tout doucement. Moi j'aime bien cette vie là. C'est plus tranquille. Mais on ne fait pas attention à ce que l'on mange. Ils sont là pourtant les docteurs, les infirmières. Ils nous conseillent. Mais comme nous, les polynésiens, on est fiu et têtus, bah voilà. On veut pas écouter. On voit ce qui arrive après. »*

Entretien n°12- « *Vous voulez nous aider mais nous, les polynésiens, on ne sait pas faire l'effort. Moi on me conseille mais je ne fais pas l'effort parce que je n'ai pas envie. J'ai l'habitude de manger comme j'ai envie. Puis quand on découvre qu'on a une maladie, on regrette. On se dit qu'on aurait dû écouter. »*

Entretien n°15- « *Je dirais qu'il y a plus de tentation ici. T'es toute seule à faire un régime. Autour de toi, tu as ta famille. Mais eux ils mangent à leur faim. Donc forcément, tu es tentée. »*

Entretien n°19- « *En fait, ça vient de l'éducation qui est pas bonne. On nous a donné cette habitude de manger bien. Et pour nous bien c'est excessif. Mais qu'à un seul repas. Si on doit me mettre avec une métropolitaine, elle elle va manger gastronomique alors que moi si je dois manger son assiette il va m'en falloir cinq assiettes pour que je sois rassasiée. Et puis l'habitude de manger le riz, le riz c'est tous les jours sauf si il y a du pain-beurre avec du chocolat au lait on peut s'en passer. On peut manger jusqu'à une baguette entière. »*

Cinq femmes, quant à elles, mettent **l'accent sur l'aspect économique et les difficultés d'accès à l'alimentation.**

Pour quatre patientes, l'enjeu principal est financier. L'alimentation facile d'accès et peu coûteuse serait celle provenant des roulottes, "casses croutes" etc.

Deux patientes précisent que ce problème est surtout celui de Tahiti et plus particulièrement dans la ville de Papeete, et est moins présent dans les Australes ou la presqu'île d'où elles sont originaires.

Une patiente, arrivant d'une des îles des Tuamotus, décrit un manque d'accès à des aliments variés, et notamment aux légumes, sans parler d'un aspect financier.

Citations d'entretiens :

Entretien n° 17 : « *Comme je disais pour les sous et les légumes chers : Nous les polynésiens on a pas trop les moyens. Nous ça va on habite à la presqu'île donc on a quelques fruits comparés à ceux qui habitent ici dans la ville c'est plus difficile »*

Entretien n°22- « *Niveau financier c'est difficile pour trouver les légumes, y a que les papayes à la maison. Les légumes j'ai pas grand-chose, c'est les féculents que je trouve, parce que je pourrais en acheter sur le bord de la route les légumes mais j'ai peur qu'ils soient pas bons pour moi... je préfère manger que mes papayes à moi. »*

Entretien n°26- « *Moi je suis des Australes c'est différents d'ici. C'est pas la même vie, pas le même mode de vie. Ici il faut vraiment avoir de l'argent pour acheter à manger, et si tu n'as pas d'argent tu manges pas tout ce qu'il faut. Alors que chez nous aux Australes tu as tout ce qu'il faut sur la terre. Par contre la différence dans les îles c'est que nous on travaille beaucoup, alors qu'ici non, ils sont tout le temps en pause, et ils mangent plus. Et s'ils ont pas de sous pour faire les courses ils achètent ou ils demandent à manger et c'est des casse croûtes. »*

Une patiente interrogée pense que la différence dans la prise en charge du diabète gestationnel est avant tout **génétique**.

Citation d'entretien :

Entretien n°1 : « *Ce n'est pas pareil : elles sont enceintes elles sont minces. Nous, on est enceintes on est grosses, enfin grasses. C'est génétique. »*

En conclusion à l'objectif principal, deux aspects principaux sont décrits par les patientes en réponse aux deux questions.

En premier lieu, l'**aspect culturel** semble être le principal frein au bon suivi diététique des patientes. D'une part du fait de l'importance et des habitudes alimentaires en Polynésie : la faim et le **besoin de repas copieux et caloriques**, auxquels s'ajoutent les tentations et l'envie de manger en quantité. **La vie de famille** joue un rôle pour les femmes vivant en famille élargie, famille au sein desquelles l'abondance lors des ma'a est plus fréquente. Le **rythme alimentaire** fait également partie de l'aspect culturel : le régime préconise des repas réguliers entrecoupés de collations, ce qui est complexe pour des polynésiennes habituées à manger un repas unique.

D'autre part, les patientes mettent l'accent sur les **difficultés à accepter le changement** de mode de vie et un défaut d'écoute de leur part envers les équipes médicales. Elles accusent alors des traits de caractères des polynésiens, probablement non représentatifs de l'ensemble de la population mais pouvant expliquer un **manque de communication efficace et d'éducation** lié à la santé et à l'auto-motivation.

La médecine traditionnelle, les différences entre Tahiti et les autres îles ainsi que les limites liées aux surveillances glycémiques n'ont été que peu décrites mais ces sujets pourraient mériter d'autres recherches.

Le deuxième axe de résultats est l'aspect **économique et démographique**. D'un point de vue financier, le prix des légumes frais semble être plus important que l'alimentation plus calorique, en conserve ou de consommation rapide (fast-food, roulottes...). En Polynésie, le prix à la consommation est 40% plus

élevé qu'en métropole en moyenne. Les féculents (pomme de terre, taro, uru...), les fruits locaux et le poisson sont les aliments produits localement les plus facilement consommables et à prix bas. Cependant, les fast-food et roulottes sont très prisés par la population : **repas peu coûteux, très copieux et faciles d'accès**. Une comparaison précise des frais liés aux repas serait intéressante à réaliser : on peut trouver en annexe un comparatif réalisé des prix de la consommation alimentation sur l'île de Tahiti. L'accès aux produits frais est bien entendu différent entre Tahiti et les îles éloignées. D'une part, la production locale en légumes dans les atolls est parfois quasi-inexistante et l'importation plus rare. D'autre part, les petits producteurs locaux des îles éloignées pratiquent des prix parfois plus accessibles pour la population. Enfin, les lieux de fast food, roulottes, l'alimentation calorique et sucrée est plus facilement accessible sur l'île principale de Tahiti du fait d'un plus grand marché économique.

ii. L'alimentation : avant et pendant le diabète gestationnel

Pour mieux comprendre les freins parfois ressentis par les femmes atteintes de diabète gestationnel et pour adapter au mieux leur prise en charge, il paraissait pertinent de s'intéresser à leur alimentation, avant et à la suite de l'annonce du diabète de grossesse.

Deux questions, lors des entretiens, permettaient d'y répondre.

Toutes les patientes ont pu y répondre sans difficulté.

- Raconte-moi ce qu'était ton alimentation avant la découverte de ton diabète ?

Il faut noter qu'au moment de l'entretien, la plupart des femmes ont auparavant eu des entretiens avec les membres de l'équipe d'obstétrique et de diabétologie (sages-femmes, diététicienne et infirmière d'éducation thérapeutique, voire endocrinologues) et ont donc des notions des points positifs et négatifs de leur alimentation vis à vis du régime. Il y a donc un biais d'information et de mémorisation.

Treize patientes disent avoir une **alimentation trop sucrée** (pâtisseries, biscuits, "cochonneries", chocolat, jus de fruits, ma'a, féculents...)

Douze affirment avoir une **alimentation déjà équilibrée avant leur grossesse**, mais en étudiant leur régime alimentaire quotidien, on met en évidence une ambivalence dans le discours. En effet, trois patientes décrivent une alimentation sucrée et une avoue manger en trop grande quantité.

Huit femmes disent manger en **trop grande quantité**. Dans ce groupe, on note plusieurs **rythmes d'alimentation** : les repas copieux réguliers, ou l'absence de repas de la journée en dehors d'un seul repas très riche en fin de journée (pour trois patientes).

Trois patientes décrivent une alimentation **trop riche en matière grasse** (ma'a, roulottes, fast-food).

Six femmes mangent **à la fois trop gras, trop sucré et/ou en trop grande quantité**.

Citations d'entretiens :

Entretien n° 2 : « *Spaghettis, pou'a rôti. Que des trucs gras et huileux. En grandes quantités : l'assiette entière avec la montagne.* »

Entretien n°6 : « *C'était beaucoup de cochonneries. Beaucoup de jus. Et puis il y a aussi beaucoup de ma'a local. Et dans ce ma'a, il y a beaucoup de sucres aussi.* »

Entretien n°8 : « *Je mangeais matin, midi et soir. Des repas normaux. Je restais sur une assiette. Je ne me ressers pas. Je ne fais pas d'assiette montagne. Je mangeais varié, un peu de tout.* »

Entretien n° 9 : « *Je mangeais comme d'habitude : l'après-midi et le soir. Pas trop le matin. Je buvais juste un café avant d'aller au travail. Mais l'après-midi, je mangeais de tout sans surveiller ce que j'avalais. On sait que ce n'est pas bien de trop manger. Surtout pour aller faire quoi après ? Dormir ? Ça ne dépense même pas ! Je mangeais trop. Et surtout des trucs sucrés. Des gâteaux au chocolat et plein d'autres trucs. Même si j'ai bien mangé, j'aime bien grignoter à côté. Je vais acheter des biscuits au chocolat.* »

Entretien n°10 : « *Je ne mange pas beaucoup de ma'a mais par contre, j'aime les pâtisseries, les cochonneries... Avant la grossesse, je mangeais sainement. Je mangeais des légumes. Je mangeais aussi au McDonald's et aux roulottes mais après, je me dépensais pour éliminer ce que j'avais mangé. En ce moment, je n'y arrive pas. J'ai tendance à continuer à manger. Mais comme je ne peux pas faire de sport, je n'arrive pas à éliminer. Ça m'embête. Non seulement, je prends du poids.* »

Entretien n°14 : « *Du chocolat, des biscuits. Je ne sais pas combien mais beaucoup trop. Deux ou trois paquets par jour. Je buvais des jus, pas d'eau. Que des conneries quoi. Et sinon, des trucs normaux.* »

Entretien n°17 : « *Du poisson de lagon, des fois du steak, de la salade... Pas souvent de légumes parce que c'est cher. On essaye quand même de manger les trucs du coin mais à part ça pas trop. On mange surtout du poisson et des fois des fruits, des légumes pas souvent, de la viande et du poulet. Quoi d'autre ? Au niveau du sucre : ça c'est autre chose. Le chocolat, avant j'étais accro, moi et mon conjoint. Après on a essayé de changer même avant que je sache le diabète, on essayait de manger moins de trucs sucrés par exemple les biscuits secs, on n'achetait pas souvent pour mieux manger parce que franchement mon homme il adore ça donc si moi j'achète il ne va pas refuser.* »

Entretien n°18 : « *Rien dans la journée. Je ne mangeais que le soir quand mon mari revenait du travail. On mangeait les trois repas de la journée en une fois. Il y a du riz, du pou'a, du riz, du poulet petit pois, du riz. Il y a toujours du riz. Et des fois, on rajoute du pain. Il peut aussi y avoir un petit bol de Milo à côté, pour bien compléter la journée. Le petit dej, le midi, le dîner.* »

Entretien n°19 : « *C'est comme tous les tahitiens ici. Je vais pas te mentir hein en fait la journée je mange pas. Je me sers juste un chocolat au lait et c'est pour toute la journée. Et ensuite je fais le repas pour tout le monde le soir. C'est pas le fait d'avoir la flemme de faire les repas, pas du tout,*

mais en fait j'ai pas le temps. Le repas du soir c'était du riz poulet petit pois ou du pain-beurre avec fromage jambon et chocolat au lait, c'était pas des grosses quantités non plus. Moi si je mange pas dans la journée je me rattrape pas le soir, pour moi c'est un repas normal. »

Entretien n°20 : *« Je mangeais plus de poisson parce que chez nous c'est ce qu'on a. C'est tous les jours poissons et riz, c'est pas varié. La limonade c'était que pendant le Heiva. Sinon du Faraoa ipo c'est une recette des Tuamotus à base de farine. On n'a pas trop le choix après, si il faut qu'on s'achète des légumes c'est pas facile, chez les commerçants c'est trop cher, sinon j'achète aux gens qui ont besoin d'argent et qui vendent ce qui vient de leur petit potager, ça j'achète pour les aider. »*

Entretien n°26 : *« En général je mange de tout : tout ce qui est fruits de mer, légumes, tout ce qui fait partie de la terre. Mais je mange beaucoup. En grande quantité mais je maintenais mon poids normal. Avec le diabète de grossesse j'ai plus faim que d'habitude, ça me donne plus envie de manger que d'habitude. »*

- Quels sont les changements dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

Vingt-cinq patientes interrogées ont pu répondre clairement sur les vingt-six ayant réalisé les entretiens.

Une patiente débutait à peine sa prise en charge et n'avait pas encore entrepris les modifications.

Six patientes décrivent plusieurs axes de modifications.

Pour la moitié des femmes interrogées, la principale différence dans leur alimentation est la diminution de la quantité de nourriture.

Pour cinq femmes, il s'agit en premier lieu d'une **nouvelle organisation des repas** sur la journée, notamment avec les collations.

Neuf femmes ont mis l'accent sur la **diminution des produits sucrés ou gras dans leurs repas**.

Le rééquilibrage alimentaire (repas plus en adéquation avec ceux servis à l'hôpital par exemple) et l'ajout de légumes ont été décrits par six femmes.

Citations d'entretiens :

Entretien n°3 : *« Je ne vais plus manger au McDonald's. Je ne prends plus de limonade. Par contre, je n'arrive pas à manger que 10 cm de pain comme on me l'a dit. J'en mange plus. »*

Entretien n°6 : *« J'ai arrêté tout ce qui était sucré. Le ma'a local, c'est rare que j'en mange. Il y a que le riz que je n'arrive pas à supprimer. Le pain également j'ai supprimé. Je ne mange plus de pain blanc. Les sucreries j'ai arrêté aussi. Enfin là, j'en ai mangé un peu ces derniers temps. Je me suis que j'allais bientôt accoucher. J'ai un peu craqué. »*

Entretien n°10 : *« Je mange moins. On m'a donné un menu type et je m'efforce à respecter ce menu. C'est bien mais ça ne me cale pas beaucoup. Je suis obligée de dormir pour faire passer la faim. »*

Entretien n°13 : « *Je mange des biscottes avec du jambon le matin. Ensuite j'évite de manger. Mais les collations c'est difficile. Je mange, ensuite je mange des M&M's. Après je mange de nouveau. Je mange d'autres chocolats. Maintenant, j'ai arrêté les collations. Et j'ai diminué le coca. Je bois de l'eau.* »

Entretien n°14 : « *Déjà, je ne bois plus de jus. Et puis le cadre de l'hôpital aide. Depuis que je suis là, j'ai perdu 2kg. Je suis passé de 83 kg à 81 kg. J'ai également changé la quantité de sucre que j'ajoute dans le Milo. Avant je mettais une cuillère à soupe. Maintenant je mets qu'une seule cuillère à café. Je mange également moins en portion. La diététicienne nous a appris à fractionner nos repas. Alors qu'avant, je ne mangeais que deux fois mais avec beaucoup de pains. On ne savait pas. On l'a appris ici.* »

Entretien n°17 : « *Là depuis que je sais que j'ai eu un diabète gestationnel on mange plus de légumes, de fruits. Au niveau de viande tout ça on achète plus de la viande fraîche. Je n'achète que des trucs frais, les saucisses, la viande... Que des trucs frais.* »

Entretien n°18- « *Je prends note depuis que je suis arrivée, je garde les petites feuilles qu'il y a sur les plateaux pour mieux voir comment ça marche. Jusqu'au petit déjeuner où il faut manger que la moitié du pain, c'est bon je me suis habituée ça me suffit maintenant ce que je mange.* »

Entretien n° 22 : « *Je mange pas comme j'ai l'habitude. C'est un morceau de pain, un fromage, c'est pas deux ou trois, c'est un seul pain. C'est moins. J'ai tout le temps très faim.* »

Entretien n°25 : « *La première semaine c'était encore dur mais là j'ai commencé à vraiment modifier. C'est les quantités surtout comme déjà je trouve que je ne mange pas beaucoup. Tu vois on m'interdit de manger le riz et tout et c'est ce que moi je mange. On me dit de tout changer, c'est un peu dur mais ça va.* »

En conclusion, sur ces questions, quelle est actuellement l'alimentation de la population étudiée, c'est à dire des femmes polynésiennes en âge de procréer ?

Les repas décrits sont trop sucrés, parfois copieux, volumineux, notamment le soir.

Les femmes décrivent souvent des repas équilibrés en terme diététique malgré les quantités. La taille de la portion semble être plus importante que la qualité nutritionnelle de celle-ci. En effet, même si les patientes élaborent des repas qui leur paraissent équilibrés, l'alimentation semble riche en glucides, du fait des féculents et des sucres rapides. L'alimentation calorique et riche en lipide est finalement moins décrite par les patientes même si existante dans les repas traditionnels et les fast-foods ou dîner aux roulottes.

Le rythme alimentaire est particulier : un seul repas par jour pour certaines, des grignotages fréquents. Les collations sont donc difficiles à suivre lors de la prise en charge diététique du régime.

L'accès aux légumes et aux produits frais paraît compliqué d'un point de vue logistique dans les archipels autre que les îles du Vent, et difficile d'un point de vue économique à Tahiti.

iii. Connaissances, croyances et ressentis au sujet du diabète et de l'alimentation

Il s'agit des informations extraites des réponses à la question sur la cause du diabète, ainsi que de références prises dans d'autres parties de l'entretien, notamment au sujet de l'alimentation et des conséquences du diabète.

Les connaissances et croyances au sujet de l'alimentation et du diabète ainsi que les émotions découlant du diagnostic sont intéressantes à étudier car elles permettent de faire un **état des lieux des idées préconçues sur la pathologie et les risques, point clé dans la prise en charge en éducation thérapeutique**, pour mener ensuite une prise en charge diététique adaptée.

Il existe un biais dans cette question ne permettant pas une analyse efficace : en effet, la quasi-totalité des femmes ont déjà eu des consultations individuelles ou de groupes au moment des entretiens de cette thèse et les réponses sont donc celles de leurs connaissances actuelles et non préalables à la pathologie. De même que pour la question sur l'alimentation, un biais d'information et de mémorisation existe donc ici.

Le ressenti lié à l'annonce du diabète gestationnel a également été exploré, permettant de comprendre l'aspect émotionnel, souvent corrélé à l'idée préétablie au sujet de la pathologie.

- Causes du diabète : Selon toi, d'où vient ton diabète ?

Cette question simple et ouverte a reçu autant de réponses que d'entretiens.

Pour rappel, le diabète gestationnel est pluricausal : il existe une part génétique en cas de diabète de type 2 familial, il est bien environnemental (surpoids, alimentation riche en glucides...) et également hormonal (intolérance aux glucides avec une insulino-résistance physiologique liée à la grossesse.)

Cinq patientes sur les vingt-six mettent en avant **la cause génétique du diabète**.

Vingt patientes accusent **la cause du surpoids et de l'alimentation**. Parmi ce groupe, une femme sous-entend que la cause principale du diabète est le surpoids, mais n'étant pas de corpulence forte, elle ne comprend pas pourquoi elle est atteinte.

Cinq patientes pensent que la cause principale de leur diabète est **la grossesse et les hormones**.

Trois patientes ne trouvaient pas de réponse à la question.

Au sein des réponses décrites précédemment, cinq patientes ont noté qu'il s'agissait de cause plurifactorielle, alliant génétique, alimentation et grossesse.

Citations d'entretiens :

Entretien n°4 : « *Du sucre. J'ai trop de sucre dans le sang. Je pense que c'est héréditaire. »*

Entretien n°9 : « *C'est à cause de mon alimentation, à manger des trucs trop sucrés. J'aime bien manger des gâteaux au chocolat. Les autres gâteaux, je n'aime pas ça. Et puis peut-être que ça vient de ma famille aussi, de mes parents. »*

Entretien n°15 : « *On me l'a dit mais j'ai oublié. Ça doit venir de la grossesse je pense parce qu'avant que je ne sois enceinte, je n'avais pas de diabète. J'ai fait le dépistage une fois mais on ne m'a jamais diagnostiqué. C'est peut-être à cause des hormones, de la grossesse. Et puis ça vient aussi de moi. J'ai tout le temps envie de manger des sucreries. On va pas trop accuser les hormones. Tout vient de moi. C'est une question d'alimentation aussi. »*

Entretien n°17 : « *Déjà il faut dire que je ne savais pas que ça existait [...] Je savais ce que c'était qu'un vrai diabète mais je ne savais pas trop ce que c'était qu'un diabète gestationnel. [...] Ça vient de ma grossesse. »*

Entretien n°18 : « *On m'a dit que c'est parce que j'étais enceinte et que dès que j'allais accoucher je n'aurais plus de diabète. Comme je n'ai jamais eu le vrai diabète avant. »*

Entretien n°20 : « *c'est de ma faute parce que j'ai pris trop de sucre, la limonade, les crêpes. Voilà c'est ça. Je me suis sentie fautive tu sais. En plus mon mari s'est inquiété aussi... je lui ai expliqué que ça venait pas du bébé mais de moi, parce que je ne fais pas attention à ce que je mange... »*

- Conséquences du diabète

Deux femmes s'inquiètent de ne pas connaître les conséquences du diabète sur le bébé.

Il faut noter que ces deux patientes étaient également dans la liste de celle demandant des campagnes de prévention (cf. Thème sur l'amélioration de la prise en charge)

Citation d'entretien :

Entretien n°23 : « *Je n'avais pas compris les choses. Ma belle-sœur était enceinte de jumeaux et d'un coup elle les a perdus car ils ne grandissaient pas. Et moi j'ai eu peur avec le diabète pour mon bébé. On connaît pas les complications qu'on peut avoir. »*

Les **conséquences** ont été peu explorées lors des entretiens, n'ayant pas de questions propres. Elles ont été peu discutées par les patientes, mais **semblent mal connues du fait de la demande de majoration des connaissances** sur le sujet par les femmes interrogées.

- Alimentation :

Une patiente a exprimé le fait qu'elle ignorait la présence de sucre dans les fruits et féculents avant le début de la prise en charge diététique.

Deux patientes ont exprimé l'**idée que ne pas assez manger donne faim au bébé et l'empêche de grandir correctement.**

Citations d'entretiens :

Entretien n°19 : « *Je suis attirée par les pâtes, le riz, les nouilles et surtout les fruits : kiwi ananas, melon, pastèque... Mais je savais pas que c'était si riche en glucose mais tu vois tout ce qui est pâtisserie et tout c'est très rare.* »

Entretien n°26 : « *Quand j'ai vraiment faim je sens la petite qui tape dans mon ventre, elle a faim aussi, du coup je mange et quand je mange on est calme.* »

Des croyances au sujet des besoins alimentaires du bébé **semblent exister dans certaines familles**. Ce sujet n'a pas été exploré mais permettrait un point d'accroche en cas de difficultés d'acceptation du régime par peur de manque pour l'enfant. L'apprentissage des sucres cachés dans l'alimentation est également décrit. **La nourriture traditionnelle polynésienne est calorique mais aussi sucrée, ce que les patientes ignoraient.**

- Émotions et ressentis :

Le ressenti lors de l'annonce de la pathologie, chez près de la moitié des femmes interrogées (douze sur vingt-six) est **l'étonnement, la surprise**. La plupart ne s'attendait pas à un tel diagnostic.

L'inquiétude et l'appréhension, souvent lié au bébé et aux complications ont été décrites par neuf femmes.

Six patientes expriment un sentiment de **tristesse, de déception et de difficultés d'acceptation de la pathologie**. Il s'agit pour certaines de patientes ayant déjà un antécédent de diabète gestationnel, ou de diabète de type 2 familial. Deux patientes expriment une colère, un énervement, lié pour l'une à la récurrence d'un diabète gestationnel.

Trois patientes ont bien accepté la pathologie et n'ont pas ressenti d'inquiétude ou de choc émotionnel. Une seule des patientes s'attendait au diagnostic.

Citations d'entretiens :

Entretien n°1 : « *J'étais étonnée. Je ne mange pas comme mes sœurs qui sont fortes. Moi, je ne suis pas forte comme eux. Mais c'est moi qui ai le diabète. J'étais étonnée.* »

Entretien n°5 : « J'étais déçue car je sais qu'il faut faire attention à beaucoup de choses, à respecter. J'ai eu un peu peur. Je n'ai pas envie d'arriver à l'insuline. »

Entretien n°8 : « Ça a été un choc. J'étais étonnée. Je ne voulais pas. Les autres grossesses, je n'avais pas eu ça. Là, j'ai paniqué. »

Entretien n°11 : « Je me suis dit que c'était rien. Mon gynécologue m'avait dit que ce n'était pas inquiétant. »

Entretien n°15 : « Ça a été un peu un choc pour moi parce que je n'ai jamais eu une quelconque maladie. Je n'ai pas pris ça à la légère parce que ma mère adoptive et ma grand-mère ont aussi du diabète. Je m'attendais un peu à tout ça : l'insuline, les dextros, ... Je prends ça comme ça vient, au fur et à mesure. »

Entretien n°17 : « Déjà il faut dire que je ne savais pas que ça existait, pour moi ça m'a fait comme un choc parce que je n'ai pas l'habitude d'avoir ce genre de maladie. [...] Pour moi quand j'ai su que j'avais un diabète gestationnel je pensais que c'était la fin et que mon bébé aussi il pouvait aussi attraper. Heureusement qu'on m'a bien expliqué parce que j'étais en mode panique. »

Entretien n°20 : « Je me suis inquiétée quand même parce que c'était la première fois que quelque chose comme ça arrivait dans ma vie, les autres grossesses je n'avais pas eu ce souci. Du coup j'avais pensé aux choses négatives : ça y est c'est fini, j'ai du diabète, quand je vais avoir fini d'accoucher ça va rester... La sage-femme m'a rassurée et m'a dit qu'il fallait que je me soigne. »

Entretien n°23 : « Ça m'a fait un choc parce que je ne sais pas ce que c'est. »

En explorant les émotions ressenties par les patientes, la plus fréquente est la surprise, le choc. Ceci est-il en rapport avec une méconnaissance des risques liés au diabète lors de la grossesse ?

iv. Possibilité d'amélioration de la prise en charge

La question posée lors de l'entretien était la suivante : As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

Cette question est difficile car elle nécessite un recul de la part de la patiente sur les possibilités d'amélioration de la prise en charge déjà existante. J'ai tout de même obtenu quelques axes possibles d'amélioration de la prise en charge, ressentis par les patientes.

La moitié des patientes ont répondu qu'elles ne savaient pas, soit par manque d'idée, ou parce qu'elles se satisfaisaient de la prise en charge actuelle.

Sur les treize réponses récoltées lors des entretiens, quatre femmes avaient une **vision plutôt négative des possibilités d'amélioration** de la prise en charge du diabète. Dans ce groupe, trois patientes

décrivaient un manque d'envie ou de motivation à changer la façon de s'alimenter. La quatrième pensait qu'il n'y avait pas de solution actuellement pour élaborer une nouvelle prise en charge.

Citations d'entretiens :

Entretien n°8 : « Vous faites déjà assez. C'est nous les tahitiens qui ne voulons pas changer les mentalités. Tu dis qu'il ne faut pas manger de pain. Et nous on va manger encore plus de pain. On est têtus. Vous faites tout. On a tout. Dans les plateaux repas, il y a le triangle (viande, légume, féculent). Bah on va quand même chercher ailleurs. Plus on me met dans une case, plus je cherche ailleurs. Quand on me laissait faire ce que je voulais, il y a des choses sur lesquelles je savais que je ne devais pas en manger. »

Entretien n°13 : « Le problème, ce n'est pas vous. C'est nous. Vous donnez des exemples de repas. Vous nous suivez. Mais on n'écoute pas. J'essaie. Mais des fois, si j'ai envie de manger du chocolat, bah je mange du chocolat. Ça ne vient pas de vous. »

Cinq patientes mettaient l'accent sur **la prévention et l'éducation**.

Citations d'entretiens :

Entretien n°10 : « Il faut sensibiliser la population. Je ne sais pas comment l'expliquer. Déjà, ça marche avec les menus qu'on donne aux personnes qui sont atteints de diabète. Mais il faudrait encore plus sensibiliser les gens pour qu'ils respectent les menus et qu'ils mangent sainement. Il faudrait faire ce travail avant qu'ils aient le diabète. »

Entretien n°17 : « Déjà à la base il devrait y avoir des affiches pour les jeunes avant. Parce que franchement même moi je ne savais même pas que ça existait. Déjà ça peut être et parler un peu plus des alimentations... Je sais que vous [les médecins, les médias.] avez déjà dit pas mal mais il y a beaucoup de personnes en Polynésie qui n'écoutent pas. Après on ne nous parle pas trop des maladies qu'il peut y avoir après, les risques. On dit qu'il faut ne pas trop manger et faire du sport mais on ne sait pas trop pourquoi. »

Entretien n°23 : « Je n'avais pas compris les choses. Ma belle-sœur était enceinte de jumeaux et d'un coup elle les a perdus car ils ne grandissaient pas. Et moi j'ai eu peur avec le diabète pour mon bébé. On ne connaît pas les complications qu'on peut avoir. »

Les patientes ont fait la demande d'apprentissages au sujet des risques cardio-vasculaires liés au surpoids, à l'alimentation trop riche ou sucrée et au diabète, ainsi que de connaissance au sujet des risques encourus pour le bébé. Elles précisent ne pas vouloir seulement de l'éducation sous forme de conseils diététiques.

Elles démontrent une nécessité de prise de conscience, due au manque de connaissances des conséquences liées aux pathologies cardio-vasculaires.

Les campagnes de sensibilisation contre le surpoids semblent être trop peu convaincantes du fait d'un aspect culturel fort de l'alimentation, et les patientes, une fois atteintes de pathologies et dans les soins, regrettent de ne pas avoir eu de communication axée sur les complications.

La nécessité d'un suivi régulier, de consultations fréquentes pour le soutien et répondre aux questions est demandé par quatre patientes. Deux d'entre elles valorisent le suivi et la possibilité d'aide au quotidien déjà proposés par les équipes sans nouvelle idée d'adaptation des soins. Ce suivi existe déjà au sein du service du CHPF, et permet des consultations de groupes ou individuelles régulières, en ambulatoire, mais aussi des hospitalisations pour les femmes qui en ont besoin. Le suivi est coordonné avec les infirmiers ou auxiliaires de soins dans les îles plus éloignées, ainsi qu'avec les sages-femmes.

Citations d'entretien :

Entretien n°7 : *« Avoir des informations sur les portions, les menus. Avoir quelqu'un qui me soutient. Je vais revenir. Il faudra me revoir souvent. »*

Entretien n°15 : *« Je suis suivie par la diététicienne, un médecin, les infirmières. Je ne vois pas quoi demander de plus. Vous êtes tous là à nous aider mais après c'est aussi à nous de donner ce qu'on peut. »*

v. Rôle de la famille, de l'entourage

Tout au long des entretiens, plusieurs patientes évoquent **leur famille et le rôle que peut jouer l'entourage**. Douze références issues de douze entretiens sont ressorties lors de l'analyse.

Six d'entre elles ont déjà été décrites lors des difficultés ressenties au domicile, les six autres ont fait l'objet d'autres temps lors de l'entretien. L'ensemble de ces informations sont décrites ci-dessous.

La famille, le conjoint, l'entourage proche semble jouer plusieurs rôles au sein du suivi diététique des patientes.

Le soutien familial, de par l'aide et la surveillance, ou le suivi conjoint du régime, a été décrit par quatre des femmes.

Il s'agit d'une **source de motivation** : soutien moral et aide au suivi avec une surveillance alimentaire, régime réalisé conjointement par les maris ou les autres membres de la famille. Plusieurs patientes

expriment une nécessité de prise de conscience pour leur entourage à propos de leur mode d'alimentation, de leur poids.

L'entourage amènerait également des **difficultés sur le plan alimentaire** : tentations liées aux repas copieux et au rythme alimentaire parfois peu régulier, d'après trois femmes interrogées. Une des femmes explique que les difficultés doivent être majorées pour les femmes vivant en famille, même si cela n'est pas son cas propre. Une femme ne mange plus à table avec son mari et ses enfants pour pallier les différences de régime.

On peut donc penser que l'entourage amène également des freins à la prise en charge.

Les femmes les plus touchées par l'influence familiale sont **celles vivant en communauté, avec la famille élargie**. Celles-ci décrivent des tentations, des repas plus copieux et riches. Il faut noter par ailleurs que les familles vivant en larges groupes n'ont pas les mêmes ressources au sein du foyer et que l'alimentation peu coûteuse est privilégiée pour l'ensemble du groupe : féculents, riz, pain etc.

Une forme de pression familiale pouvant mettre en échec le bon déroulement de la prise en charge diététique est décrite par deux patientes.

Pour l'une d'elle, son entourage est plutôt favorable à une alimentation riche pour le bébé. Pour la deuxième, **sa famille n'accepte pas le régime et le traitement par insuline**.

On retrouve alors la présence de **croyanances au sujet de l'alimentation de la femme enceinte** : il faut manger beaucoup pour nourrir l'enfant à naître, et les notions de régime ou l'absence de prise de poids pendant la grossesse peuvent être mal vus dans certaines familles.

Enfin, trois patientes ont exprimé le vécu difficile pour la famille de la pathologie. Parmi ces femmes, deux décrivent plus spécifiquement des difficultés pour les conjoints, surtout lié à l'éloignement de leurs femmes pendant l'hospitalisation. **La femme polynésienne tient un rôle important dans le foyer et les hospitalisations provoquent un stress du fait de laisser les conjoints seuls au domicile**.

Citations d'entretiens :

Entretien n°4 : « *Non c'est plutôt le diabète qui les inquiète, et l'insuline. Ils disent qu'il faut que je mange normalement. Ils n'acceptent pas que je prenne de l'insuline.* »

Entretien n°6 : « *La personne qui s'occupe de moi à la maison elle est très stricte. C'est une cousine et elle surveille tout ce que je mange. Je pense que j'aurai quand même réussi sans elle mais bon.* »

Entretien n°15 : « *Pour toutes celles qui vivent en famille, c'est plus compliqué pour les repas. Nous quand on a su que j'avais du diabète, mon mari m'a accompagné. Bon après, s'il veut manger à sa faim, il peut mais il le fait quand je ne suis pas là. Il peut grignoter mais en cachette.* »

Entretien n°18 : « *Le seul problème c'est mon mari : j'ai pitié de lui. Il faut que je sorte parce que depuis que je suis hospitalisée il ne dort pas, il ne mange pas bien. Au début on ne pensait pas que j'allais rester longtemps, j'ai juste un peu d'argent pour tenir un peu mais comme en bas c'est cher... Maintenant il a plus rien donc il a envie que je rentre pour retourner travailler. »*

Il paraît alors important d'effectuer de l'éducation thérapeutique en s'adaptant à l'environnement familial de la patiente : groupes de parole ou cours d'éducation thérapeutique en famille, conseils pour une alimentation variée peu coûteuse, pour tout le groupe, entretiens motivationnels pour éviter les tentations liées aux ma'a irréguliers ?

V. Discussion

a. Validité : forces et limites du travail

i. Forces

Le sujet du diabète gestationnel et des difficultés liées à la prise en charge diététique a été étudié à plusieurs reprises à travers le monde.

La Polynésie Française est fortement touchée par les pathologies engendrées par le surpoids et par le diabète, de type 2 et lié à la grossesse.

Une étude de 2009 à la fois quantitative sur questionnaires et qualitative, “ *Alimentation et corpulence en Polynésie française. Numéro thématique. Polynésie française : une situation particulière.* ” ⁽⁹⁾ explorait les représentations liées au corps et les facteurs culturels, sociaux et économiques de l'alimentation dans l'archipel de la Société. Outre la prévalence élevée de l'obésité, il y était retrouvé la valorisation des corpulences “fortes” chez les personnes plus âgées, les rythmes de repas traditionnels à un ou deux repas par jour, et l'aspect essentiel des féculents dans les repas polynésiens.

Un mémoire de Diplôme Universitaire en Education Thérapeutique, “ *Education thérapeutique dans le diabète gestationnel : piste de projet d'intérêt collectif.* ” ⁽¹⁰⁾ avait été réalisé en 2017 par une diététicienne du service d'endocrinologie du CHPF, Teuri Teururai épouse Ly Kui. La problématique était alors la suivante : “ *De la découverte de leur diabète gestationnel et jusqu'à leur accouchement, pourquoi les femmes n'arrivent pas à intégrer dans leur vie quotidienne, les temps de surveillance glycémique et les prises alimentaires fractionnées ?* ” Deux entretiens avaient été réalisés et mettaient en évidence une incapacité des patientes à gérer leur temps et à émettre des priorités vis-à-vis de leurs tâches et contraintes du quotidien, à l'origine du non-respect des rythmes alimentaires et des temps d'autosurveillance glycémique. Il y était rappelé que la perception du temps par le polynésien est différente de celle du monde occidental.

L'étude de cette thèse s'inscrit dans la continuité de l'exploration des déterminants culturels liés à l'alimentation dans le contexte du diabète gestationnel.

La méthodologie des entretiens semi dirigés avec obtention de la saturation a pu permettre de décrire plus amplement les difficultés que pouvaient ressentir les patientes polynésiennes.

La méthode utilisée dans le cadre de la recherche est conforme aux méthodes de référence. On peut retrouver ses critères dans les études “ *COREQ* ” ⁽¹¹⁾, “ *ENTREQ* ” ⁽¹²⁾ ou “ *SRQR* ” ⁽¹³⁾, définissant des normes et critères de qualités pour la création, l'investigation et l'écriture d'une recherche qualitative.

Parmi les critères respectés, on retrouve notamment la formulation d'une problématique sans hypothèse spécifique. L'approche, le contexte et la méthode de collecte des données ont été expliqués et justifiés. Les questions du guide d'entretien sont ouvertes. L'échantillonnage de la population s'est fait de sur un mode aléatoire au sein des patientes suivies en hospitalisation ou par les équipes ambulatoires, dans le but d'obtenir une variabilité représentative de la population. Cette variabilité se retrouve en effet dans les âges, l'origine géographique (compatible avec les rapports retrouvés en Polynésie), la prise de poids, les catégories sociales et la type de prise en charge entre insuline ou régime seul. Les résultats d'une recherche qualitative se veulent analytiques en fonction de la contextualisation et l'interprétation moins objective que lors d'une recherche quantitative mais l'analyse a été étayée de citations pour permettre des preuves de la réflexion réalisée.

ii. Limites et biais

Il existe certains écarts à la méthode de référence décrite précédemment.

La stratégie d'échantillonnage s'étant fait de manière accidentelle ou parfois en boule de neige, on retrouve donc des femmes suivies majoritairement dans le service d'endocrinologie pour plus de 50%, ce qui peut créer un biais de sélection en termes de gravité de la pathologie ou de difficultés de prise en charge au domicile.

La variabilité maximale obtenue dans l'échantillonnage a, par ailleurs, eu comme conséquence de réaliser l'étude avec des femmes à différents stades dans la prise en charge, de diagnostic et de terme de grossesse. Les patientes ont été diagnostiquées par glycémie à jeun au premier trimestre ou par la technique d'HGPO autour du 6ème mois de grossesse. Les délais depuis le diagnostic n'ont pas été recueillis lors des entretiens et pourraient être un biais d'investigation.

Plusieurs patientes dépistées avaient très probablement un diabète de type 2 pré existant et inconnu au moment du diagnostic. Cela ne change pour autant pas l'approche thérapeutique et d'éducation sur le diabète pendant la grossesse.

De plus, toutes les patientes interrogées étaient déjà dans le processus d'éducation thérapeutique au sujet du diabète gestationnel : certaines n'avaient eu qu'un entretien individuel ou une séance de groupe, d'autres étaient hospitalisées et avait réalisé un parcours éducatif bien avancé. Cela a pu introduire un biais lié aux connaissances préalables des patientes au sujet de l'alimentation ou du diabète.

Il existe, comme dans la plupart des études qualitatives, un biais affectif. En effet, il existait une relation médicale avec les participantes déjà hospitalisées en endocrinologie. Cette relation pourrait avoir eu un impact sur l'écoute, l'observation ou les réponses des patientes lors des entretiens. Dans le même cadre, le biais de désirabilité sociale pouvant amener un participant à se montrer sous une facette positive en

étant sujet de l'étude, n'a pas été ressenti lors des discussions, et a pu être gommé du fait de la multiplication des entretiens avec des femmes différentes, obtenant des réponses variées.

b. Principaux résultats

Deux aspects principaux ressortent des questions en lien avec l'objectif principal.

L'aspect culturel, en raison des habitudes alimentaires en Polynésie et de leurs poids dans la société : repas copieux, l'envie de manger en quantité plutôt que de valoriser la qualité, ainsi que l'irrégularité dans l'alimentation, est décrit régulièrement par les patientes.

Les difficultés à accepter le changement de mode de vie ont également été pointées. Les patientes accusent alors des traits de caractère tels que le supposé manque d'écoute que la population polynésienne aurait en général envers les conseils des personnels médicaux.

La vie de famille joue un rôle important pour les femmes vivant en famille élargie, où l'abondance lors des repas est plus marquée. Mais, à contrario, l'entourage peut être aidant, en particulier le conjoint, souvent accompagnant dans les règles diététiques.

L'aspect économique et démographique paraît être l'autre levier de cette recherche, du fait des difficultés d'accessibilité géographique et financière des produits frais et de l'alimentation équilibrée.

Plusieurs résultats secondaires sont ressortis de l'analyse.

L'alimentation actuelle est décrite comme trop sucrée, ou équilibrée mais trop copieuse, et sur un rythme alimentaire irrégulier.

L'état des connaissances sur la grossesse et la diététique démontrent un besoin d'information de la part des patientes. Les croyances semblent être les mêmes que dans le reste du monde. L'émotion principale ressentie par les femmes était l'étonnement, le choc, suivie de l'anxiété au sujet des complications et du devenir de l'enfant à naître.

L'axe principal d'amélioration proposé par les patientes est une intensification de l'éducation et de la prévention primaire. Le suivi régulier de la part des équipes a été valorisé et conforte dans la pratique déjà existante.

c. Comparaison à la littérature internationale

Cette thèse est une étude qualitative, descriptive centrée sur la Polynésie Française. Des études ayant des similitudes ont été réalisées au travers le monde et permettent une comparaison.

Dans l'exploration des obstacles ressentis pour la prise en charge du diabète, on retrouve l'**aspect culturel** de diverses façons.

La plupart des études s'accordent sur l'importance d'adapter les conseils diététiques au contexte culturel des patientes.

L'étude qualitative réalisée chez les femmes en post partum en Australie "*Barriers to a healthy lifestyle post gestational-diabetes: An Australian qualitative study.*" ⁽¹⁴⁾ publiée en août 2017 dans Women and Birth met en avant les préférences culinaires culturelles à prendre en compte dans le suivi nutritionnel (ici en post partum).

L'article publié récemment dans le Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, "*Ethnic Differences in Dietary Management of Gestational Diabetes Mellitus: A Mixed Methods Study Comparing Ethnic Chinese Immigrants and Australian Women.*" ⁽¹⁵⁾, exprime un manque de pertinence culturelle des conseils nutritionnels reçus.

"*Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study.*" ⁽¹⁶⁾ publié dans le Midwifery Journal en 2016, est une étude réalisée au Royaume Uni et citant également des conseils diététiques parfois non adaptés à la culture.

"*Māori and Pasifika perceptions of their local maternity care in Logan, Australia.*" ⁽¹⁷⁾ publié en 2019 dans le Women and Birth, étude descriptive qualitative auprès de la population d'origine Maori et Polynésienne en Australie, décrit également un manque d'adaptation sur le plan culturel.

La recherche qualitative "*Perspectives on Barriers and Facilitators in Caring for Women with Gestational Diabetes in Rural Appalachia*" ⁽¹⁸⁾ publiée en 2019 dans The American Journal of Maternal/Child Nursing a interrogé les infirmières en milieu rural Appalache. Au sein des contraintes liées à la prise en charge, elles incluent les influences culturelles, y compris la normalisation du diabète et la culture alimentaire.

"*Understanding the Experiences of East African Immigrant Women With Gestational Diabetes Mellitus.*" ⁽¹⁹⁾ étude publiée dans le Canadian Journal of Diabetes en 2018, qualitative, sous forme d'entretiens semi dirigés chez les femmes originaires de l'Afrique de l'Est à Calgary. La conclusion de l'étude inclut la nécessité d'un soutien et de soins adaptés au contexte et culturellement appropriés.

En contextualisant sur la recherche de cette thèse, on peut effectivement retrouver cette notion de s'adapter aux **habitudes alimentaires des femmes et des familles polynésiennes**, que ce soit sur le rythme alimentaire, l'attrait pour certains aliments (notamment les féculents, les fruits en saison et les fast-food riches en lipides) et l'accompagnement dans les modifications de la quantité des repas.

Cette étude d'une île du Pacifique : "*Gestational diabetes mellitus in Tonga : insights from healthcare professionals and women who experienced gestational diabetes mellitus.*" ⁽²⁰⁾, publiée dans le NZ Medical Journal en 2010, se prête à être analysée car évoque une population proche de celle de cette thèse, historiquement, géographiquement et du fait de la forte prévalence du diabète gestationnel, de 20% au moment de la recherche. Il s'agissait d'une étude qualitative sous forme d'entretiens auprès de

femmes ayant été atteintes de diabète gestationnel dans l'année précédente, ainsi que de professionnels de santé. Les difficultés liées au changement de comportement étaient un thème commun à toutes les femmes. La principale motivation à l'adoption de comportements sains était l'impact pour la santé du bébé et des complications obstétricales (césarienne), ainsi que la peur de développer un diabète de type 2. La "paresse" ["laziness" cité comme mot des femmes dans l'étude] était perçue par toutes les femmes comme influençant négativement les changements, notamment au sujet de l'activité physique. Cette "laziness" peut être rapprochée du "fiu" polynésien, mot ayant fait son entrée dans le dictionnaire en 2014, avec pour définition : "*Grande lassitude ; être fatigué, être blasé, en avoir assez.*", mais qui correspond à un mode de vie de détachement des situations problématiques et d'une certaine nonchalance, plutôt que d'une réelle paresse.

Le terme de "**manque de motivation intrapersonnelle**" est retrouvé dans l'étude "*Perceptions on Diet and Dietary Modifications during Postpartum Period Aiming at Attenuating Progression of GDM to DM: A Qualitative Study of Mothers and Health Care Workers.*" ⁽²¹⁾, publiée dans le Journal of Diabetes Research en 2018, se concentrant sur les modifications du mode de vie en post partum, au Sri Lanka. Certaines femmes polynésiennes, lors des entretiens, reconnaissent, dans la population générale plus que dans leur cas personnel, un désintérêt initial face aux recommandations médicales. Ce manque de motivation et d'écoute est-il réel en comparaison avec le reste du monde, ou seulement plus explicite, dans une population ayant peu de barrières liées à l'image renvoyée envers les professionnels de santé et investigateurs des recherches ? De plus, le défaut d'écoute est peu ressenti de la part des équipes médicales et paramédicales. Ce désinvestissement pourrait être expliqué par un manque de connaissance et de compréhension des enjeux liés aux maladies chroniques, ou à l'inverse par une banalisation des pathologies cardiovasculaires, dont la prévalence est majeure au sein des familles en Polynésie.

L'entourage semble être un point important du suivi et se présente parfois comme un soutien, ou à l'inverse comme un obstacle dans plusieurs études au travers le monde.

La famille est décrite comme non favorable aux changements d'alimentations et de mode de vie dans l'étude Australienne chez les femmes en post partum décrite ci-dessus, ainsi que dans l'étude Néo-Zélandaise "*Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control – a qualitative study using the theoretical domains framework.*" ⁽²²⁾ publiée en 2018 sur le site BMC Pregnancy and Childbirth. L'étude Sri Lankaise précédemment présentée utilise les termes de "négligence familiale" ⁽²¹⁾. Certaines influences communautaires et un impact familial sont classés comme faisant partie des conséquences négatives du diagnostic de diabète gestationnel dans l'article canadien "*Understanding the Experiences of East African Immigrant Women With Gestational Diabetes Mellitus.*" ⁽¹⁹⁾. "*Socio-cultural influences on the behaviour of South Asian women with diabetes in pregnancy: qualitative study using a multi-level theoretical approach.*" ⁽²³⁾ énonce des contradictions

entre les conseils de l'entourage et les recommandations médicales, en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique.

“A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes” ⁽²⁴⁾ publiée dans le Scandinavian Journal of Caring Sciences en 2019, est une étude qualitative réalisée au Danemark auprès des femmes atteintes de diabète gestationnel, issues des minorités ethniques, sous forme d'entretien semi dirigés dans laquelle c'est plus précisément le soutien du conjoint qui a été décrit comme insuffisant, à l'inverse de la Polynésie où il était décrit comme une ressource positive (motivation, accompagnement dans la réadaptation diététique), contrairement souvent au reste de la famille élargie qui continue à manger en grande quantité devant la patiente.

La publication de Plos One en 2019 *“Experiences of lifestyle change among women with gestational diabetes mellitus (GDM): A behavioural diagnosis using the COM-B model in a low-income setting.”* ⁽²⁵⁾, étude qualitative descriptive dont le but était l'exploration via des groupes de discussions et des entretiens approfondis au Cap, Afrique du Sud, les expériences vécues des femmes ayant été atteintes d'un diabète gestationnel, appuyait également sur la notion de soutien familial et des professionnels de santé indispensables.

Enfin, *“Self-care education needs in gestational diabetes tailored to the Iranian culture: A qualitative content analysis.”* ⁽²⁶⁾, recherche publiée dans Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2018, étude qualitative réalisée à travers des entretiens semi structurés dans plusieurs villes d'Iran, auprès de femmes enceintes et de prestataires de soins confirme dans ses résultats la place de la famille en tant que soutien : le rôle unique du mari et l'atmosphère psychologique à la maison, pouvant être facilitatrice ou freinatrice.

Au sujet de la famille, il faut ajouter qu'en Polynésie, la femme enceinte est parfois surprotégée au sein de son cercle familial et reçoit un soutien plus important que les patients devant suivre un régime en dehors du cadre de la grossesse.

L'aspect économique est discuté dans les études assimilées à ce travail.

En Nouvelle Zélande, il est décrit un manque de considération économique ⁽²²⁾. En Australie, dans les populations insulaires du Pacifique ⁽¹⁷⁾, tout comme au Sri Lanka ⁽²¹⁾, les contraintes financières sont mises en avant comme un obstacle au suivi des recommandations diététiques.

“Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie).” ⁽²⁷⁾ publiée en 2010 dans l'Économie rurale est une étude menée à Oran visant à appréhender les enjeux du suivi du régime alimentaire chez les diabétiques sans distinction liée à la grossesse. La dimension financière y est discutée, pour les femmes notamment dans une société décrite comme patriarcale dans l'article, non comparable au mode de vie polynésien où la femme, d'autant plus en cas de grossesse, est placée au centre du foyer.

En Polynésie, d'après le rapport de l'ISPF de 2016 ⁽²⁸⁾, la vie en Polynésie française, toutes charges comprises, serait de 40% plus chère qu'en métropole. Sur le plan alimentaire, l'indice de Fisher mesure un écart de prix de 48% en Polynésie française, en comparaison à la France métropolitaine. L'étude donne comme exemple le déménagement d'un ménage métropolitain en Polynésie française, gardant les mêmes habitudes de consommation alimentaire. Celui-ci devrait alors augmenter son budget d'un écart de 81% en Polynésie française, de 48% en Martinique, 42% en Guadeloupe, 45% en Guyane et 37% à La Réunion.

Dans plusieurs lieux, tels que Tonga ⁽²⁰⁾ ou la Nouvelle Zélande ⁽²²⁾, il existe des **difficultés financières non liées à l'alimentation mais aux soins purs** : financement du dépistage, appareils de surveillance glycémiques gratuits, aides logistiques et financières pour se rendre aux rendez-vous etc.

L'étude *"The experience of gestational diabetes for indigenous Māori women living in rural New Zealand: qualitative research informing the development of decolonising interventions."* ⁽²⁹⁾ indique même une impression de lenteur et de perte de chance du fait du système de soins, de part une mauvaise collaboration entre les services de santé et les services sociaux. Elle relève des problèmes financiers associés aux difficultés intergénérationnelles, d'où une nécessité de mettre en place une prise en charge étendue pour inclure la famille et services sociaux.

Ces barrières ne sont pas décrites au sein de la population polynésienne, où la prise en charge médicale et paramédicale est gratuite avec un parcours de soins bien organisé pendant la grossesse.

La part démographique et d'**accessibilité locale à l'alimentation** équilibrée n'est exprimée que dans l'étude s'intéressant aux soins dans les zones rurales de les Appalaches ⁽¹⁸⁾. Les soignants ayant participé aux entretiens décrivaient les défis des soins de santé en milieu rural, y compris les ressources accessibles. La **géographie** propre à la Polynésie Française est difficilement reproductible du fait de la taille du territoire et de l'isolement de certaines îles.

Plusieurs études mettent en avant le **manque d'éducation et d'information** lié au diabète gestationnel et de type 2 ainsi qu'au sujet de l'alimentation.

L'étude en post partum au Sri Lanka ⁽²¹⁾ note un manque de sensibilisation préalable au risque de diabète gestationnel.

L'étude réalisée en 2006 à la Réunion *"Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study."* ⁽³⁰⁾ publiée dans Diabetes & Metabolism, a pour une conclusion principale un défaut de connaissances médicales et perceptions en ce qui concerne les modèles étiologiques et évolutifs de la maladie et donc l'intérêt de l'éducation thérapeutique. Cette étude, exécutée sous forme de questionnaires et entretiens semi dirigés retrouvait, pour les causes du diabète : le sucre, l'hérédité, le stress ou événements de vie. Le surpoids et l'inactivité n'étaient pas mis en cause. Les complications étaient mal comprises.

Le manque d'information et d'éducation sur le diabète et l'alimentation, est évoquée dans les études de Nouvelle Zélande ⁽²²⁾, de Suède ⁽³¹⁾, d'Afrique du Sud ⁽²⁵⁾ et d'Iran ⁽²⁶⁾.

Les patientes interrogées dans l'étude "*Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China : a qualitative interview study.*" ⁽³²⁾ publié dans BMJ Open en 2017 met en avant un désir de soins, d'éducation et d'une approche centrée sur la patiente.

Une recherche qualitative réalisée à Singapour "*Weight management during pregnancy: a qualitative thematic analysis on knowledge, perceptions and experiences of overweight and obese women in Singapore.*" ⁽³³⁾, publiée dans Global Health Action en 2018, étudiait les connaissances, perceptions et expériences pendant la grossesse chez les femmes en surpoids à Singapour, non diabétiques. Cette étude retrouve également des lacunes sur les connaissances des effets du surpoids maternel, des idées fausses sur le régime alimentaire et la gestion du poids pendant la grossesse.

A contrario, l'information en milieu hospitalier a été évaluée positivement dans l'étude danoise publiée dans le Scandinavian Journal of Caring Sciences en 2019 ⁽²⁴⁾. Au Royaume Uni ⁽¹⁶⁾, l'apprentissage est évalué comme efficace et rapide pour l'autonomie et la gestion de la maladie, mais les résultats de l'étude décrivent une nécessité d'éducation sur les conséquences du diabète.

La recherche qualitative réalisée aux îles Tonga en 2010 ⁽²⁰⁾ se posait la question des moyens perçus par les patientes en faveur de modifications durables. Celles-ci proposaient que les professionnels de santé, avant le mariage et la grossesse, offrent une éducation sur le mode de vie et les moyens de prévenir le diabète gestationnel et le diabète de type 2. Les programmes éducatifs du gouvernement étaient considérés comme des moyens efficaces dans ce sens.

Le besoin d'information, d'éducation plus poussée et d'apports de connaissances est appuyé dans les populations au travers le monde, tout comme en Polynésie Française dans cette étude. Il s'agit de manière universelle d'un axe d'amélioration et d'adaptation perpétuelle du système thérapeutique.

Les émotions principalement ressenties lors du diagnostic en Polynésie Française étaient l'**étonnement** et la surprise, suivis de l'**inquiétude** envers le bébé, et enfin la **tristesse** et les difficultés d'acceptation. L'étude réalisée au Danemark ⁽²⁴⁾ note une inquiétude et une tristesse au moment du diagnostic. En Afrique du Sud ⁽²⁵⁾, on retrouve une notion de fardeau psychologique, jouant un rôle négatif dans la motivation à la prise en charge. Au sein de la population amérindienne aux USA ⁽³⁴⁾, c'est la peur et l'anxiété liée à la santé et au bien-être de l'enfant à naître et des complications du diabète qui priment. Il semblerait que la surprise du diagnostic soit moins exprimée ailleurs qu'en Polynésie. Cet étonnement est difficile à expliquer : méconnaissance des risques, ou au contraire connaissance plus importante qu'ailleurs du fait de la prévalence élevée du diabète dans les familles, sans s'attendre à ce que la maladie leur arrive à elle ? L'anxiété et la tristesse sont retrouvées de façon similaire à l'étude.

Cette analyse comparative secondaire entre la Polynésie Française et l'international permet de mettre en exergue des **similitudes dans les ressentis, perceptions et barrières retrouvés face au régime chez les patientes étudiées.**

Par exemple, l'idée que les femmes enceintes doivent manger pour deux est présente dans de nombreuses civilisations et cultures. Cette notion est présente en Polynésie. Non décrite dans les entretiens, on note une certaine anxiété liée au manque de nutriments pour le bébé en suivant les recommandations diététiques. Dans la thèse d'anthropologie de C. Serra Mallol ⁽⁶⁾, le mémoire de T. Ly Kui ⁽¹⁰⁾ et les informations discutées avec le Dr Frédérique Rachédi et les diététiciennes du CHPF, il semble plutôt exister des traditions liées aux interdits alimentaires (crustacés, pamplemousse, poissons du large...) particulièrement dans les îles éloignées autres que Tahiti, sans notion majeure de quantité. De même, **l'intérêt de l'enfant à naître** reste la motivation la plus importante dans le cadre du diabète gestationnel. Les changements de vie sont, partout dans le monde, réalisés au moins pendant la grossesse, suivis par un relatif arrêt des efforts en post partum.

En Polynésie, la culture de l'"enfant roi" participe au vécu et perceptions des femmes enceintes et de leur entourage, majorant parfois le niveau d'anxiété face à la maladie et l'intérêt porté au suivi diététique, mais aussi l'envie de ne pas "affamer" le bébé par une diminution des apports alimentaires.

La **perception du corps et de l'alimentation** est propre à la Polynésie. La thèse de C. Serra Mallol, *"Nourritures, abondance et identité : une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti."* ⁽⁶⁾, parue en 2007, détaille les habitudes, les coutumes et l'Histoire de l'alimentation à Tahiti.

On peut rappeler que la nourriture est synonyme d'abondance, car symbole d'hospitalité, de don, et d'une certaine valeur festive : elle joue un rôle relationnel majeur dans les réunions familiales. Il faut rappeler que la **valorisation des rondeurs** est ancienne et bien ancrée dans la culture Polynésienne.

On peut citer la thèse nommée ci-dessus : *"L'importance de l'aspect physique et de la présence corporelle a été relevée chez tous les insulaires du Pacifique, mais était particulièrement marquée à Tahiti. La rondeur des corps était appréciée, et si tous les Tahitiens rencontrés par les premiers Européens semblaient de solide constitution et d'une santé éclatante, des différences physiques entre [...] les classes privilégiées des ari'i et 'arioi, et le reste de la population et notamment les manahune, jusqu'à même se poser la question d'une origine différente de ces deux groupes. [...] Nous avons déjà vu que le monde des anciens Tahitiens était issu du corps des Dieux, ou de celui des hommes. Le corps humain est donc le microcosme du macrocosme divin des Tahitiens, il était à la mesure du monde et de l'univers, et donc particulièrement sacralisé, à l'image des conceptions traditionnelles du corps partie d'un tout. Si les fortes corpulences étaient appréciées des anciens Polynésiens et des anciens Tahitiens en particulier, il semble que le surpoids caractérisé, l'obésité permanente, ait été un trait physique attribué aux chefs dans toutes les sociétés polynésiennes. La corpulence était le signe de leur place dans la structure sociale, le symbole même du bien-être de la communauté tout entière. "* ⁽⁶⁾

L'obésité comme symbole de bien être, la valeur apportée à la satiété, et le volume des aliments ingérés restent bien présents encore aujourd'hui. L'idée que les fortes corpulences plaisent aux hommes polynésiens existe au sein des idéaux courants en Polynésie. En réalité, on observe que *“les préférences traditionnelles des Polynésiens pour les corpulences fortes, ta'ata 'i'i (une personne bien « pleine », bien en chair), existent toujours mais ont tendance à s'estomper, malgré une différence encore nette par rapport aux populations d'origine européenne”* ⁽⁶⁾.

L'alimentation en Polynésie Française revêt donc un aspect spécifique et majeur de la problématique. Le repas est considéré comme un moment important de la vie communautaire. L'abondance est la règle lors des invitations, et il est mal vécu de ne pas se servir en quantité ou plusieurs fois de chaque plat présenté. Le rythme des repas est le plus souvent de deux repas principaux (petit déjeuner et dîner), parfois seulement le ma'a du soir, avec parfois des grignotages en cours de journée. Ceci est lié au mode de vie traditionnel, très présent dans les îles, ainsi qu'au manque de ressource financière pour les autres. Beaucoup de familles polynésiennes privilégient la quantité aux qualités nutritionnelles, ce que décrivent bien les patientes interrogées. La problématique économique majore cet obstacle en limitant les choix (par exemple : récurrence des repas à base de pain-beurre et de fast-food et roulottes).

L'activité physique n'a pas été étudiée dans cette thèse mais semblerait être un levier intéressant d'étude du mode de vie des patientes, comme le précisait l'étude faite auprès du peuple Tongien ⁽²⁰⁾

“Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review.” ⁽³⁵⁾ est une revue de la littérature publiée en 2018 dans le Journal of Physiotherapy. Il s'agit d'une exploration des obstacles et catalyseurs de l'activité physique, perçus par les femmes enceintes. Les obstacles principaux étaient le manque de temps et la survenue de malaises, alors que le soutien social avait un rôle motivateur. On retrouve malheureusement peu d'information sur le diabète gestationnel.

La recherche sur l'activité physique pendant la grossesse : *“Perspectives of Latina and Non-Latina White Women on Barriers and Facilitators to Exercise in Pregnancy.”* ⁽³⁶⁾ publiée dans Women & Health en 2019 retrouve un manque de ressources, d'énergie, de soutien social et d'accès aux ressources d'information.

L'étude *“Socio-cultural influences on the behaviour of South Asian women with diabetes in pregnancy: qualitative study using a multi-level theoretical approach.”* ⁽²³⁾, présentée en 2015 dans BMC Medicine, observait les croyances sur les risques de l'activité physique pour le fœtus.

Les thérapeutiques en dehors de la prise en charge diététique n'ont pas été étudié dans cette étude. Cependant, la **perception des traitements** tels que l'insulinothérapie a déjà été évaluée par l'équipe du service et rejoint les données de la littérature internationale : l'utilisation d'insuline est associée à la peur, l'anxiété, la culpabilité.

Au total, on peut conclure que l'**influence culturelle**, peu importe les populations, reste forte et demande une adaptation de la diététique aux habitudes des patients : rythme des repas, aliments utilisés, quantité, croyances liées à la grossesse et l'alimentation... S'adapter ne peut cependant être synonyme d'écarts de trop grande amplitude, les recommandations globales devant être suivies pour atteindre les objectifs glycémiques. L'**aspect économique** est également retrouvé dans certaines régions et chez certaines populations du monde. La **nécessité de connaissances, d'éducation thérapeutique et de soutien**, de la part des équipes soignantes ou de la famille, ont été appuyées dans de nombreuses études. Quelques différences sont perçues : la démographie et l'accès à l'alimentation ont été peu étudiées dans les autres populations. L'une des spécificités propres à cette thèse et à **la Polynésie** semble être la **vie en famille élargie**, qui influence la faisabilité des repas plus légers. La **problématique majeure de l'obésité et de la représentation au corps, ainsi que le "manger beaucoup" et autres habitudes alimentaires** restent des obstacles complexes s'ajoutant aux freins retrouvés de manière universelle.

d. Perspectives

Pour donner suite à cette recherche, on peut établir des **conclusions au sujet du système d'éducation thérapeutique du CHPF**.

Les patientes valorisent le suivi rapproché et le soutien des intervenants médicaux.

L'adaptation du régime aux habitudes et préférences culturelles est un point complexe. L'irrégularité dans la prise glucidique au cours de la journée n'est pas recommandée et les femmes doivent au mieux fractionner leur repas et collations. La quantité et le type d'aliment doivent également être le plus proche possible des recommandations. Les deux diététiciennes du service sont originaires de Polynésie ou y vivent depuis plus de 20 ans, ont fait de nombreuses missions dans les îles éloignées des archipels et sont très impliquées, y compris dans leur vie familiale, dans l'alimentation locale. Elles s'efforcent au mieux de proposer des modèles de repas adaptés à leurs ressources et des exemples de quantité pour que les patientes puissent s'approprier leur alimentation.

Cette étude a donc tendance à conforter les équipes dans leur pratique actuelle d'éducation pluridisciplinaire et dans les solutions à apporter.

La vie de famille, particulièrement en famille élargie au domicile, se présente comme un point sensible de la motivation et du suivi diététique, à la fois facilitateur ou opposant. Une approche familiale, conjugale ou s'étendant sur une plus grande partie de l'entourage, se verrait utile pour favoriser la prise en charge diététique au domicile.

Le Centre de la mère et de l'enfant à Papeete joue un rôle de relai de soins. En effet, en travaillant en partenariat avec le CHPF, les diététiciennes, sages-femmes et infirmières spécialisées en éducation thérapeutique effectuent un lien sur le dépistage, la surveillance et le suivi, notamment en post partum, pour la prise en charge globale de l'obésité ou du diabète.

La télésurveillance des glycémies capillaires est utilisée pour faire face aux problématiques économique et géographique de certaines patientes. On retrouve, sur l'île de Tahiti, de grosses difficultés de transport, notamment en termes de réseaux de bus, ce qui limite l'accès des femmes vivant dans des vallées de Tahiti sans voiture. La télésurveillance est primordiale également pour les patientes vivant dans les îles éloignées, parfois sans avion ou très peu.

La population polynésienne est très connectée particulièrement dans les îles principales telles Tahiti, beaucoup plus qu'en métropole d'après une étude récente. Ceci s'explique en partie par l'éloignement du reste du monde, malgré le réseau encore très déficient dans de nombreuses îles. Un grand nombre de patientes échangent par téléphone ou courriels avec l'équipe éducative, ce qui permet de limiter leurs déplacements. L'échange par les applications de suivi de diabète gestationnel est en cours de mise en place en test.

Restent les difficultés de type illettrisme et acalculie de certaines femmes. Il existe, quoi qu'il en soit, une nécessité d'un soutien fort à la motivation grâce à un relai par les sages-femmes et IDE des îles et dispensaires de Polynésie pour transmettre les données vers les diététiciennes et IDE du service.

L'étude qualitative réalisée en France métropolitaine au sujet de la télésurveillance via l'application myDiabby, publiée en novembre 2019 dans JMIR Diabetes ⁽³⁷⁾ confirme l'intérêt d'une telle technologie. Les professionnels de santé évoquent une amélioration du suivi, de la réactivité et de l'auto-gestion permettant un gain de temps, un bénéfice sur l'équilibre glycémique et l'amélioration des relations avec les patientes. Les femmes jugent la télésurveillance comme rassurante, utile que les suivis, améliorant le contact avec les équipes soignantes et diminuant l'anxiété liée au diabète. Pour autant, cette télémedecine ne remplace pas le réel contact humain que les professionnels comme les patientes recherchent.

La prise en charge nutritionnelle et plus globale de l'obésité en Polynésie Française se majore d'année en année. Dans les dernières actualités à ce sujet, on retrouve l'intégration toute récente de la chirurgie bariatrique à l'Hôpital du Taaone, en étroite collaboration avec les endocrinologues du CHPF, ainsi que l'ouverture fin 2019 d'un petit Centre privé de Soins de Suites et Réadaptation Ora Ora, se voulant spécialiser dans l'obésité, ses complications et comorbidités en ambulatoire. La prise en charge des patients obèses est possible aussi via un système d'ordonnances sport santé : "Maitai sport santé".

L'axe d'amélioration principalement proposé par les patientes repose sur la prévention et l'éducation préalable de la population au risque du surpoids, de l'alimentation et du diabète.

Les **perspectives dans le domaine de la santé publique** et plus particulièrement la prévention primaire sont donc à discuter. L'intérêt de prévention chez les jeunes est important du fait des pathologies et complications touchant les populations à un jeune âge en Polynésie.

Il existe actuellement de nombreuses campagnes de prévention, des émissions de télévisions relatives à l'obésité et le diabète.

Le Schéma d'organisation sanitaire, établi par le gouvernement territorial, pour la période 2016-2021, a fait du surpoids et de l'obésité l'une de ses priorités. Dans les grandes lignes, il est question d'informer et d'éduquer le public, de favoriser un environnement propice à une bonne alimentation en améliorant l'offre alimentaire, notamment auprès des restaurants scolaires, des roulottes autour des établissements scolaires, de promouvoir l'activité physique, de former les professionnels et les partenaires (directions de crèches, enseignants, cadres sportifs), d'améliorer les pratiques professionnelles autour de la thématique de l'équilibre alimentaire et d'organiser la surveillance de pathologies de surcharge pondérale en présentant les résultats d'enquêtes.

Est-ce que les campagnes préventives sont suffisamment dissuasives et adaptées au contexte culturel ? Comment promouvoir au mieux une alimentation équilibrée et la pratique sportive et mettre en place des actions de préventions adaptées ?

Cette demande de prévention plus poussée malgré les actions déjà en place montre surtout qu'« informer n'est pas éduquer » et qu'il faut aller plus loin et permettre des prises de conscience personnalisées.

Le rôle des dispensaires dans la prévention et l'information, dans les différentes îles, est un aspect important. Le problème est que les personnels médicaux ne sont pas toujours de bons relais de prise en charge. Certains, ne restant que pour des durées courtes (quelques mois ou rarement des années), s'impliquent plus dans la médecine d'urgence que dans la prévention et les maladies chroniques, et ont une méconnaissance de l'éducation thérapeutique. De plus, il existe souvent des idées reçues sur la non-adhérence thérapeutique supposée des polynésiens (en fait exprimée plus facilement mais non obligatoirement plus marquée qu'en métropole) et les maladies chroniques apparaissent trop souvent comme une fatalité en Polynésie, idée partagée par de nombreux agents de santé locaux et la population locale.

Sur le plan économique et d'accès aux aliments, bien qu'inscrit dans les diverses propositions politiques, les prix élevés et l'offre de restauration semblent stables pour le moment.

Les **perspectives en termes de recherche** et de possibles ouvertures d'études sont nombreuses pour monter de nouveaux projets d'intérêt collectif.

On peut donner comme exemple : l'élaboration de nouvelles études sur le rôle de l'entourage, la réflexion au sujet de l'inclusion de la famille dans la prise en charge éducative, le rôle de la médecine traditionnelle, l'exploration des perceptions et du vécu des collations, de la surveillance glycémique ou encore de l'insulinothérapie.

Discuter des expériences des femmes selon leur contexte de vie (Tahiti, île éloignées, vie de famille etc.) pourrait également permettre de mettre en lumière des vécus spécifiques pour préciser les solutions dans le domaine de l'éducation thérapeutique.

De même, les questionnements au sujet du suivi des recommandations en matière de santé en post partum ainsi que le dépistage du diabète de type 2 sont utiles pour la poursuite de l'évaluation de la pratique.

VI. Conclusion

Cette étude témoigne avant tout du vécu des femmes polynésiennes et des obstacles ressentis face au bon suivi des règles diététiques de leur diabète gestationnel.

Les résultats permettent de dresser un état des lieux des connaissances, des croyances au sujet de l'alimentation et de la pathologie dans ce contexte polynésien si spécifique. La prise en charge se doit d'être globale, en incluant les caractéristiques culturelles et familiales.

Ils confortent les actions et solutions d'éducation thérapeutique déjà mises en place et en cours dans le parcours de soins des patientes du Centre Hospitalier de Polynésie Française.

L'amplification des campagnes de prévention primaire et d'éducation au sujet des risques du surpoids et du diabète semble être nécessaire particulièrement à destination des femmes, futures mères et centres de la vie familiale, ainsi que la mise en place d'une plus grande accessibilité sur le plan économique à l'alimentation saine.

Cette thèse est l'une des rares études récentes sur le vécu des adaptations et contraintes diététiques des femmes enceintes en milieu insulaire, en Outre-Mer, et particulièrement dans le Pacifique, en prenant compte de l'image corporelle et du contexte culturel polynésien, économique et démographique.

Elle pourrait aider à une meilleure compréhension et à une vision plus juste pour le personnel soignant (sage-femme, infirmière ou médecin de Tahiti, des îles, ou projetant de s'y installer), afin de permettre une meilleure prise en charge globale des patients en Polynésie Française.

VII. Bibliographie

- (1) Jérémie Torterat et Mathieu Bolduc, Institut de la statistique de la Polynésie française. Polynésie française [Internet]. 2018 nov. (INSEE PREMIÈRE). Report No.: 1721. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3651609>
- (2) Laure Yen Kai Sun, Rey G, Ghosn W. LES CAUSES DE DÉCÈS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE : ANALYSE DE LA PÉRIODE 2005-2010 ET TENDANCES ÉVOLUTIVES DE 1984 À 2010. tahiti-infos [Internet]. aout 2015; Disponible sur: <https://www.tahiti-infos.com/attachment/672659/>
- (3) Direction de la Santé. Programmes de santé : surpoids et obésité [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/surpoids-obesite/>
- (4) Caisse Prévoyance Sociale. Le diabète en Polynésie française [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.cps.pf/espace-assure/promotion-de-la-sante/le-diabete-en-polynesie-francaise-0>
- (5) Serra-Mallol C. Bien manger, c'est manger beaucoup : comportements alimentaires et représentations corporelles à Tahiti. Sciences sociales et santé. 2008;26(4):81.
- (6) Serra Mallol C. Nourritures, abondance et identité : une socio-anthropologie de l'alimentation à Tahiti. 2007.
- (7) CNGOF. Diabète gestationnel. Recommandations. [Internet]. 2010. Disponible sur : https://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC_DIABETE_2010.pdf
- (8) Item UE8-OT-252 - Dépister et prendre en charge le diabète gestationnel. In 2015. Disponible sur: <http://sfendocrino.org/article/689/item-ue8-ot-252-depister-et-prendre-en-charge-le-diabete-gestationnel>
- (9) Mou Y ,Cerf N , Beck F. Alimentation et corpulence en Polynésie française. Numéro thématique. Polynésie française : une situation particulière. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Bull Epidemiol Hebd]. 22 déc 2009;n° 48-49-50(Numéro thématique):515-20.
- (10) TEURURAI épouse LY KUI Teuri. EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LE DIABETE GESTATIONNEL : PISTE DE PROJET D'INTERET COLLECTIF. Mémoire pour le Diplôme universitaire Éducation thérapeutique du patient . Université de médecine d'Angers. Délocalisé à Tahiti; 2017.
- (11) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.
- (12) Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Medical Research Methodology [Internet]. déc 2012 ;12(1). Disponible sur: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-12-181>
- (13) O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Academic Medicine. sept 2014;89(9):1245-51.

- (14) Zulfiqar T, Lithander FE, Banwell C, Young R, Boisseau L, Ingle M, et al. Barriers to a healthy lifestyle post gestational-diabetes: An Australian qualitative study. *Women and Birth*. août 2017;30(4):319-24.
- (15) Wan CS, Teede H, Nankervis A, Aroni R. Ethnic Differences in Dietary Management of Gestational Diabetes Mellitus: A Mixed Methods Study Comparing Ethnic Chinese Immigrants and Australian Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. janv 2020;120(1):86-102.
- (16) Draffin CR, Alderdice FA, McCance DR, Maresh M, Harper, MD (Consultant Physician) R, McSorley O, et al. Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study. *Midwifery*. sept 2016;40:141-7.
- (17) Henning Cruickshank A, Lilley TS, Radcliffe B, Nosa V, Fenwick J. Māori and Pasifika perceptions of their local maternity care in Logan, Australia. *Women and Birth*. juin 2019;32(3):e359-65.
- (18) Chertok IRA, Silk JJ, Kulasa KA. Perspectives on Barriers and Facilitators in Caring for Women with Gestational Diabetes in Rural Appalachia: MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing. 2019;44(5):289-95.
- (19) Siad FM, Fang XY, Santana MJ, Butalia S, Hebert MA, Rabi DM. Understanding the Experiences of East African Immigrant Women With Gestational Diabetes Mellitus. *Canadian Journal of Diabetes*. déc 2018;42(6):632-8.
- (20) Doran F, Davis K. Gestational diabetes mellitus in Tonga: insights from healthcare professionals and women who experienced gestational diabetes mellitus. *N Z Med J*. 26 nov 2010;123(1326):59-67.
- (21) Sundarapperuma TD, Wijesinghe CJ, Hettiarachchi P, Wasalathanthri S. Perceptions on Diet and Dietary Modifications during Postpartum Period Aiming at Attenuating Progression of GDM to DM: A Qualitative Study of Mothers and Health Care Workers. *Journal of Diabetes Research*. 26 août 2018;2018:1-6.
- (22) Martis R, Brown J, McAra-Couper J, Crowther CA. Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycaemic control – a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. déc 2018 ;18(1). Disponible sur: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1710-8>
- (23) Greenhalgh T, Clinch M, Afsar N, Choudhury Y, Sudra R, Campbell-Richards D, et al. Socio-cultural influences on the behaviour of South Asian women with diabetes in pregnancy: qualitative study using a multi-level theoretical approach. *BMC Medicine* [Internet]. déc 2015;13(1). Disponible sur: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0360-1>
- (24) Dayyani I, Terkildsen Maindal H, Rowlands G, Lou S. A qualitative study about the experiences of ethnic minority pregnant women with gestational diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. sept 2019;33(3):621-31.
- (25) Muhwava LS, Murphy K, Zarowsky C, Levitt N. Experiences of lifestyle change among women with gestational diabetes mellitus (GDM): A behavioural diagnosis using the COM-B model in a low-income setting. *Laws MB, éditeur. PLOS ONE*. 25 nov 2019;14(11):e0225431.
- (26) Kolivand M, Keramat A, Rahimi M, Motaghi Z, Shariati M, Emamian M. Self-care education needs in gestational diabetes tailored to the Iranian culture: A qualitative content analysiss. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2018;23(3):222.

- (27) Salemi O. Pratiques alimentaires des diabétiques. Étude de quelques cas à Oran (Algérie). *Économie rurale*. 1 sept 2010;(318-319):80-95.
- (28) Institut statistique de la Polynésie Française. La Polynésie Française 39% plus chère que la métropole [Internet]. 2016. (Points forts de la Polynésie française). Disponible sur: <http://www.ispf.pf/docs/default-source/publi-pf-bilans-et-etudes/pf-etudes-01-2016-comparaison-spatiale-des-prix.pdf?sfvrsn=6>
- (29) 46. Reid J, Anderson A, Cormack D, Reid P, Harwood M. The experience of gestational diabetes for indigenous Māori women living in rural New Zealand: qualitative research informing the development of decolonising interventions. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. déc 2018;18(1). Disponible sur: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2103-8>
- (30) Debussche X, Roddier M, Fianu A, Le Moullec N, Papoz L, Favier F. Health perceptions of diabetic patients in the REDIA study. *Diabetes & Metabolism*. févr 2006;32(1):50-5.
- (31) 2. Hjelm K, Bard K, Apelqvist J. A qualitative study of developing beliefs about health, illness and healthcare in migrant African women with gestational diabetes living in Sweden. *BMC Women's Health* [Internet]. déc 2018 ;18(1). Disponible sur: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0518-z>
- (32) Ge L, Wikby K, Rask M. Lived experience of women with gestational diabetes mellitus living in China: a qualitative interview study. *BMJ Open*. nov 2017;7(11):e017648
- (33) Loh AZH, Oen KQX, Koo IJY, Ng YW, Yap JCH. Weight management during pregnancy: a qualitative thematic analysis on knowledge, perceptions and experiences of overweight and obese women in Singapore. *Global Health Action*. janv 2018;11(1):1499199.
- (34) Carson LD, Henderson JN, King K, Kleszynski K, Thompson DM, Mayer P. Perceptions and Concerns Regarding Diabetes Mellitus During Pregnancy Among American Indian Women. *Care Management Journals*. 1 déc 2014;15(4):160-9.
- (35) Harrison AL, Taylor NF, Shields N, Frawley HC. Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. janv 2018;64(1):24-32.
- (36) Marquez DX, Bustamante EE, Bock BC, Markenson G, Tovar A, Chasan-Taber L. Perspectives of Latina and Non-Latina White Women on Barriers and Facilitators to Exercise in Pregnancy. *Women & Health*. 30 nov 2009;49(6-7):505-21.
- (37) Khalil C. Understanding the Adoption and Diffusion of a Telemonitoring Solution in Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study. *JMIR Diabetes*. 28 nov 2019;4(4):e13661.
- (38) DGAE Direction Générale des Affaires Economiques. Observatoire des prix - Fruits & Légumes [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.dgae.gov.pf/wp-content/uploads/2017/08/ODP-Fruits-L%C3%A9gumes-022017.pdf>

Autres sources :

Institut d'émission d'Outre-mer. Polynésie Française - Rapport annuel 2015[Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/ra2015_polynesie_francaise.pdf

Institut d'émission d'Outre-mer. Polynésie française. Rapport annuel 2016[Internet]. 2016; Disponible sur: http://www.ieom.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2016_polynesie_francaise.pdf

Les services de l'État en Polynésie française. Haut-Commissariat de la République en Polynésie Française. [Internet] Disponible sur : <http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/>

<https://www.service-public.pf/dsp/>

Polynésie Française [Internet]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Polynésie_française

Tumahai T. Problématiques sanitaires en Polynésie française : entre modernité et traditions. Editorial Numéro thématique. Polynésie française : une situation particulière. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Bull Epidemiol Hebd]. 22 déc 2009;

Cours des Comptes. La santé dans les Outre-Mer. Rapport publique thématique. [Internet]. Cours des comptes; 2014 juin. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140612_rapport_thematique_sante_outre_mer.pdf

BRUGGMANN E. Etude des Représentations du patient diabétique de type 2 vis-à-vis des Mesures Hygiéno-diététiques et Identification des Processus de Changements de Comportements. 2014.

LUK SAONA HC. Educated Why : Etude du niveau de connaissance sur le diabète, l'hypoglycémie et la gravité ressentie des patients diabétiques. [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4831_Educated_Why_LUK_SAONA_Helen.pdf

Vérier-Mine O. Devenir maternel après un diabète gestationnel. Dépistage et prévention du diabète de type 2. Revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2010;39(8):S299-321.

El Feleh E, Bchir N, Jaidane A, Mahjoubi S, Zouaoui C, Ouertani H. Le vécu de l'instauration de l'insulinothérapie chez le diabétique de type 2. Annales d'Endocrinologie. sept 2017;78(4):411.

Heery E, McConnon Á, Kelleher CC, Wall PG, McAuliffe FM. Perspectives on weight gain and lifestyle practices during pregnancy among women with a history of macrosomia: a qualitative study in the Republic of Ireland. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. déc 2013 ;13(1). Disponible sur: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-202>

Eilat-Adar S, Xu J, Zephier E, O'Leary V, Howard BV, Resnick HE. Adherence to Dietary Recommendations for Saturated Fat, Fiber, and Sodium Is Low in American Indians and Other U.S. Adults with Diabetes. The Journal of Nutrition. 1 sept 2008;138(9):1699-704.

Annexe A : Guide d'entretien

** Présentation et explications orale et écrite au sujet du projet de la thèse. Consentement oral. **

Recueil des données socio-éco-démographiques

- Âge
- Terme de la grossesse
- Poids - Taille - IMC actuel
- Poids avant la grossesse / Poids au 1^{er} trimestre (prise de poids au 1^{er} trimestre)
- Lieu de vie
- Situation familiale (conjoint, enfant, entourage présent ou non)
- Métier
- Mode de vie, activités sportives
- Antécédents familiaux de diabète (type 2 ou gestationnel)
- Antécédents personnels : tabac, dyslipidémie, diabète type 1 ou 2 (exclusion de l'étude), autre pathologie / traitement...
- Antécédents obstétricaux (diabète gestationnel, macrosomie, autres...)
- Traitement du diabète gestationnel : régime seul, insuline, ADO

**Questions / entretiens **

A noter que les entretiens sont réalisés sous la forme du tutoiement. Le vouvoiement n'est pas d'usage en Polynésie Française, même dans un cadre professionnel ou formel.

- Raconte-moi comment s'est passé la découverte de ton diabète de grossesse. Quelle a été ta réaction au diagnostic ? (*Diagnostic, vécu...*)

- Pour toi, d'où vient ton diabète ? (*Compréhension de la cause ? génétique/environnement ? +/- relances si discussion au sujet de l'alimentation, antérieur à la grossesse ou seulement pendant la grossesse ?*)

- Peux-tu m'expliquer ce qu'était ton alimentation avant la découverte du diabète ?

- As-tu modifié ton régime depuis ? Comment ? (*Où as-tu eu les informations ?*)

- Tu penses pouvoir tenir le régime à la maison ? Quelles sont tes inquiétudes, les choses les plus difficiles ? (*Habitude alimentaire, rythme de vie, entourage, conditions socioéconomiques...*)

-En quoi le fait d'être polynésienne / de vivre en Polynésie change quelque chose par rapport à ton régime ou ton diabète ? (*Traditions, croyances*)

-Comment pourrait-on faciliter les choses pour toi ? Qu'est ce qui pourrait aider à améliorer la prise en charge du diabète gestationnel et du "régime" selon toi ?

- As-tu des choses à rajouter : vécu du diabète gestationnel, aspects émotionnels, difficultés de compréhension, de traitement, inquiétudes pour le bébé ? (*Ouverture vers d'autres sujets de recherches*)

ENTRETIEN 1

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diabéto	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : > 35 ans	IMC : IMC > 30	Prise de poids : Perte de poids
Lieu de vie : Tahiti Iti	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Non	Activités physiques : Modérée	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Oui	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :

Raconte-moi comment s'est passé la découverte de ton diabète de grossesse.

- "On a su que j'avais du diabète gestationnel par les prises de sang."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'étais étonnée. Je ne mange pas comme mes sœurs qui sont fortes. Moi, je ne suis pas forte comme eux. Mais c'est moi qui ai le diabète. J'étais étonnée."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "De ma mère et mon grand-père. Je mange normalement."

Peux-tu m'expliquer ce qu'était ton alimentation avant la découverte du diabète ?

- "Je mangeais sans être équilibré. Je mangeais sans penser comme on me l'explique en ce moment. Je mangeais comme d'habitude. Plus que maintenant."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "La quantité surtout. Les collations, le pain aussi... C'est difficile mais ça va. Je fais comme on me dit de faire à l'hôpital."

Que penses-tu du fait d'avoir perdu du poids ?

- "C'est chouette, même si je suis enceinte. Pour ma famille, c'est bien aussi."

Comment te sens-tu dans la nouvelle façon de manger ?

- "Bien."

As-tu des inquiétudes pour ton retour à la maison ?

- "Oui. Manger, ça sera pas comme ici à l'hôpital : les grignotages, les horaires, les tentations. Mais moi je ne veux pas, je vais essayer de ne pas vivre ça. Ça va être difficile c'est sûr, même pour la famille."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Oui c'est différent par rapport aux popa'a [popa'a : nom donné par les polynésiens aux métropolitains vivant en Polynésie Française].

L'alimentation déjà. Ne pas avoir d'activité comme moi. Je suis mère au foyer. C'est pas pareil : elles sont enceintes elles sont minces. Nous, on est enceintes on est grosses, enfin grasses. C'est génétique."

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- "*Non rien de plus.*"

ENTRETIEN 2

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diabéto	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : 26 - 30 ans	IMC : IMC 25-30	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Îles de la Société	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Travail sédentaire
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "Lorsque que l'on a analysé mon premier pipi. C'est là qu'on a su que j'avais du diabète. Beaucoup de diabète. On m'a annoncé la nouvelle. On m'a évasané à Raiatea pour me surveiller. Ensuite, mes parents ont préféré qu'on m'envoie jusqu'à Tahiti pour mettre l'insuline, comme les doses sont ici. Moi je préfère être à Tahiti aussi. C'est mieux avec les parents."

Quelle a été ta réaction ?

- "Ça ne m'a pas du tout fait peur."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "À force de manger des trucs sucrés. Après j'ai l'habitude de manger dans le magasin."

Avant ta découverte de diabète, quelle était ton alimentation ?

- "Spaghettis, pua 'a rôti. Que des trucs gras et huileux. En grandes quantités : l'assiette entière avec la montagne."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Depuis que je suis venue ici, j'ai réfléchi qu'il ne fallait pas trop manger."

Tu as surtout changé la quantité ?

- "Oui, c'est ça."

As-tu des inquiétudes pour ton retour à la maison ? Penses-tu tenir le régime à la maison ?

- "Oui ça va. Ça va être facile."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non pas du tout. C'est pareil."

Comment pourrait-on faciliter les choses pour toi ? Qu'est ce qui pourrait aider à améliorer la prise en charge du diabète de grossesse et du "régime" selon toi ?

- "Éviter de manger tout ce qui est sucré, gras. Apprendre à trier, comme vous l'apprenez déjà ici."

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- "Non rien de plus."

ENTRETIEN #3

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : ≤ 25 ans	IMC : IMC 30-35	Prise de poids : Stable
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Autres (RAA)	Diabète familial : Non

❖ Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- " J'ai fait les analyses et c'est le labo qui me l'a dit. J'ai eu peur."

Quelle a été ta réaction ?

- " Oh là là ! J'ai cru que c'était grave. J'ai eu peur"

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Il y a trop de sucres dans les aliments que je mange."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mangeais comme d'habitude. Mais je faisais du sport à côté, ça allait."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je ne vais plus manger au McDonald's. Je ne prends plus de limonade. Par contre, je n'arrive pas à manger que 10 cm de pain comme on me l'a dit. J'en mange plus."

Arrives-tu à suivre ton régime à la maison ?

- "Oh non c'est dur. J'y arrive pas."

En quoi le fait d'être polynésienne ou de vivre en Polynésie change quelque chose par rapport à ton alimentation ou ton diabète ?

- "Il y a beaucoup de tentations. Ici on dit que c'est mieux de manger beaucoup pour que le bébé se nourrisse. A l'hôpital, on me dit de manger moins. Je pense que les autres ont raison. A l'hôpital, on nous impose ça mais ce n'est pas pour tout le monde."

Comment pourrait-on faciliter les choses pour toi ? Qu'est ce qui pourrait aider à améliorer la prise en charge du diabète de grossesse et du "régime" selon toi ?

- "Je ne sais pas."

Après la grossesse, tu penses pouvoir manger moins ?

- "Non je vais reprendre le sport pour pouvoir manger plus."

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- "Non rien de plus."

ENTRETIEN #4

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diabéto	Terme actuel : 1er trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : ≤ 25 ans	IMC : IMC 25-30	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Australes	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Sédentaire
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "Après un mois et demi de grossesse, on m'a prélevé mon sang. C'est à ce moment-là que j'ai su que j'avais le diabète."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'ai eu peur. C'est une sacrée maladie."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Du sucre. J'ai trop de sucre dans le sang. Je pense que c'est héréditaire."

Avant ta découverte de diabète, quelle était ton alimentation ?

- "Je mangeais beaucoup de légumes et de fruits. Un peu de ma'a aussi mais je mangeais plutôt les légumes et les fruits."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Depuis que je suis hospitalisé, je prends un café le matin, des collations."

As-tu des inquiétudes pour ton retour à la maison ? Penses-tu tenir le régime à la maison ?

- "Un peu oui. Ça va être très difficile. Le petit déjeuner ça ira. Mais le repas du midi et les collations. Parfois, je mange mais je dois manger encore plus."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non c'est pareil pour tout le monde."

(Sur le fait d'avoir perdu du poids pendant l'hospitalisation) Est-ce que le fait d'avoir perdu du poids inquiète ta famille ?

- "Non c'est plutôt le diabète qui les inquiète, et l'insuline. Ils disent qu'il faut que je mange normalement. Ils n'acceptent pas que je prenne de l'insuline."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Non je n'ai pas d'idée."

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- "Au début, c'était compliqué d'être ici à l'hôpital. Mais maintenant, je commence à prendre l'habitude. Je pense qu'avec le temps, ça ira mieux. Au niveau du bébé, je suis inquiète. J'ai peur qu'il y ait des malformations à cause du diabète. C'est vraiment ça que je crains. S'il est trop gros c'est pas grave. Mais les malformations, ça m'inquiète."

ENTRETIEN #5

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diabéto	Terme actuel : 1er trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : 26 - 30 ans	IMC : IMC 25-30	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Îles de la Société	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Autres (Asthme)	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "C'est la sage-femme de Bora-Bora qui a découvert."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'étais déçue car je sais qu'il faut faire attention à beaucoup de choses, à respecter. J'ai eu un peu peur. Je n'ai pas envie d'arriver à l'insuline."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je ne sais pas. C'est arrivé comme ça. Probablement parce que je mange beaucoup de trucs sucrés. J'aime bien les Haribo."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Oh là là ! Je mangeais n'importe quoi : des trucs sucrés, des conneries, des Twisties, des chocolats... J'étais attirée par ça. Je mangeais pas de légumes."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je mange beaucoup de légumes. Pas de sucre, pas de sel. C'est dur. Mais bon, je vais faire avec."

As-tu des inquiétudes pour ton retour à la maison ? Penses-tu tenir le régime à la maison ?

- "Je vais essayer. C'est dur ! Je fais l'effort. Mais je fais des écarts aussi. Par exemple tout à l'heure, j'ai mangé très peu. Normalement, c'est pas ça ma ration. Mais j'essaie de tenir le coup même si j'ai encore très faim là."

Qu'est-ce qui est le plus dur dans ton régime ?

- "Manger moins. Je mange beaucoup plus d'habitude."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Non. Il n'y a pas de solutions."

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- "Non, rien du tout."

ENTRETIEN #6

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : 31 - 35 ans	IMC : IMC 30-35	Prise de poids : > 10 kg
Lieu de vie : Marquises	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Travail sédentaire
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : HTA	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "C'est le gynécologue qui a découvert."

Quelle a été ta réaction ?

- "Pas vraiment top. Il faut arrêter de manger des choses que j'aime. Mais là, ça va avec le temps, je gère. Ce qui a été difficile pour moi, c'est de surveiller. Autant, arrêter de manger au début, c'est dur. Mais après ça va. Par contre de devoir me piquer tout le temps, ça m'énerve."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je ne sais pas. Il y a quelqu'un qui m'a dit que c'est parce qu'avant ma grossesse, je mangeais trop de sucreries."

Avant ta découverte de diabète, quelle était ton alimentation ?

- "[rires] C'était beaucoup de cochonneries. Beaucoup de jus. Et puis il y a aussi beaucoup de ma'a local. Et dans ce ma'a, il y a beaucoup de sucres aussi."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "J'ai arrêté tout ce qui était sucré. Le ma'a local, c'est rare que j'en mange. Il y a que le riz que je n'arrive pas à supprimer. Le pain également j'ai supprimé. Je ne mange plus de pain blanc. Les sucreries j'ai arrêté aussi. Enfin là, j'en ai mangé un peu ces derniers temps. Je me suis que j'allais bientôt accoucher. J'ai un peu craqué."

Arrives-tu tenir le régime à la maison ?

- "Oui. La personne qui s'occupe de moi à la maison elle est très stricte. C'est une cousine et elle surveille tout ce que je mange. Je pense que j'aurai quand même réussi sans elle mais bon."

As-tu des inquiétudes ?

- "C'est surtout pour mon bébé qui je m'inquiète, par rapport à ce diabète. J'ai peur qu'à l'accouchement, je ne l'ai plus mais qu'elle, elle l'ait (le diabète)."

En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "On mange un peu n'importe quoi, le ma'a. En tout cas, moi je suis quelqu'un qui mange beaucoup. Mais je prends pas de poids comme je bouge beaucoup. Mais je mange beaucoup tout ce qui est uru, po'e et tout ça. C'est bon ! J'adore ça !"

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ? Comment pourrait-on faciliter les choses pour toi ?

- *"Non j'ai pas vraiment de conseil. Moi je suis tombée dedans comme ça. J'essaie de m'adapter."*

Est-ce que tu as d'autres choses à ajouter ?

- *"Non, ça va. C'est bientôt la délivrance !"*

ENTRETIEN #7

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diabéto	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : > 35 ans	IMC : IMC > 35	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Travail physique
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Modéré	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Oui	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "C'est la sage-femme qui me l'a dit lors d'une visite que je faisais avec elle. Ensuite, l'hôpital du Taaone a confirmé que j'avais le diabète."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'étais pas bien. Dès que j'ai su que j'avais un diabète, j'ai pensé à mon papa. C'est pas plus dur que l'annonce lors de la première grossesse. On me l'avait annoncé quand j'étais à 7 mois. C'était juste le début alors je faisais pas trop attention. Là pour mon deuxième enfant, c'est trop."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "C'est quand il y a trop de sucre dans le sang. Je mange trop sucré. C'est à cause du ma'a."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Tout ce qui est pâtisseries, limonades, tout ça... J'en mangeais vraiment beaucoup. Plein de conneries. Je mange pas trop de ma'a. J'aime bien mais c'est rare. Je mange de tout sinon."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Par rapport à ici à l'hôpital, c'est pas pareil à la maison. Ici je mange moins qu'à la maison. Je mange aussi plus de légumes à la maison. J'ai arrêté les pâtisseries et le sucre quand j'ai su pour le diabète."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui. J'essaie de voir comment sont les portions de l'hôpital. J'ai du mal à dire combien de bols ou de cuillères chinoises je mange à la maison. Mais à chaque fois, c'est pas ça. À la maison, je faisais 3 grosses cuillères de sucre. Je revois les portions surtout et les repas. Je garde tous les feuilles [les feuilles de menu des plateaux repas de l'hôpital]. Mon mari, ça ne le dérange pas. Au contraire, il me soutient. Ça lui fait peur le diabète. Comme ça, on le fait ensemble pour le bébé."

En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "C'est pareil."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Avoir des informations sur les portions, les menus. Avoir quelqu'un qui me soutient. Je vais revenir. Il faudra me revoir souvent."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- *"Non ça va. Je comprends un peu mieux le diabète depuis que je suis là."*

ENTRETIEN #8

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : 31 - 35 ans	IMC : IMC > 35	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Travail physique
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "On m'a fait une prise de sang et on a découvert que j'avais trop de sucre."

Quelle a été ta réaction ?

- "Ça a été un choc. J'étais étonnée. Je ne voulais pas. Les autres grossesses, je n'avais pas eu ça. Là, j'ai paniqué."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Du bébé. Et de ce que je mange. Il y a une période où je mangeais un peu plus sucré que d'habitude. Des choses que normalement je ne mange pas du tout. Genre les donuts Normalement, ça ne me dit rien. Mais pendant une petite période, lors des congés, je me suis permise d'en manger avec les enfants, pour les accompagner."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mangeais matin, midi et soir. Des repas normaux. Je restais sur une assiette. Je ne me ressers pas. Je ne fais pas d'assiette montagne. Je mangeais varié, un peu de tout."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Depuis que j'ai su que j'avais ce diabète gestationnel, j'ai éliminé tout ce qui était sucre. Dans le café le matin, le coca... J'ai tout arrêté. En revanche, j'ai pas tellement changé sur les repas (déjeuner et dîner)."

Arrives-tu à tenir le régime à la maison ?

- "Oui. Enfin je ne vais pas te mentir. La semaine dernière, je me suis un peu lâchée. C'était une fois. Je suis allé au McDonald's. Je ne savais pas qu'il y avait le Coca Zéro au McDonald's du coup je me suis permise de boire un coca."

Y-a-t'il des choses plus difficiles que d'autres ?

- "C'est le dextro qui m'embête le plus. Depuis que je l'ai, ça m'attire encore plus d'aller manger des trucs sucrés. Encore plus que quand je ne l'avais pas."

Pourquoi ?

- "Je ne sais pas. Comme je l'ai dit à Hereiti [diététicienne au CHPF], je pense que c'est psychologique. Quand je n'avais pas ce dextro là, je savais que j'avais le diabète gestationnel. Je savais que je ne devais

pas manger tel aliment. J'arrivais à me maintenir. Mais depuis que j'ai ce dextro là, 6 fois par jour, ça m'attire. Je mets quand même un frein mais difficilement. Avant c'était automatique. C'était non."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non c'est pareil. Enfin si, on a un problème chez les tahitiens, c'est qu'on écoute pas ! Avec toutes ces pubs. On entend une pub Coca ? Hop on fonce dessus bêtement et après on a le diabète."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Vous faites déjà assez. C'est nous les tahitiens qui ne voulons pas changer les mentalités. Tu dis qu'il ne faut pas manger de pain. Et nous on va manger encore plus de pain. On est têtus. Vous faites tout. On a tout. Dans les plateaux repas, il y a le triangle (viande, légume, féculent). Bah on va quand même chercher ailleurs. Plus on me met dans une case, plus je cherche ailleurs. Quand on me laissait faire ce que je voulais, il y a des choses sur lesquelles je savais que je ne devais pas en manger."

Comment est vécue la prise de poids ici pendant la grossesse ?

- Il faut prendre du poids c'est normal. Même si moi, ça me ferait du bien de perdre du poids. J'aurais moins mal au dos."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Non rien de particulier."

ENTRETIEN #9

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hosp. obstétrique	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : 31 - 35 ans	IMC : IMC 30 - 35	Prise de poids : Perte de poids
Lieu de vie : Îles de la Société	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Travail sédentaire
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Oui	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "Bien avant la grossesse, j'ai fait un dépistage à l'infirmerie de Tahaa. Je suis partie voir si je n'avais pas trop de sucre. On m'a dit que j'avais un taux un petit peu haut. Je suis repartie pour faire des examens, une prise de sang. On m'a dit que je pourrais avoir le diabète plus tard. Mais on m'a rien donné. J'ai demandé ce qu'étaient les médicaments pour éviter d'avoir la maladie. On a pas voulu me les donner. Mais tu sais, notre tradition à nous c'est de faire le ra'au Tahiti. Alors c'est ce que j'ai fait. Puis quand j'ai eu la grossesse, on m'a dit que j'étais diabétique."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'ai mal vécu ça. C'était pas évident pour moi au début de faire les dextro. Je suis allé à Uturoa pendant deux semaines. Je n'étais pas habituée à me piquer. C'est énervant. Mais après, j'ai pensé que je pouvais perdre le bébé. Je ne fais ça que pour lui. C'est pas évident tous les jours. Je ne vois pas mes enfants ni mon mari. Mais je me dis que c'est pour le bébé."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "C'est à cause de mon alimentation, à manger des trucs trop sucrés. J'aime bien manger des gâteaux au chocolat. Les autres gâteaux, je n'aime pas ça. Et puis peut-être que ça vient de ma famille aussi, de mes parents."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mangeais comme d'habitude : l'après-midi et le soir. Pas trop le matin. Je buvais juste un café avant d'aller au travail. Mais l'après-midi, je mangeais de tout sans surveiller ce que j'avalais. On sait que ce n'est pas bien de trop manger. Surtout pour aller faire quoi après ? Dormir ? Ça ne dépense même pas ! Je mangeais trop. Et surtout des trucs sucrés. Des gâteaux au chocolat et plein d'autres trucs. Même si j'ai bien mangé, j'aime bien grignoter à côté. Je vais acheter des biscuits au chocolat. Je les cache et je les mange après. Mon mari, il me dit que c'est pas bon, que je vais finir avec le diabète. Comme moi je ne fais pas attention, et bien il a raison. Sinon il y a le ma'a. Moi je n'aime que le taro, pas la totalité du ma'a. Mais ici, quand tu cuis le taro, tu mets toujours du sucre dans l'eau. Alors que tu n'en as pas besoin. Il y a déjà du sucre dedans."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je mange que ce qu'on me donne. Quand j'étais à Raiatea, ce n'était pas évident. Je n'aimais pas les repas qu'ils m'apportaient. J'étais là-bas à les insulter alors qu'ils sont là pour m'aider. Ici, j'ai pris l'habitude. Je mange ce qu'on m'amène."

Quelle est la différence ?

- "Ici, c'est bien. C'est la bonne quantité. Une fois que tu as mangé ton plateau, c'est fini. Tandis qu'à la maison, il y a toujours un petit extra derrière. TU n'arrives pas à t'arrêter de manger. Tu es là à manger, manger alors que tu n'as plus faim. J'essaie mais c'est pas évident."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui je peux parce que j'ai peur On m'a gardé à l'hôpital parce que j'ai trop de liquide à cause du diabète. [fait référence à un hydramnios]"

En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Ici, on vit encore dans les temps anciens. Nous là-bas dans les îles, on est pas très avancés. On avance tout doucement. Moi j'aime bien cette vie-là. C'est plus tranquille. Mais on ne fait pas attention à ce que l'on mange. Ils sont là pourtant les docteurs, les infirmières. Ils nous conseillent. Mais comme nous, les polynésiens, on est fiu et têtus, bah voilà. On veut pas écouter. On voit ce qui arrive après."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Avoir un suivi. Être là."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Le plus dur, c'est d'être éloigné de mes enfants et de mon mari. Ça c'est vraiment dur. Je lui ai dit de tenir le coup, de ne pas venir à Tahiti et de bien s'occuper des enfants, de ne pas les laisser seuls. Comme mes parents ne sont plus de ce monde... Concernant les dextro, maintenant j'ai pris l'habitude. Avant je trichais avec mes dextros. Je ne les faisais pas. C'est mon mari qui était là à me le rappeler. Quand je suis revenu à l'hôpital à Uturoa, ils ont vu mes taux et ils ont remarqué que ce n'était pas régulier. Comme je n'aimais pas ça, je faisais n'importe quoi. Ils m'ont dit qu'il y avait un risque pour le bébé. Que c'était à moi de voir. J'ai eu peur que mon bébé meure. Je me suis dit que s'il fallait rester à l'hôpital un ou deux mois, alors je restais. Je tiens le coup juste pour mon bébé. Une fois que j'aurai accouché, je veux qu'on me ligature. J'en ai assez."

ENTRETIEN #10

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : ≤ 25 ans	IMC : IMC 30 - 35	Prise de poids : > 10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "J'ai eu ma première prise de sang à la clinique Cardella [Clinique privée]. Ils m'ont dit que je n'arrivais pas à éliminer le sucre et que par conséquent, j'étais susceptible d'avoir le diabète. On m'a fait suivre par une diététicienne. Elle m'a envoyé à l'hôpital pour que j'apprenne à me piquer. C'est ici que j'ai su que j'avais le diabète."

Quelle a été ta réaction ?

- "Ça a été un choc. J'ai deux sœurs qui ont eu des enfants. Pendant leur grossesse, elles n'ont pas eu le diabète. Je suis un peu triste que ça tombe sur moi."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "C'est en rapport avec ce que je mange. Je ne mange pas beaucoup de ma'a mais par contre, j'aime les pâtisseries, les cochonneries..."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Avant la grossesse, je mangeais sainement. Je mangeais des légumes. Je mangeais aussi au McDonald's et aux roulottes* mais après, je me dépensais pour éliminer ce que j'avais mangé. En ce moment, je n'y arrive pas. J'ai tendance à continuer à manger. Mais comme je ne peux pas faire de sport, je n'arrive pas à éliminer. Ça m'embête. Non seulement, je prends du poids. Mais en plus j'ai le diabète."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je mange moins. On m'a donné un menu type et je m'efforce à respecter ce menu. C'est bien mais ça ne me cale pas beaucoup. Je suis obligée de dormir pour faire passer la faim."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui. Et puis je le dois."

Y-a-t-il des choses plus difficiles que d'autres ?

- "J'ai peur de tricher. Des fois j'ai faim. Comme je fais des pâtisseries, je suis vraiment tentée d'en manger quelques fois."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Je ne sais pas trop. La nourriture d'ici, ce n'est pas ce qui me tente le plus."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Il faut sensibiliser la population. Je ne sais pas comment l'expliquer. Déjà, ça marche avec les menus qu'on donne aux personnes qui sont atteints de diabète. Mais il faudrait encore plus sensibiliser les gens pour qu'ils respectent les menus et qu'ils mangent sainement. Il faudrait faire ce travail avant qu'ils aient le diabète."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "C'est dur. C'est dur d'avoir le diabète. Tu veux pas que ça arrive à ton bébé alors tu fais de ton mieux pour manger équilibré, pour faire du sport, de l'exercice, pour que toi tu sois en bonne santé et ton bébé aussi."

ENTRETIEN #11

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : > 35 ans	IMC : IMC 30 - 35	Prise de poids : < 5 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "Je sais déjà depuis quatre mois que j'ai un peu de diabète. Enfin un petit peu, c'est moi que le dit. On m'a dit que la limite à ne pas dépasser est 92 et j'avais 98. Il n'y avait que sur ce point-là que j'étais au-dessus. Les autres étaient normaux. Mon gynécologue m'a dit qu'il n'y avait pas trop à s'inquiéter, qu'il fallait juste que je fasse attention à mon alimentation, à ne pas manger entre les repas, faire des collations, ... Mais avant le test, j'avais triché un peu. Et ça s'est vu dans les résultats sanguins."

Quelle a été ta réaction ?

- "Je me suis dit que c'était rien. Mon gynécologue m'avait dit que ce n'était pas inquiétant. Si je continue à manger normalement, sans tricher et sans manger entre les repas, ça devrait aller. Mais depuis que j'ai fait la visite ici pour la première fois, le gynécologue m'a dit d'aller consulter un diabétologue."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je ne sais pas trop. Le sucre dans l'alimentation."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mangeais des biscuits. Beaucoup de biscuits. Et les jus aussi. J'en bois pas tant que ça. Quand je sens que c'est trop sucré, je préfère boire de l'eau. Même avant la grossesse. J'arrive pas à dépasser une dose de sucre parce que ça m'écœure. Sinon, je mangeais normalement et en quantité normale. J'ai des remontées gastriques donc j'essaie de ne pas trop manger. Et plus la grossesse avance, moins je mange. Je me sens bien."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je vais commencer là. Aujourd'hui, avec la diététicienne, on a regardé les façons de bien manger. J'ai découvert qu'il ne fallait pas mélanger le dessert avec le repas. Il faut les manger après et ça devient une collation. J'ai appris des choses aujourd'hui."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui. Ça va le faire. Les biscuits, je peux m'en passer. Je n'ai pas de fringale ou d'envie particulière. C'est plus de la gourmandise que de l'envie. Je mange normalement donc ça va le faire."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Je pense que c'est pareil pour tout le monde. Ça dépend surtout ce que tu manges : la quantité, plus ou moins sucré..."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- *"Pour l'instant, j'ai bien été renseignée depuis que je suis venue ici à l'hôpital. On m'a donné beaucoup d'exemple. On m'a montré comment se servir de l'appareil pour tester le sang pour le diabète. Si j'ai des soucis je peux toujours appeler. Pour l'instant je n'ai pas de demande particulière pour des choses en plus."*

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- *"Non je ne pense pas."*

ENTRETIEN #12

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité > 3
Âge : 31 - 35 ans	IMC : IMC > 35	Prise de poids : 5-10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant(s)	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Modérée	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "On l'a découvert en août (deux mois avant l'entretien) par une prise de sang."

Quelle a été ta réaction ?

- " Ça m'a démoralisé quand je l'ai appris. Je me suis dit qu'il fallait que je le fasse pour mon bébé. Mais je n'y arrive pas. J'ai tout le temps faim. Ingrid [diététicienne] me dit qu'il faut éliminer les boissons sucrées."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je pense que c'est à cause du sucre car je bois beaucoup de limonade."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mange de tout. Je bois surtout beaucoup de limonade et de soda. Pas trop de biscuits ou de Twisties. Je mange le ma'a comme d'habitude. Mais c'est surtout qu'à chaque repas, il me faut une bouteille de limonade, quelle que soit l'heure. Je mange un peu beaucoup."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "J'essaie de modifier mon alimentation. La limonade j'ai arrêté parce que mon mari ne veut plus que j'en bois depuis qu'il sait que c'est à cause du sucre qu'il y a dedans que j'ai du diabète. Bon après quand il y a du tamarin* chez la famille, je bois un verre quand même."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Il le faut. J'ai un bébé en bonne santé. Il ne faut pas que je pense qu'à moi. Comme je ne mange jamais à des heures régulières, quand j'ai faim, je mange. Je mange à tout temps. Je ne mange pas le matin, le midi et le soir comme nous conseille Ingrid. C'est difficile de s'adapter. À la maison, les autres ne le font pas non plus."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Vous voulez nous aider mais nous, les polynésiens, on ne sait pas faire l'effort. Moi on me conseille mais je ne fais pas l'effort parce que je n'ai pas envie. J'ai l'habitude de manger comme j'ai envie. Puis quand on découvre qu'on a une maladie, on regrette. On se dit qu'on aurait dû écouter."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "*Non.*"

ENTRETIEN #13

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambulatoire	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : 26 - 30 ans	IMC : IMC 25 - 30	Prise de poids : < 5 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari	Métier : Travail sédentaire
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

❖ Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "Avec l'eau sucrée »

Quelle a été ta réaction ?

- "Je m'y attendais un peu. Je mange trop de trucs sucrés. Je bois énormément de coca. C'est pire avec la grossesse. Ma maman est infirmière. Elle m'avait prévenue. Mais bon, j'ai faim alors je mangeais quand même."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "C'est à cause de ce que je mange et de ce que je bois. Surtout le coca."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mangeais que des conneries, du chocolat. Tout ce qui est sucré. Je mangeais des steaks aussi, de la soupe. C'est tout. Et du coca également."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je mange des biscottes avec du jambon le matin. Ensuite j'évite de manger. Mais les collations c'est difficile. Je mange, ensuite je mange des M&M's. Après je mange de nouveau. Je mange d'autres chocolats. Maintenant, j'ai arrêté les collations. Et j'ai diminué le coca. Je bois de l'eau."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui. Encore deux mois."

Est-ce que tu penses que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non je ne pense pas. Je ne mange pas trop de ma'a"

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?

- "Le problème, ce n'est pas vous. C'est nous. Vous donnez des exemples de repas. Vous nous suivez. Mais on n'écoute pas. J'essaie. Mais des fois, si j'ai envie de manger du chocolat, bah je mange du chocolat. Ça ne vient pas de vous."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Non. Ça ne fait qu'une semaine que je suis là. Je suis positive."

ENTRETIEN #14

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. obstétrique	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : 31 - 35 ans	IMC : IMC 25 - 30	Prise de poids : 5 - 10 kg
Lieu de vie : Tuamotu	Situation : Vit en famille	Métier : Travail physique
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Modérée	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

❖ Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "C'est un médecin qui me l'a annoncé."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'étais vraiment étonné. Lors de ma première grossesse, je n'en avais pas. Je ne m'y attendais pas."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je crois que cela vient des aliments."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Du chocolat, des biscuits. Je ne sais pas combien mais beaucoup trop. Deux ou trois paquets par jour. Je buvais des jus, pas d'eau. Que des conneries quoi. Et sinon, des trucs normaux."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Déjà, je ne bois plus de jus. Et puis le cadre de l'hôpital aide. Depuis que je suis là, j'ai perdu 2kg. Je suis passé de 83 kg à 81 kg. J'ai également changé la quantité de sucre que j'ajoute dans le Milo. Avant je mettais une cuillère à soupe. Maintenant je mets qu'une seule cuillère à café. Je mange également moins en portion. La diététicienne nous a appris à fractionner nos repas. Alors qu'avant, je ne mangeais que deux fois mais avec beaucoup de pains. On ne savait pas. On l'a appris ici."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Là c'est ma deuxième semaine ici. Je ne sais pas si je rentre chez moi. Mais si je rentre, ça va aller."

En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Je ne sais pas. On a tout ce qu'il faut à la maison pour faire des repas comme à l'hôpital."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "On ne connaît pas les risques pour le bébé. Quand le médecin nous a dit qu'il y avait un risque pour le cœur du bébé, j'ai compris. Vous pourriez peut-être faire des campagnes de prévention. A la TV, on nous dit parfois qu'il faut aller marcher, faire du sport. Mais c'est que lorsqu'on est confronté à la maladie qu'on prend conscience."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Non. J'ai plus des questions sur les résultats et les dextros."

ENTRETIEN #15

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. diabéto.	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : 26 - 30 ans	IMC : IMC 30 - 35	Prise de poids : < 5 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari	Métier : Travail physique
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "Je l'ai su il y a deux semaines lors d'une visite chez ma gynécologue. Elle m'a fait un bilan et elle a découvert que j'avais du diabète gestationnel."

Quelle a été ta réaction ?

- "Ça a été un peu un choc pour moi parce que je n'ai jamais eu une quelconque maladie. Je n'ai pas pris ça à la légère parce que ma mère adoptive et ma grand-mère ont aussi du diabète. Je m'attendais un peu à tout ça : l'insuline, les dextros, ... Je prends ça comme ça vient, au fur et à mesure."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "On me l'a dit mais j'ai oublié. Ça doit venir de la grossesse je pense parce qu'avant que je ne sois enceinte, je n'avais pas de diabète. J'ai fait le dépistage une fois mais on ne m'a jamais diagnostiqué. C'est peut-être à cause des hormones, de la grossesse. Et puis ça vient aussi de moi. J'ai tout le temps envie de manger des sucreries. On va pas trop accuser les hormones. Tout vient de moi. C'est une question d'alimentation aussi."

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Quand j'avais envie de manger du chocolat, j'en mangeais. Et puis ce n'était pas qu'un ou deux carrés. C'était souvent la moitié du paquet ! Je mangeais des sucreries. Quand j'ai su que j'étais enceinte, je me suis dit que j'allais peut-être arrêté. Mais j'ai continué mes habitudes. Le petit déjeuner, c'est pas trop copieux. Mais le midi et l'après-midi, j'ai envie de grignoter des petits trucs, par ci par là. Je mangeais que très rarement des légumes. Je mangeais beaucoup sucré : des pâtisseries, des gâteaux..."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Quand j'ai su que j'avais un début de diabète de grossesse, je me suis posée des questions. Je me suis dit qu'il fallait peut-être que je change mon alimentation et la façon dont je mange. Il fallait que j'équilibre un peu les repas. Jusqu'à présent, j'essaie. C'est difficile mais j'essaie."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ?

- "Oui, oui. Je vais tenir. L'envie de manger des sucreries, elle y est toujours. Quand je commence à manger un repas équilibré, je fais comme si c'étaient des gâteaux à la place."

En quoi le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Je dirais qu'il y a plus de tentation ici. T'es toute seule à faire un régime. Autour de toi, tu as ta famille. Mais eux ils mangent à leur faim. Donc forcément, tu es tentée. Heureusement, je suis toute

seule à la maison avec mon mari donc on essaie de s'y tenir. Pour toutes celles qui vivent en famille, c'est plus compliqué pour les repas. Nous quand on a su que j'avais du diabète, mon mari m'a accompagné. Bon après, s'il veut manger à sa faim, il peut mais il le fait quand je ne suis pas là. Il peut grignoter mais en cachette."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "Non ça va. Je suis satisfaite de ce qui se passe en ce moment. Je suis suivie par la diététicienne, un médecin, les infirmières. Je ne vois pas quoi demander de plus. Vous êtes tous là à nous aider mais après c'est aussi à nous de donner ce qu'on peut."

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Non ça va."

ENTRETIEN #16

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. diabéto.	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : < 25ans	IMC : IMC 25 - 30	Prise de poids : 5 – 10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit en famille	Métier : sans emploi
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- "c'est quand j'étais à Paea avec ma sage-femme, elle a vu que j'avais le diabète je crois en faisant l'échographie."

Quelle a été ta réaction ?

- "J'ai pensé que c'était grave ce truc là, mais elle m'a dit que non il fallait juste que j'évite de manger trop de sucre "

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " Je pense que ça vient de ma maman comme elle a eu le diabète de grossesse aussi quand elle est tombée enceinte. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- " Je mangeais beaucoup de conneries comme des Twisties, biscuits, bonbons, du jus... Et c'est tout. Je mangeais aussi du pain mais la plupart du temps je mangeais beaucoup de bordel. "

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je mange moins déjà de conneries, et les féculents ça va, ça passe. "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- "Oui. Il y a rien, ça me dérange pas de changer. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Rien du tout"

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "Je sais pas non. "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- " Non rien "

ENTRETIEN #17

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. diabéto.	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge : 25-30 ans	IMC : IMC 18-25	Prise de poids : < 5 kg
Lieu de vie : Tahiti Iti	Situation : Vit avec mari	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ? Quelle a été ta réaction ?**

- "Déjà il faut dire que je ne savais pas que ça existait, pour moi ça m'a fait comme un choc parce que je n'ai pas l'habitude d'avoir ce genre de maladie. Je savais ce que c'était qu'un vrai diabète mais je ne savais pas trop ce que c'était qu'un diabète gestationnel. Après on m'a expliqué comme ça marche et tout, c'est normal. Au niveau de l'alimentation ça a été difficile aussi. Déjà j'aime pas les piqûres du coup j'ai pas le choix parce que j'attends un enfant et ensuite au niveau de l'alimentation c'est pas facile mais on y arrive. "

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " Ça vient de ma grossesse. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Du poisson de lagon, des fois du steak, de la salade... Pas souvent de légumes parce que c'est cher. On essaye quand même de manger les trucs du coin mais à part ça pas trop... On mange surtout du poisson et des fois des fruits, des légumes pas souvent, de la viande et du poulet. Quoi d'autre ? Au niveau du sucre : ça c'est autre chose. Le chocolat, avant j'étais accro, moi et mon conjoint. Après on a essayé de changer même avant que je sache le diabète, on essayait de manger moins de trucs sucrés par exemple les biscuits secs, on n'achetait pas souvent pour mieux manger parce que franchement mon homme il adore ça donc si moi j'achète il ne va pas refuser. Niveau Nutella ça va, je ne mange pas trop, j'adore le chocolat pourtant alors que mon compagnon il attaque. "

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Là depuis que je sais que j'ai eu un diabète gestationnel on mange plus de légumes, de fruits. Au niveau de viande tout ça on achète plus de la viande fraîche. Je n'achète que des trucs frais, les saucisses, la viande... Que des trucs frais. "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- " Oui. C'est juste au niveau du dosage que c'est un peu compliqué pour moi. Ce n'est pas assez en fait... j'aime beaucoup mangé et comme je suis enceinte c'est encore pire. C'est le plus difficile. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Comme je disais pour les sous et les légumes chers : Nous les polynésiens on n'a pas trop les moyens. Nous ça va on habite à la presqu'île donc on a quelques fruits comparé à ceux qui habitent ici dans la ville c'est plus difficile"

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- " Déjà à la base il devrait y avoir des affiches pour les jeunes avant. Parce que franchement même moi je ne savais même pas que ça existait. Déjà ça peut être et parler un peu plus des alimentations... Je sais que vous [les médecins, les médias...] avez déjà dit pas mal mais il y a beaucoup de personnes en Polynésie qui n'écoutent pas. Après on ne nous parle pas trop des maladies qu'il peut y avoir après, les risques. On dit qu'il faut ne pas trop manger et faire du sport mais on ne sait pas trop pourquoi. "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Oui, au niveau de mon enfant. Pour moi quand j'ai su que j'avais un diabète gestationnel je pensais que c'était la fin et que mon bébé aussi il pouvait aussi attraper. Heureusement qu'on m'a bien expliqué parce que j'étais en mode panique."

ENTRETIEN #18

❖ Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. diabéto.	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : -25 ans	IMC : IMC >35	Prise de poids : Stable
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Modérée	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Oui	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

❖ Échange avec la patiente :**Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?**

- " C'est la sage-femme qui me l'a dit. Elle m'a ensuite donné un rendez-vous avec Ingrid [diététicienne], on a parlé et elle m'a prescrit une machine. J'ai commencé. On a vu que ça ne descendait pas et du coup j'ai été hospitalisée. "

Quelle a été ta réaction ?

- " Pas le choix ! Si je dois faire comme ça on fait comme ça. Si on me dit que je dois être hospitalisée et que moi je dis non et bien je joue avec la vie de mon bébé. Je ne m'y attendais pas par contre, c'était surprise mais ça va, je ne l'ai pas mal pris "

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " On m'a dit que c'est parce que j'étais enceinte et que dès que j'allais accoucher je n'aurais plus de diabète. Comme je n'ai jamais eu le vrai diabète avant.... "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- " Rien dans la journée. Je ne mangeais que le soir quand mon mari revenait du travail. On mangeait les trois repas de la journée en une fois. Il y a du riz, du pu 'a, du riz, du poulet petit pois, du riz. Il y a toujours du riz. Et des fois, on rajoute du pain. Il peut aussi y avoir un petit bol de Milo [marque de chocolat en poudre] à côté, pour bien compléter la journée. Le petit dej, le midi, le dîner. "

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- " Je prends note depuis que je suis arrivée, je garde les petites feuilles qu'il y a sur les plateaux pour mieux voir comment ça marche... Jusqu'au petit déjeuner où il faut manger que la moitié du pain, c'est bon je me suis habituée ça me suffit maintenant ce que je mange. "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- " Oui. Parce que je ne veux pas revenir alors on va tout faire pour. Le plus difficile je pense : ça va être les collations. Le matin, le pain avec le fromage ça va je peux mais après les autres... Comme des fois il y a des fruits : si jamais je veux une mangue et que je ne peux manger que la moitié de la mangue après... Moi je préfère manger la mangue entière même si elle est toute petite. J'ai deux pieds de mangue chez moi je sais que je mangerais tout. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- " Pour moi il n'y a pas de différence. J'essaye de m'adapter aux repas comme on fait ici. Il faut faire l'effort de pas manger que comme chez nous mais c'est possible. "

ENTRETIEN #19

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. diabéto.	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : 2-3
Âge : + 35 ans	IMC : IMC >35	Prise de poids : +10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Oui	Diabète familial : Non

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "En fait on m'avait demandé de faire le test de glucose, c'est ce que j'ai fait et ensuite je n'ai pas eu de nouvelle jusqu'au mois dernier où on m'a dit. C'est mon gynécologue qui m'a dit que j'avais du diabète de grossesse. "

Quelle a été ta réaction ?

"J'ai fait « Oh non une autre cochonnerie » parce que je dois gérer l'hyperthyroïdie et maintenant aussi le diabète, ça fait beaucoup trop"

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " Je ne sais pas. Je me suis dit que peut être que comme c'est une fille je suis attirée par le sucre. Mais même quand je ne mange pas j'ai mon taux qui est élevé... Je ne comprends pas. En fait, quand je dis le sucre, c'est plus les fruits qui m'attirent, c'est pas vraiment les cochonneries qui m'attirent comme les gâteaux tout ça... Bon là j'ai triché j'ai mangé des choux à la crème mais j'ai pas senti le sucre en fait, parce qu'il y a pas de sucre glace dessus il y a rien, c'est des petits choux à la crème comme ça. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "C'est comme tous les tahitiens ici. Je vais pas te mentir hein en fait la journée je mange pas. Je me sers juste un chocolat au lait et c'est pour toute la journée. Et ensuite je fais le repas pour tout le monde le soir. C'est pas le fait d'avoir la flemme de faire les repas, pas du tout, mais en fait j'ai pas le temps. Enfin je suis artisane mais bon, je suis pas à la maison ou je m'occupe de mon petit et parfois pendant les vacances je suis animatrice. Bah là j'ai raté un centre et je vais en rater un autre. Le repas du soir c'était du riz poulet petit pois ou du pain beurre avec fromage jambon et chocolat au lait, c'était pas des grosses quantités non plus. Moi si je mange pas dans la journée je me rattrape pas le soir, pour moi c'est un repas normal. Quand je disais comme les tahitiens avant c'est pas vrai, j'en ai vu qui mangea beaucoup le soir. Même là pendant la grossesse au début je rejetais tout ce que j'avalais, je tenais pas les aliments..."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "J'essaie de manger moins mais bon comme je suis attirée par les pâtes, le riz, les nouilles et surtout les fruits : kiwi ananas, melon, pastèque... Mais je savais pas que c'était si riche en glucose mais tu vois tout ce qui est pâtisserie et tout c'est très rare. Je vois un gâteau à la crème c'est pas ce qui m'attire, par contre un ananas... Oui ! "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- " Non. Le plus dur la nuit : si j'ai fini de manger vers 17-18h, à 20h je vais avoir envie de manger : une pomme, une poire. Ou bien ça m'arrive mais c'est rare aussi, d'ouvrir une boîte de fruits comme des pêches mais juste pour une et je remets la boîte au frigidaire. Les enfants ils finissent dans le frigidaire après. Ce sont vraiment les envies du moment. C'est pas des trucs où je dois manger un gros pot, ce sont des petites boîtes. Dans les fruits cocktail je vais manger que les raisins. Comme ici à la cafétéria ce qui m'attire ce sont les raisins en pot, pas les secs, ceux au rayon frais. Ou les pots de Délices. C'est tout. Les casseroles les gâteaux et tout ça non en fait. Le truc c'est qu'à la maison il y a les M&M's, les chocolats, c'est ça aussi. Par exemple quand je vais faire le chocolat au lait je vais rajouter le sucre : 4 à 5 cuillères. Mais tu sais ici j'ai l'impression que mon chocolat il est pas assez sucré. Même sinon la citronnade, ou les jus, ça aussi c'est du sucre. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- " En fait, ça vient de l'éducation qui est pas bonne. On nous a donné c'est habitude de manger bien. Et pour nous bien c'est excessif. Mais qu'à un seul repas. Si on doit me mettre avec une métropolitaine, elle va manger gastronomique alors que moi si je dois manger son assiette il va m'en falloir cinq assiettes pour que je sois rassasiée. Et puis l'habitude de manger le riz, le riz c'est tous les jours sauf s'il y a du pain beurré avec du chocolat au lait on peut s'en passer. On peut manger jusqu'à une baguette entière."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "Je sais pas... j'ai entendu la maman mardi qui disait qu'elle avait besoin d'aide pour son régime et tout, elle voulait se faire hospitaliser et moi pas du tout mais moi j'ai pleuré comme j'avais pas envie... Moi je sais que si on ne suit comme ça c'est parce que j'ai déjà perdu un bébé, celui-là et précieux et puis c'est une fille. C'est pour elle que je dois faire, mais après c'est dur. Si je vois du chocolat ou du jus je vais pas... je te dis j'ai mangé que ça, parce que c'est ça que je voulais. "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- " Non je crois que j'ai déjà pas mal parlé. "

ENTRETIEN #20

• Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diab.	Terme actuel : 2ème trimestre	Gestité : >3
Âge :- 25 ans	IMC : 30-35	Prise de poids : Perte (-2kg)
Lieu de vie : Tuamotus	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Modérée	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

• Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "J'avais fait la prise de sang de grossesse, suite à mes résultats on m'a dit qu'il y avait quelque chose d'anormal. Ensuite, à ma première échographie la sage-femme m'avait dit que j'avais du diabète de grossesse, mais que ce n'était pas grave c'est juste par rapport à ma grossesse."

Quelle a été ta réaction ?

- "Je me suis inquiétée quand même parce que c'était la première fois que quelque chose comme ça arrivait dans ma vie, les autres grossesses je n'avais pas eu ce soucis. Du coup j'avais pensé aux choses négatives : ça y est c'est fini, j'ai du diabète, quand je vais avoir fini d'accoucher ça va rester... La sage-femme m'a rassurée et m'a dit qu'il fallait que je me soigne. C'est plus par rapport à ma grossesse et le bébé mais après la grossesse ça va pas rester parce que c'est « digestif » mais quand même je suis pas rassurée pour le petit. Mais bon je sais qu'il faut que je traite alors je traite hein. J'étais d'accord et j'ai dit oui parce que j'avais peur"

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "Je pense que c'est avant de tomber enceinte : j'ai abusé sur les crêpes, et après je suis tombée enceinte. Je me suis dit que j'avais trop abusé des crêpes au nutella. C'était tout le mois de juillet. Parce que chez nous en juillet il y a le Heiva et j'ai abusé, je mangeais dans la semaine, le week end, la semaine d'après et je me suis posé la question... Mais j'ai prévenu la sage-femme et je lui ai dit que c'est de ma faute parce que j'ai pris trop de sucre, la limonade, les crêpes.. Voilà c'est ça. Je me suis sentie fautive tu sais. En plus mon mari s'est inquiété aussi... je lui ai expliqué que ça venait pas du bébé mais de moi, parce que je fais pas attention à ce que je mange..."

Avant ta découverte de diabète, comment était ton alimentation ?

- "Je mangeais plus de poisson parce que chez nous c'est ce qu'on a. C'est tous les jours poissons et riz, c'est pas varié. La limonade c'était que pendant le Heiva. Sinon du Faraoa ipo c'est une recette des Tuamotus à base de farine. On n'a pas trop le choix après, si il faut qu'on s'achète des légumes c'est pas facile, chez les commerçants c'est trop cher, sinon j'achète aux gens qui ont besoin d'argent et qui vendent ce qui vient de leur petit potager, ça j'achète pour les aider."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- " Je me suis dit que j'allais arrêter de manger. Juste parce que je voulais pas avoir un gros bébé, j'avais peur d'accoucher... En fait chez nous le petit déjeuner c'est le repas du soir qu'on mange le lendemain matin, si on n'a pas le Sao ou du pain, alors on mange le repas de la veille. Je ne me nourris plus de ça donc du Sao ou du pain s'il y en a. Ou sinon je mange pas. "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? Quel est le plus difficile ?

- " Oui quand j'ai regardé le repas de midi et du soir, bon les petits dej aussi, je me suis dit que pour les petits dej ça va pas être un soucis parce que taote m'a demandé si je mangeais les collations chez moi et j'ai dit non, parce qu'en fait j'arrivais pas, mais par contre faire matin midi et soir j'arrive. Ici j'avais regardé un peu le repas du midi et du soir que c'est la même quantité qu'à la maison. C'est juste que c'est différent mais la quantité ça va. Les légumes il faudra que je prenne les surgelés ou les conserves et ça ira pour l'argent "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- " Juste pour les légumes. Mais c'est faisable."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- " Non... "

ENTRETIEN #21

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Obst.	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : >3
Âge :- 25 ans	IMC : >35	Prise de poids : 5-10kg
Lieu de vie : Marquises	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "C'était il y a une semaine, c'est le gynéco qui m'a dit en arrivant ici. "

Quelle a été ta réaction ?

"De toute façon c'est pareil. Je m'y attendais pas mais bon maintenant que c'est là"

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " C'est à cause de la grossesse et des hormones. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je mange beaucoup de poissons mais pas comme ici. Ici c'est varié mais chez moi non. Poissons, poulet, riz, des pâtes. Pas de sucrerie, c'était plus pendant les autres grossesses."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Pas trop. C'est les collations en plus, mais ça va, je fais comme on dit. "

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- " Oui je pense que ça ira, il n'y a rien de difficile."

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Non "

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- " Des réunions pour dire qu'on mange moins, je pense que c'est surtout psychologique. Moi ça va je n'étais pas une grosse mangeuse."

ENTRETIEN #22

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diab	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : 2-3
Âge :- 25 ans	IMC : 30-35	Prise de poids : Perte (-19kg)
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Actif	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Régime seul
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- " Ça a été quelque chose hein... Je suis quelqu'un qui aime bien manger tout ce qui est gras mais pas tout ce qui sucré, j'aime pas ça. Dans les anciennes prises de sang il y avait pas de diabète, aucun diabète. Et là à la fin de la grossesse : le diabète."

Quelle a été ta réaction ?

"Depuis qu'on m'a fait ma piqure et ensuite qu'on m'a donné les résultats c'est là que j'ai été choquée qu'on me dise que j'ai le diabète. Je m'y attendais pas."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " Non. Je sais pas d'où ça vient, je bois pas tout ce qui est soda jus limonade, je bois beaucoup d'eau. Et après je réfléchis à tout ça et je vois pas d'où ça vient ce truc-là. Je sais pas mon papa il est pas diabétique, ma maman non plus "

Avant ta découverte de diabète, quelle était ton alimentation ?

- "Du poulet au légumes, de la salade, tout ce que je mange d'habitude... Des lentilles, du riz. Tout ce qui est féculents quoi. C'est ce que je trouve facilement."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- « Je ne mange pas comme j'ai l'habitude. C'est un morceau de pain, un fromage, c'est pas deux ou trois, c'est un seul pain. C'est moins. J'ai tout le temps très faim."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- " Non parce que mon gynécologue, celui qui fait l'échographie, il m'a dit que depuis que j'ai eu ça, mes deux bébés commencent à devenir petits, c'est pas lui qui va faire effet pour aider les deux à grandir... Comme j'ai peu de nourriture dans moi, c'est pour ça que j'ai tout le temps faim, ça grogne le ventre. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- " Ça a beaucoup changé. Quand mon mari et mes deux enfants mangent ils mangent d'abord eux... On mange plus ensemble en famille ensemble comme avant. Mon mari et mes enfants ils savent que je peux pas manger comme eux, ils ont le respect. Moi je mange mes trucs à moi de mon côté. C'est mieux. Niveau financier c'est difficile pour trouver les légumes, y a que les papayes à la maison. Les légumes je n'ai pas grand-chose, c'est les féculents que je trouve, parce que je pourrais en acheter sur le bord de la route les légumes mais j'ai peur qu'ils soient pas bons pour moi... je préfère manger que mes papayes à moi."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "*Je ne sais pas.* "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "*Je ne crois pas.*"

ENTRETIEN #23

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diab	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Primigeste
Âge :- 25 ans	IMC : 25-30	Prise de poids : >10 kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Sevré	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ? Quelle a été ta réaction ?

- " Ça m'a fait un choc parce que je sais pas ce que c'est. Ma maman aussi a le diabète, j'ai eu ses résultats mais d'après les médecins elle, elle arrive à gérer son diabète sans insuline, ça descend. Et moi quand j'ai vu qu'il fallait que j'aie de l'insuline, quand ils m'ont annoncé la nouvelle, avant de me dire que bébé n'était pas en danger, je me suis dit que c'était fini et en fait non, ça va. Il faut faire attention parce que sinon oui ça peut atteindre la santé du bébé à l'accouchement et tout. Du coup voilà."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "De ma nourriture, de ce que je mangeais avant. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "C'était comme tous les jours c'est ça qui est bizarre parce qu'avant d'être enceinte, je mangeais comme là mais je n'avais pas grossi car je faisais beaucoup de sport, mais là depuis que je suis enceinte je fais moins de sport, je marche moins aussi et j'étais souvent assise et allongée... c'est ça qui m'a fait grossir. Je mangeais des lentilles, du café pain beurre... mais je mangeais en quantité surtout et ça c'est pas bien. Et puis je mangeais tahitien quoi, ce qu'on mange nous ici tu sais : uru, pu 'a... les trucs comme ça. Et à un moment donné aussi... comment on dit ça, les envies de grossesse, et bien moi mon envie c'était la glace italienne, tout le temps envie... et les TimTam aussi. Avant j'aimais pas ça et maintenant j'ai trouvé une passion pour ça. Ceci dit j'aime bien les tomates aussi maintenant."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "La quantité. Mais ça me cale quand même les plats ici [en hospitalisation], la collation, ça compense. Et c'est bien comme ça me fait perdre du poids aussi."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? Quel est le plus difficile ?

- " Oui, dans ma tête c'est pour mon bébé. Je vais moins manger c'est sur et je vais faire attention aux cochonneries. Le plus compliqué ce sera de voir les autres manger et de sentir la nourriture. Mon copain me suit aussi dans la diet parce qu'il a pris beaucoup de poids et du coup on est au régime tous les deux. On est famille nombreuses, 11 à la maison. Le bruit c'est dur mais je me suis habituée. C'est vrai que ça peut faire peur pour les repas parce que souvent plus on est nombreux plus on mange mais chez nous ça va, on mange surtout des lentilles. Il y en a qui mangent roulottes, chinois... mais nous on n'a pas tous les moyens de le faire donc on fait des lentilles en quantités et ça suffit. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- *“ Le fait d'être en famille et de manger roulottes comme je te disais. Ma maman comme elle a le diabète aussi elle est forcée de manger de la salade mais pour les autres c'est un ma'a pour tout le monde donc si tu sais pas tu fais pas le régime. La grande sœur de mon chéri elle est obèse et elle fait régime aussi et je suis impressionnée ça marche. La grand-mère aussi est malade et est obligée de perdre du poids. Il y a beaucoup de gens qui doivent faire ça. Pour l'argent ça dépend des gens, les ma'a en quantité avec les lentilles c'est pas cher, pour le reste nous on fait chacun avec ses économies. On donne un peu aux autres pour faire le ma'a du soir. ”.*

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- *"J'avais pas compris les choses. Ma belle sœur était enceinte de jumeaux et d'un coup elle les a perdu car ils ne grandissaient pas. Et moi j'ai eu peur avec le diabète pour mon bébé. On connaît pas les complications qu'on peut avoir. "*

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- *"Non"*

ENTRETIEN #24

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Suivi ambu	Terme actuel : 1er trimestre	Gestité : Gestité 2-3
Âge : >35 ans	IMC : >35	Prise de poids : <5kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit en famille	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Régime
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ?

- "C'est ma sage-femme qui m'a prévenu, on a fait ensuite les prises de sang et elle m'a appelé pour me dire que j'avais le diabète de grossesse."

Quelle a été ta réaction ?

"Je me suis demandé comme ça se fait a que j'en avais là alors que j'en ai jamais eu avant."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " De la nourriture, du sucre. "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Le ma'a, les féculents, c'est assez rare que je mange les trucs vraiment sucrés. J'en bois et j'en mange mais pas tous les jours. Bon s'il y en a je mange mais s'il n'y en a pas : je n'en mange pas, même les fruits et es légumes c'est rare. C'est surtout les féculents, c'est facile à trouver, les pâtes le riz, les patates. Mais sinon il faut de l'argent et comme la plupart à la maison on ne travaille pas, donc on mange pas ça."

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "Je commence tout juste le suivi avec les consultations des diététiciennes et l'infirmière pour les dextros. Mais à partir de maintenant je vais faire sérieusement."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- "Oui je pense. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "En rien..."

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- "Je sais pas encore... "

ENTRETIEN #25

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diab	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité 2
Âge : 25-30 ans	IMC : 18-25	Prise de poids : 5-10kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari	Métier : Sans emploi
Tabagisme : Non	Activités physiques : Sédentaire	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Non	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Oui

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ? Quelle a été ta réaction ?

"Comme c'est gestationnel je suis pas inquiète... C'est Violaine qui m'a dit la semaine dernière suite. Comme ça s'en va après ça va j'accepte."

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- "C'est du côté de ma maman, c'est dans les gènes "

Avant ta découverte de diabète, comment mangeais-tu ?

- "Je ne mangeais pas du tout en fait, parce que je n'arrivais pas à manger. Mais je ne sais pas comment dire... Je n'arrivais pas à manger, je n'arrivais pas le ma'a, juste les Sao, dès les premières semaines de la grossesse. Avant je mangeais comme tout le monde, je mangeais de tout, plus de légumes. "

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- "La première semaine c'était encore dur mais là j'ai commencé à vraiment modifier. C'est les quantités surtout comme déjà je trouve que je ne mange pas beaucoup. Tu vois on m'interdit de manger le riz et tout et c'est ce que moi je mange. On me dit de tout changer, c'est un peu dur mais ça va."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- "Il faut que je tienne. Je vais manger que des légumes et de la soupe, ça va être facile. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- " Alors là... Je sais pas du tout. "

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- " Il faut manger que de la soupe aux légumes, c'est surtout le soir que c'est pas facile. Tout le monde mange le repas normal mais nous on fait à part. Pour moi il faut juste mettre ça en tête et après c'est bon "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- "Non pas vraiment, c'est que le début en fait... "

ENTRETIEN #26

- Caractéristiques de la patiente :

Type de suivi : Hospit. Diab	Terme actuel : 3ème trimestre	Gestité : Gestité >3
Âge : 31-35 ans	IMC : 30-35	Prise de poids : 5-10kg
Lieu de vie : Tahiti Nui	Situation : Vit avec mari et enfant	Métier : Travail Physique
Tabagisme : Oui	Activités physiques : Sportive	Prise en charge : Insuline
Antécédent DG : Oui	Autres antécédents : Non	Diabète familial : Non

- Échange avec la patiente :

Peux-tu me raconter comment s'est passé ta découverte de diabète ? Quelle a été ta réaction ?

- "C'est la 2ème grossesse : ça m'a énervé au fait, pour la première fois, la 3ème grossesse c'était mon premier DG et là la 4ème grossesse c'est mon 2ème DG. Donc du coup c'était un peu soulant pour moi pour la 2ème fois, la première ça avait été j'avais bien guéri, mais là quand c'est arrivé j'ai pas eu envie. Je pensais que ça allait se calmer et là on m'a de nouveau dit que j'étais en DG... J'aurais voulu que ça ne revienne pas"

Selon toi, d'où vient ton diabète ?

- " Je sais que c'est dû à ce que je mange, ça reste pas dans mon corps ça va directement dans le cordon du petit."

Avant ta découverte de diabète, comment était ton alimentation ?

- " En général je mange de tout : tout ce qui est fruits de mer, légumes, tout ce qui fait partie de la terre. Mais je mange beaucoup. En grande quantité mais je maintenais mon poids normal. Avec le diabète de grossesse j'ai plus faim que d'habitude, ça me donne plus envie de manger que d'habitude"

Qu'est-ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?

- " C'est la quantité. Avec cette grossesse-là surtout c'était plus difficile que celle d'avant."

Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? c'est quoi le plus difficile ?

- "Non même pas... je termine de manger, je fais mon dextro et 3 minutes plus tard j'ai encore faim. C'est pas que de l'envie, c'est vraiment de la faim. Quand j'ai vraiment faim je sens la petite qui tape dans mon ventre, elle a faim aussi, du coup je mange et quand je mange on est calme. Ça m'arrive de m'inquiéter de la façon dont je mange, je pense à elle en fin de compte. J'ai peur que quelque chose lui arrive pendant la grossesse, et on ne sait jamais ce qui se passe à l'accouchement. J'ai une amie qui a perdu son enfant, elle a du diabète aussi comme moi et c'est la 2ème fois qu'elle perd son enfant. Vu que je l'ai vu comme ça, on était enceinte en même temps et elle a accouché qu'après moi, donc du coup l'enfant est né gros et quelques jours plus tard il est décédé. Moi j'ai eu de la chance d'avoir mon bébé. Par rapport à celle-là j'ai du mal à gérer ma quantité de repas et ça inquiète quand même. "

En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?

- "Moi je suis des Australes, c'est différent d'ici. C'est pas la même vie, pas le même mode de vie. Ici il faut vraiment avoir de l'argent pour acheter à manger, et si tu as pas d'argent tu manges pas tout ce qu'il faut. Alors que chez nous aux Australes tu as tout ce qu'il faut sur la terre. Par contre

la différence dans les îles c'est que nous on travaille beaucoup, alors qu'ici non, ils sont tout le temps en pause, et ils mangent plus. Et s'ils ont pas de sous pour faire les courses ils achètent ou ils demandent à manger et c'est des casse croûtes. Je suis ici à cause de mon travail mais j'ai dit à mon mari que quand je serai à la retraite je veux rentrer chez moi. "

As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour aider les femmes qui ont du diabète gestationnel ?

- " Dans mon cas à moi, en fin de compte, le seul défaut ici c'est qu'on est là et on fait des exercices et c'est bien, mais on nous demande plusieurs fois de manger des légumes mais il y a des femmes enceintes qui ne peuvent pas car il faut avoir de l'argent. Il faut s'adapter à la mentalité et à notre vie. Par rapport aux îliens et les gens ici c'est pas pareil, nous on est adaptables mais ceux à Papeete ils ont tellement l'habitude de manger de la viande steak frites que c'est plus dur... Mais j'ai pas d'idée, de moyens de faire, peut être des exercices... On pourrait aussi faire de l'exercice, comme du vélos tous ensemble. Des jeux pour les enfants aussi, mais comme à Halloween où ils cherchent des bonbons ou du chocolat mais les légumes ou les fruits. Les femmes hospitalisées quand on ne fait rien ce serait bien qu'on puisse faire du vélo quelque part de climatisé. "

As-tu des choses à rajouter ? Tu as des questions ? Des inquiétudes ?

- " Ah, surtout le traitement... Les insulines c'est soulant. Ça va pour l'instant mais on verra quand 3 mois quand j'aurais accouché pour surveiller... J'ai pas vraiment envie que ça reste derrière. Je me fais déjà suivre comme il y a la maladie d'Alport dans la famille mais je voudrais pas le diabète en plus, ce serait pas terrible."

Annexe C : Caractéristiques des patientes

TYPE DE SUIVI		
Suivi ambulatoire	8	30,8%
Hospitalisation diabète	14	53,8%
Hospitalisation obstétrique	4	15,4%

GESTITÉ		
Primigeste	7	26,9%
Gestité 2-3	10	38,5%
Gestité > 3	9	34,6%

ANTÉCÉDENT DIABÈTE GESTATIONNEL		
Non	21	80,8%
Oui	5	19,2%

AUTRES ANTÉCÉDENTS		
Non	22	84,6%
HTA	1	3,8%
Cholestérol	0	0,0%
Autres	3	11,5%

LIEU DE VIE		
Tahiti Nui	16	61,5%
Tahiti Iti	2	7,7%
Îles de la Société	3	11,5%
Tuamotus	2	7,7%
Marquises	2	7,7%
Australes	1	3,8%
Gambiers	0	0,0%

PRISE EN CHARGE		
Régime seul	15	57,7%
ADO	0	0,0%
Insuline	11	42,3%

TERME ACTUEL		
1er trimestre	3	11,5%
2ème trimestre	9	34,6%
3ème trimestre	14	53,8%

DIABÈTE FAMILIAL		
Oui	18	69,2%
Non	8	30,8%

TABAGISME		
Non	9	34,6%
Sevré	8	30,8%
Actif	9	34,6%

SITUATION		
Vit seule	0	0,0%
Vit avec mari	5	19,2%
Vit avec mari et enfant(s)	13	50,0%
Vit en famille	8	30,8%

ÂGE		
- 25 ans	9	34,6%
26-30 ans	6	23,1%
31-35 ans	6	23,1%
+ 35 ans	5	19,2%

IMC		
IMC < 18	0	0,0%
IMC 18-25	2	7,7%
IMC 25-30	7	26,9%
IMC 30-35	9	34,6%
IMC > 35	8	30,8%

PRISE DE POIDS (1er trimestre)		
Perte de poids	4	15,4%
Stable	2	7,7%
- 5 kg	5	19,2%
5-10 kg	11	42,3%
+ 10 kg	4	15,4%

ACTIVITÉS PHYSIQUES		
Sportive	8	30,8%
Modérée	6	23,1%
Sédentaire	12	46,2%

MÉTIER		
Sans emploi	16	61,5%
Travail physique	5	19,2%
Travail sédentaire	5	19,2%

Annexe D : Informations brutes d'analyse In Vivo

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
<u>Alimentation avant DG :</u> <u>Raconte-moi ce qu'était ton</u> <u>alimentation avant la</u> <u>découverte de ton diabète :</u> Question posée clairement donc autant de réponses que d'entretien. = 26	1- « Je mangeais sans être équilibré. Je mangeais sans penser comme on me l'explique en ce moment. Je mangeais comme d'habitude. Plus que maintenant. » 2- « Spaghettis, pua 'a rôti. Que des trucs gras et huileux. En grandes quantités : l'assiette entière avec la montagne. » 3- « Je mangeais comme d'habitude. Mais je faisais du sport à côté, ça allait. » 4- « Je mangeais beaucoup de légumes et de fruits. Un peu de ma'a* aussi mais je mangeais plutôt les légumes et les fruits. » " 5- « Oh là là ! Je mangeais n'importe quoi : des trucs sucrés, des conneries, des Twisties, des chocolats... J'étais attirée par ça. Je mangeais pas de légumes. » 6- « C'était beaucoup de cochonneries. Beaucoup de jus. Et puis il y a aussi beaucoup de ma'a local. Et dans ce ma'a, il y a beaucoup de sucres aussi. » 7- « Tout ce qui est pâtisseries, limonades, tout ça... J'en mangeais vraiment beaucoup. Plein de conneries. Je mange pas trop de ma'a. J'aime bien mais c'est rare. Je mange de tout sinon. » 8- « Je mangeais matin, midi et soir. Des repas normaux. Je restais sur une assiette. Je ne me ressers pas. Je ne fais pas d'assiette montagne. Je mangeais varié, un peu de tout. » 9- « Je mangeais comme d'habitude : l'après-midi et le soir. Pas trop le matin. Je buvais juste un café avant d'aller au travail. Mais l'après-midi, je mangeais de tout sans surveiller ce que j'avalais. On sait que ce n'est pas bien de trop manger. Surtout pour aller faire quoi après ? Dormir ? Ça ne dépense même pas ! Je mangeais trop. Et surtout des trucs sucrés. Des gâteaux au chocolat et plein d'autres trucs. Même si j'ai bien mangé, j'aime bien grignoter à côté. Je vais acheter des biscuits au chocolat. J les cache et je les mange après. Mon mari, il me dit que c'est pas bon, que je vais finir avec le diabète. Comme moi je ne fais pas attention, et bien il a raison. Sinon il y a le ma'a. Moi je n'aime que le taro, pas la totalité du ma'a. Mais ici, quand tu cuis le taro, tu mets toujours du sucre dans l'eau. Alors que tu n'en as pas besoin. Il y a déjà du sucre dedans. » 10- « Je ne mange pas beaucoup de ma'a mais par contre, j'aime les pâtisseries, les cochonneries... Avant la grossesse, je mangeais sainement. Je mangeais des légumes. Je mangeais aussi au McDonald's et aux roulottes mais après, je me dépensais pour éliminer ce que j'avais mangé. En ce moment, je n'y arrive pas. J'ai tendance à continuer à manger. Mais comme je ne peux pas faire de sport, je n'arrive pas à éliminer. Ça m'embête. Non seulement, je prends du poids. » 11- « Je mangeais des biscuits. Beaucoup de biscuits. Et les jus aussi. J'en bois pas tant que ça. Quand je sens que c'est trop sucré, je préfère boire de l'eau. Même avant la grossesse. J'arrive pas à dépasser une dose de sucre parce que ça m'écœure. Sinon, je mangeais normalement et en quantité normale. J'ai des remontées gastriques donc j'essaie de ne pas trop manger. Et plus la grossesse avance, moins je mange. Je me sens bien. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	12- « Je mange de tout. Je bois surtout beaucoup de limonade et de soda. Pas trop de biscuits ou de Twisties. Je mange le ma'a comme d'habitude. Mais c'est surtout qu'à chaque repas, il me faut une bouteille de limonade, quelle que soit l'heure. Je mange un peu beaucoup. » 13- « Je mangeais que des conneries, du chocolat. Tout ce qui est sucré. Je mangeais des steaks aussi, de la soupe. C'est tout. Et du coca également » 14- « Du chocolat, des biscuits. Je ne sais pas combien mais beaucoup trop. Deux ou trois paquets par jour. Je buvais des jus, pas d'eau. Que des conneries quoi. Et sinon, des trucs normaux. » 15- « Quand j'avais envie de manger du chocolat, j'en mangeais. Et puis ce n'était pas qu'un ou deux carrés. C'était souvent la moitié du paquet ! Je mangeais des sucreries. Quand j'ai su que j'étais enceinte, je me suis dit que j'allais peut-être arrêter. Mais j'ai continué mes habitudes. Le petit déjeuner, c'est pas trop copieux. Mais le midi et l'après-midi, j'ai envie de grignoter des petits trucs, par ci par là. Je mangeais que très rarement des légumes. Je mangeais beaucoup sucré : des pâtisseries, des gâteaux... » 16- « Je mangeais beaucoup de conneries comme des Twisties, biscuits, bonbons, du jus... Et c'est tout. Je mangeais aussi du pain mais la plupart du temps je mangeais beaucoup de bordel. » 17- « Du poisson de lagon, des fois du steak, de la salade... Pas souvent de légumes parce que c'est cher. On essaye quand même de manger les trucs du coin mais à part ça pas trop... On mange surtout du poisson et des fois des fruits, des légumes pas souvent, de la viande et du poulet. Quoi d'autre ? Au niveau du sucre : ça c'est autre chose. Le chocolat, avant j'étais accro, moi et mon conjoint. Après on a essayé de changer même avant que je sache le diabète, on essayait de manger moins de trucs sucrés par exemple les biscuits secs, on n'achetait pas souvent pour mieux manger parce que franchement mon homme il adore ça donc si moi j'achète il ne va pas refuser. Niveau Nutella ça va, je ne mange pas trop, j'adore le chocolat pourtant alors que mon compagnon il attaque. » 18- « Rien dans la journée. Je ne mangeais que le soir quand mon mari revenait du travail. On mangeait les trois repas de la journée en une fois. Il y a du riz, du pua 'a, du riz, du poulet petit pois, du riz. Il y a toujours du riz. Et des fois, on rajoute du pain. Il peut aussi y avoir un petit bol de Milo à côté, pour bien compléter la journée. Le petit dej, le midi, le dîner. » 19- « C'est comme tous les tahitiens ici. Je vais pas te mentir hein en fait la journée je mange pas. Je me sers juste un chocolat au lait et c'est pour toute la journée. Et ensuite je fais le repas pour tout le monde le soir. C'est pas le fait d'avoir la flemme de faire les repas, pas du tout, mais en fait j'ai pas le temps. Le repas du soir c'était du riz poulet petit pois ou du pain beurré avec fromage jambon et chocolat au lait, c'était pas des grosses quantités non plus. Moi si je mange pas dans la journée je me rattrape pas le soir, pour moi c'est un repas normal. » 20- « Je mangeais plus de poisson parce que chez nous c'est ce qu'on a. C'est tous les jours poissons et riz, c'est pas varié. La limonade c'était que pendant le Heiva. Sinon du Faraoa ipo c'est une recette des Tuamotus à base de farine. On a pas trop le choix après, si il faut qu'on s'achète des légumes c'est pas facile, chez les commerçants c'est trop cher,

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	<i>sinon j'achète aux gens qui ont besoin d'argent et qui vendent ce qui vient de leur petit potager, ça j'achète pour les aider. »</i> 21- <i>« Je mange beaucoup de poissons mais pas comme ici. Ici c'est varié mais chez moi non. Poissons, poulet, riz, des pâtes. Pas de sucrerie, c'était plus pendant les autres grossesses. »</i> 22- <i>« Du poulet au légumes, de la salade, tout ce que je mange d'habitude... Des lentilles, du riz. Tout ce qui est féculents quoi. C'est ce que je trouve facilement. »</i> 23- <i>« Avant d'être enceinte, je mangeais comme là mais je n'avais pas grossi car je faisais beaucoup de sport, mais là depuis que je suis enceinte je fais moins de sport, je marche moins aussi et j'étais souvent assise et allongée... c'est ça qui m'a fait grossir. Je mangeais des lentilles, du café pain beurre... mais je mangeais en quantité surtout et ça c'est pas bien. Et puis je mangeais tahitien quoi, ce qu'on mange nous ici tu sais : uru, pua 'a... les trucs comme ça. Et à un moment donné aussi... comment on dit ça, les envies de grossesse, et bien moi mon envie c'était la glace italienne, tout le temps envie... Et les TimTam aussi. Avant j'aimais pas ça et maintenant j'ai trouvé une passion pour ça. Ceci dit j'aime bien les tomates aussi maintenant. »</i> 24- <i>« Le ma'a, les féculents, c'est assez rare que je mange les trucs vraiment sucrés. J'en bois et j'en mange mais pas tous les jours. Bon s'il y en a je mange mais s'il n'y en a pas : je n'en mange pas, même les fruits et les légumes c'est rare. C'est surtout les féculents, c'est facile à trouver, les pâtes le riz, les patates. Mais sinon il faut de l'argent et comme la plupart à la maison on ne travaille pas, donc on mange pas ça. »</i> 25- <i>« Je n'arrivais pas à manger, je n'arrivais pas le ma'a, juste les Sao, dès les premières semaines de la grossesse. Avant je mangeais comme tout le monde, je mangeais de tout, plus de légumes. »</i> 26- <i>« En général je mange de tout : tout ce qui est fruits de mer, légumes, tout ce qui fait partie de la terre. Mais je mange beaucoup. En grande quantité mais je maintenais mon poids normal. Avec le diabète de grossesse j'ai plus faim que d'habitude, ça me donne plus envie de manger que d'habitude... »</i>
<u>Alimentation pendant DG : Qu'est ce qui a changé dans ton alimentation depuis la découverte de ton diabète ?</u>	1- <i>« La quantité surtout. Les collations, le pain aussi... C'est difficile mais ça va. Je fais comme on me dit de faire à l'hôpital. »</i> 2- <i>« Depuis que je suis venue ici, j'ai réfléchi qu'il ne fallait pas trop manger. »</i> 3- <i>« Je ne vais plus manger au McDonald's. Je ne prends plus de limonade. Par contre, je n'arrive pas à manger que 10 cm de pain comme on me l'a dit. J'en mange plus. »</i> 4- <i>« Depuis que je suis hospitalisé, je prends un café le matin, des collations. »</i> 5- <i>« Je mange beaucoup de légumes. Pas de sucre, pas de sel. C'est dur. Mais bon, je vais faire avec. »</i> 6- <i>« J'ai arrêté tout ce qui était sucré. Le ma'a local, c'est rare que j'en mange. Il y a que le riz que je n'arrive pas à supprimer. Le pain également j'ai supprimé. Je ne mange plus de pain blanc. Les sucreries j'ai arrêté aussi. Enfin là, j'en ai mangé un peu ces derniers temps. Je me suis que j'allais bientôt accoucher. J'ai un peu craqué. »</i> 7- <i>« Ici je mange moins qu'à la maison. Je mange aussi plus de légumes à la maison. J'ai arrêté les pâtisseries et le sucre quand j'ai su pour le diabète. »</i>

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	8- « Depuis que j'ai su que j'avais ce diabète gestationnel, j'ai éliminé tout ce qui était sucre. Dans le café le matin, le coca... J'ai tout arrêté. En revanche, j'ai pas tellement changé sur les repas (déjeuner et dîner). » 9- « Je mange que ce qu'on me donne. Quand j'étais à Raiatea, ce n'était pas évident. Je n'aimais pas les repas qu'ils m'apportaient. J'étais là-bas à les insulter alors qu'ils sont là pour m'aider. Ici, j'ai pris l'habitude. Je mange ce qu'on m'amène. » 10- « Je mange moins. On m'a donné un menu type et je m'efforce à respecter ce menu. C'est bien mais ça ne me cale pas beaucoup. Je suis obligée de dormir pour faire passer la faim. » 11- « Aujourd'hui, avec la diététicienne, on a regardé les façons de bien manger. J'ai découvert qu'il ne fallait pas mélanger le dessert avec le repas. Il faut les manger après et ça devient une collation. J'ai appris des choses aujourd'hui. » 12- « J'essaie de modifier mon alimentation. La limonade j'ai arrêté parce que mon mari ne veut plus que j'en boive depuis qu'il sait que c'est à cause du sucre qu'il y a dedans que j'ai du diabète. Bon après quand il y a du tamarin chez la famille, je bois un verre quand même. » 13- « Je mange des biscottes avec du jambon le matin. Ensuite j'évite de manger. Mais les collations c'est difficile. Je mange, ensuite je mange des M&M's. Après je mange de nouveau. Je mange d'autres chocolats. Maintenant, j'ai arrêté les collations. Et j'ai diminué le coca. Je bois de l'eau. » 14- « Déjà, je ne bois plus de jus. Et puis le cadre de l'hôpital aide. Depuis que je suis là, j'ai perdu 2kg. Je suis passé de 83kg à 81 kg. J'ai également changé la quantité de sucre que j'ajoute dans le Milo*. Avant je mettais une cuillère à soupe. Maintenant je mets qu'une seule cuillère à café. Je mange également moins en portion. La diététicienne nous a appris à fractionner nos repas. Alors qu'avant, je ne mangeais que deux fois mais avec beaucoup de pains. On ne savait pas. On l'a appris ici. » 15- « Quand j'ai su que j'avais un début de diabète de grossesse, je me suis posée des questions. Je me suis dit qu'il fallait peut-être que je change mon alimentation et la façon dont je mange. Il fallait que j'équilibre un peu les repas. Jusqu'à présent, j'essaie. C'est difficile mais j'essaie. » 16- « Je mange moins déjà de conneries, et les féculents ça va, ça passe. » 17- « Là depuis que je sais que j'ai eu un diabète gestationnel on mange plus de légumes, de fruits. Au niveau de viande tout ça on achète plus de la viande fraîche. Je n'achète que des trucs frais, les saucisses, la viande... Que des trucs frais. » 18- « Je prends note depuis que je suis arrivée, je garde les petites feuilles qu'il y a sur les plateaux pour mieux voir comment ça marche. Jusqu'au petit déjeuner où il faut manger que la moitié du pain, c'est bon je me suis habituée ça me suffit maintenant ce que je mange. » 19- « J'essaie de manger moins mais bon comme je suis attirée par les pâtes, le riz, les nouilles et surtout les fruits : kiwi ananas, melon, pastèque... » 20- « Je me suis dit que j'allais arrêter de manger. Juste parce que je voulais pas avoir un gros bébé, j'avais peur d'accoucher... En fait chez nous le petit déjeuner c'est le repas du soir qu'on mange le lendemain matin, si on n'a pas le Sao ou du pain, alors on mange le repas de la veille. Je ne me nourris plus de ça donc du Sao ou du pain s'il y en a. Ou sinon je mange pas. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	21- « C'est les collations en plus, mais ça va, je fais comme on dit. » 22- « Je mange pas comme j'ai l'habitude. C'est un morceau de pain, un fromage, c'est pas deux ou trois, c'est un seul pain. C'est moins. J'ai tout le temps très faim. » 23- « La quantité. Mais ça me cale quand même les plats ici [en hospitalisation], la collation, ça compense. » 24- « Je commence tout juste le suivi avec les consultations des diététiciennes et l'infirmière pour les dextros. Mais à partir de maintenant je vais faire sérieusement. » 25- « La première semaine c'était encore dur mais là j'ai commencé à vraiment modifier. C'est les quantités surtout comme déjà je trouve que je ne mange pas beaucoup. Tu vois on m'interdit de manger le riz et tout et c'est ce que moi je mange. On me dit de tout changer, c'est un peu dur mais ça va. » 26- « C'est la quantité. »
<u>Amélioration PEC : As-tu des idées sur ce que nous pourrions faire pour t'aider ?</u> Références d'entretien divisées en 3 parties :	Question difficile car nécessite un recul de la part de la patiente sur les possibilité d'amélioration de la prise en charge déjà existante. La plupart des patientes ne trouvaient pas de réponses à la question, je n'ai pas détaillé les réponses mais la moitié des patientes ont répondu qu'elles ne savaient pas, soit par manque d'idée, ou parce qu'elles se satisfaisaient de la prise en charge actuelle.
<u>Négatif : 4</u>	5- « Non. Il n'y a pas de solutions. » 8- « Vous faites déjà assez. C'est nous les tahitiens qui ne voulons pas changer les mentalités. Tu dis qu'il ne faut pas manger de pain. Et nous on va manger encore plus de pain. On est têtus. Vous faites tout. On a tout. Dans les plateaux repas, il y a le triangle (viande, légume, féculent). Bah on va quand même chercher ailleurs. Plus on me met dans une case, plus je cherche ailleurs. Quand on me laissait faire ce que je voulais, il y a des choses sur lesquelles je savais que je ne devais pas en manger. » 13- « Le problème, ce n'est pas vous. C'est nous. Vous donnez des exemples de repas. Vous nous suivez. Mais on n'écoute pas. J'essaie. Mais des fois, si j'ai envie de manger du chocolat, bah je mange du chocolat. Ça ne vient pas de vous. » 19- « j'ai entendu la maman mardi qui disait qu'elle avait besoin d'aide pour son régime et tout, elle, elle voulait se faire hospitaliser et moi pas du tout mais moi j'ai pleuré comme j'avais pas envie... »
<u>Prévention Education : 5</u>	10- « Il faut sensibiliser la population. Je ne sais pas comment l'expliquer. Déjà, ça marche avec les menus qu'on donne aux personnes qui sont atteints de diabète. Mais il faudrait encore plus sensibiliser les gens pour qu'ils respectent les menus et qu'ils mangent sainement. Il faudrait faire ce travail avant qu'ils aient le diabète. » 14- « On ne connaît pas les risques pour le bébé. Quand le médecin nous a dit qu'il y avait un risque pour le cœur du bébé, j'ai compris. Vous pourriez peut-être faire des campagnes de prévention. A la TV, on nous dit parfois qu'il faut aller marcher, faire du sport. Mais c'est que lorsqu'on est confronté à la maladie qu'on prend conscience. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	17- « Déjà à la base il devrait y avoir des affiches pour les jeunes avant. Parce que franchement même moi je ne savais même pas que ça existait. Déjà ça peut être et parler un peu plus des alimentations... Je sais que vous [les médecins, les médias...] avez déjà dit pas mal mais il y a beaucoup de personnes en Polynésie qui n'écourent pas. Après on nous parle pas trop des maladies qu'il peut y avoir après, les risques. On dit qu'il faut ne pas trop manger et faire du sport mais on ne sait pas trop pourquoi. » 21- « Des réunions pour dire qu'on mange moins, je pense que c'est surtout psychologique. » 23- « J'avais pas compris les choses. Ma belle-sœur était enceinte de jumeaux et d'un coup elle les a perdu car ils ne grandissaient pas. Et moi j'ai eu peur avec le diabète pour mon bébé. On ne connaît pas les complications qu'on peut avoir. »
<u>Suivi : 4</u>	7- « Avoir des informations sur les portions, les menus. Avoir quelqu'un qui me soutient. Je vais revenir. Il faudra me revoir souvent. » 9- « Avoir un suivi. Être là. » 11- « Pour l'instant, j'ai bien été renseignée depuis que je suis venue ici à l'hôpital. On m'a donné beaucoup d'exemple. On m'a montré comment se servir de l'appareil pour tester le sang pour le diabète. Si j'ai des soucis je peux toujours appeler. » 15- « Je suis suivie par la diététicienne, un médecin, les infirmières. Je ne vois pas quoi demander de plus. Vous êtes tous là à nous aider mais après c'est aussi à nous de donner ce qu'on peut. »
<u>Connaissances et croyances</u> Références d'entretien divisées en 3 parties :	Réponses à la question sur la cause du diabète, et références prises également dans d'autres questions, notamment au sujet de l'alimentation et des conséquences du diabète.
<u>Alimentation : 3</u>	19- « Je suis attirée par les pâtes, le riz, les nouilles et surtout les fruits : kiwi ananas, melon, pastèque... Mais je savais pas que c'était si riche en glucose mais tu vois tout ce qui est pâtisserie et tout c'est très rare. » 22- « Non parce que mon gynécologue, celui qui fait l'échographie, il m'a dit que depuis que j'ai eu ça, mes deux bébés commencent à devenir petits, c'est pas lui qui va faire effet pour aider les deux à grandir. Comme j'ai peu de nourriture dans moi, c'est pour ça que j'ai tout le temps faim, ça grogne le ventre. » 26- « Quand j'ai vraiment faim je sens la petite qui tape dans mon ventre, elle a faim aussi, du coup je mange et quand je mange on est calme.. »
<u>Causes du diabète : Selon toi, d'où vient ton diabète ?</u> Autant de réponses que d'entretiens.	1- « Moi, je ne suis pas forte comme eux. Mais c'est moi qui ai le diabète. [...] De ma mère et mon grand-père. Je mange normalement. » 2- « À force de manger des trucs sucrés. Après j'ai l'habitude de manger dans le magasin. » 3- « Il y a trop de sucres dans les aliments que je mange. » 4- « Du sucre. J'ai trop de sucre dans le sang. Je pense que c'est héréditaire. » 5- « Je ne sais pas. C'est arrivé comme ça. Probablement parce que je mange beaucoup de trucs sucrés. J'aime bien les Haribo. » 6- « Il y a quelqu'un qui m'a dit que c'est parce qu'avant ma grossesse, je mangeais trop de sucreries. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	7- « C'est quand il y a trop de sucre dans le sang. Je mange trop sucré. C'est à cause du ma'a. » 8- « Du bébé. Et de ce que je mange. Il y a une période où je mangeais un peu plus sucré que d'habitude. Des choses que normalement je ne mange pas du tout. Genre les donuts Normalement, ça ne me dit rien. Mais pendant une petite période, lors des congés, je me suis permise d'en manger avec les enfants, pour les accompagner. » 9- « C'est à cause de mon alimentation, à manger des trucs trop sucrés. J'aime bien manger des gâteaux au chocolat. Les autres gâteaux, je n'aime pas ça. Et puis peut-être que ça vient de ma famille aussi, de mes parents. » 10- « C'est en rapport avec ce que je mange. Je ne mange pas beaucoup de ma'a mais par contre, j'aime les pâtisseries, les cochonneries... » 11- « Le sucre dans l'alimentation. » 12- « Je pense que c'est à cause du sucre car je bois beaucoup de limonade. » 13- « C'est à cause de ce que je mange et de ce que je bois. Surtout le coca. » 14- « Je crois que cela vient des aliments... » 15- « On me l'a dit mais j'ai oublié. Ça doit venir de la grossesse je pense parce qu'avant que je ne sois enceinte, je n'avais pas de diabète. J'ai fait le dépistage une fois mais on ne m'a jamais diagnostiqué. C'est peut-être à cause des hormones, de la grossesse. Et puis ça vient aussi de moi. J'ai tout le temps envie de manger des sucreries. On va pas trop accuser les hormones. Tout vient de moi. C'est une question d'alimentation aussi. » 16- « Je pense que ça vient de ma maman comme elle a eu le diabète de grossesse aussi quand elle est tombée enceinte. » 17- « Déjà il faut dire que je ne savais pas que ça existait [...] Je savais ce que c'était qu'un vrai diabète mais je ne savais pas trop ce que c'était qu'un diabète gestationnel. [...] Ça vient de ma grossesse. » 18- « On m'a dit que c'est parce que j'étais enceinte et que dès que j'allais accoucher je n'aurais plus de diabète. Comme je n'ai jamais eu le vrai diabète avant. » 19- « Je me suis dit que peut être que comme c'est une fille je suis attirée par le sucre. Mais même quand je ne mange pas j'ai mon taux qui est élevé... Je ne comprends pas. » 20- « c'est de ma faute parce que j'ai pris trop de sucre, la limonade, les crêpes... Voilà c'est ça. Je me suis sentie fautive tu sais. En plus mon mari s'est inquiété aussi... je lui ai expliqué que ça venait pas du bébé mais de moi, parce que je fais pas attention à ce que je mange... » 21- « C'est à cause de la grossesse et des hormones. » 22- « Je sais pas d'où ça vient, je bois pas tout ce qui est soda jus limonade, je bois beaucoup d'eau. Et après je réfléchis à tout ça et je vois pas d'où ça vient ce truc-là. Je sais pas mon papa il est pas diabétique, ma maman non plus. » 23- « De ma nourriture, de ce que je mangeais avant. » 24- « De la nourriture, du sucre. » 25- « C'est du côté de ma maman, c'est dans les gênes. » 26- « Je sais que c'est dû à ce que je mange, ça reste pas dans mon corps ça va directement dans le cordon du petit. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
<u>Conséquences du diabète : 2</u>	17- « Pour moi quand j'ai su que j'avais un diabète gestationnel je pensais que c'était la fin et que mon bébé aussi il pouvait aussi attraper. » 23- « J'avais pas compris les choses. Ma belle-sœur était enceinte de jumeaux et d'un coup elle les a perdus car ils ne grandissaient pas. Et moi j'ai eu peur avec le diabète pour mon bébé. On connaît pas les complications qu'on peut avoir. »
<u>Différence liée à la Polynésie : En quoi est ce que le fait d'être polynésienne joue un rôle dans le diabète et le régime ?</u> Références d'entretien divisées en 2 parties :	
<u>Non : 13</u>	Aucune différence de prise en charge liée à la Polynésie en comparaison avec la vie en métropole chez la moitié des patientes. A noter : question difficile car nécessite un recul sur les différences culturelles ou sociales et économiques.
<u>Oui : 13</u> Références d'entretien divisées en 3 parties :	
<u>Aspect culturel : 11</u>	1- « Oui c'est différent par rapport aux popa'a*. L'alimentation déjà. Ne pas avoir d'activité comme moi. Je suis mère au foyer. » 3- « Oui, il y a beaucoup de tentations. Ici on dit que c'est mieux de manger beaucoup pour que le bébé se nourrisse. A l'hôpital, on me dit de manger moins. Je pense que les autres ont raison. A l'hôpital, on nous impose ça mais ce n'est pas pour tout le monde. » 6- « Je pense que oui. On mange un peu n'importe quoi, le ma'a. En tout cas, moi je suis quelqu'un qui mange beaucoup. Mais je ne prends pas de poids comme je bouge beaucoup. Mais je mange beaucoup tout ce qui est uru, po'e et tout ça. C'est bon ! J'adore ça ! » 8- « Enfin si, on a un problème chez les tahitiens, c'est qu'on écoute pas ! Avec toutes ces pubs. On entend une pub Coca ? Hop on fonce dessus bêtement et après on a le diabète. » 9- « Mais tu sais, notre tradition à nous c'est de faire le ra'au Tahiti [...] Ici, on vit encore dans les temps anciens. Nous là-bas dans les îles, on est pas très avancés. On avance tout doucement. Moi j'aime bien cette vie-là. C'est plus tranquille. Mais on ne fait pas attention à ce que l'on mange. Ils sont là pourtant les docteurs, les infirmières. Ils nous conseillent. Mais comme nous, les polynésiens, on est fiu* et têtus, bah voilà. On veut pas écouter. On voit ce qui arrive après. » 12- « Vous voulez nous aider mais nous, les polynésiens, on ne sait pas faire l'effort. Moi on me conseille mais je ne fais pas l'effort parce que je n'ai pas envie. J'ai l'habitude de manger comme j'ai envie. Puis quand on découvre qu'on a une maladie, on regrette. On se dit qu'on aurait dû écouter. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	13- « Le problème, ce n'est pas vous. C'est nous. Vous donnez des exemples de repas. Vous nous suivez. Mais on n'écoute pas. J'essaie. Mais des fois, si j'ai envie de manger du chocolat, bah je mange du chocolat. Ça ne vient pas de vous. » 15- « Je dirais qu'il y a plus de tentation ici. T'es toute seule à faire un régime. Autour de toi, tu as ta famille. Mais eux ils mangent à leur faim. Donc forcément, tu es tentée. Heureusement, je suis toute seule à la maison avec mon mari donc on essaie de s'y tenir. Pour toutes celles qui vivent en famille, c'est plus compliqué pour les repas. Nous quand on a su que j'avais du diabète, mon mari m'a accompagné. Bon après, s'il veut manger à sa faim, il peut mais il le fait quand je ne suis pas là. Il peut grignoter mais en cachette. » 19- « En fait, ça vient de l'éducation qui est pas bonne. On nous a donné cette habitude de manger bien. Et pour nous bien c'est excessif. Mais qu'à un seul repas. Si on doit me mettre avec une métropolitaine, elle va manger gastronomique alors que moi si je dois manger son assiette il va m'en falloir cinq assiettes pour que je sois rassasiée. Et puis l'habitude de manger le riz, le riz c'est tous les jours sauf s'il y a du pain beurre avec du chocolat au lait on peut s'en passer. On peut manger jusqu'à une baguette entière. » 22- « Quand mon mari et mes deux enfants mangeant ils mangent d'abord eux... On mange plus ensemble en famille ensemble comme avant. Mon mari et mes enfants ils savent que je peux pas manger comme eux, ils ont le respect. Moi je mange mes trucs à moi de mon côté. C'est mieux. » 23- « Le fait d'être en famille et de manger roulottes comme je te disais. » 26- « Par contre la différence dans les îles c'est que nous on travaille beaucoup, alors qu'ici non, ils sont tout le temps en pause, et ils mangent plus. Et s'ils ont pas de sous pour faire les courses ils achètent ou ils demandent à manger et c'est des casse croûtes. Je suis ici à cause de mon travail mais j'ai dit à mon mari que quand je serai à la retraite je veux rentrer chez moi. »
<u>Aspect économique et accès à l'alimentation : 5</u>	17- « Comme je disais pour les sous et les légumes chers : Nous les polynésiens on n'a pas trop les moyens. Nous ça va on habite à la presque île donc on a quelques fruits comparé à ceux qui habitent ici dans la ville c'est plus difficile » 20- « Juste pour les légumes. Mais c'est faisable. » 22- « Niveau financier c'est difficile pour trouver les légumes, y a que les papayes à la maison. Les légumes j'ai pas grand-chose, c'est les féculents que je trouve, parce que je pourrais en acheter sur le bord de la route les légumes mais j'ai peur qu'ils soient pas bons pour moi... je préfère manger que mes papayes à moi. » 23- « Pour l'argent ça dépend des gens, les ma'a en quantité avec les lentilles c'est pas cher, pour le reste nous on fait chacun avec ses économies. » 26- « Moi je suis des Australes c'est différents d'ici. C'est pas la même vie, pas le même mode de vie. Ici il faut vraiment avoir de l'argent pour acheter à manger, et si tu as pas d'argent tu manges pas tout ce qu'il faut. Alors que chez nous aux Australes tu as tout ce qu'il faut sur la terre. Par contre la différence dans les îles c'est que nous on travaille beaucoup, alors qu'ici non, ils sont tout le temps en pause, et ils mangent plus. Et s'ils n'ont pas de sous pour faire les courses ils achètent ou ils demandent à manger et c'est des casse croûtes. Je suis ici à cause de mon travail mais j'ai dit à mon mari que quand je serai à la retraite je veux rentrer chez moi. »

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
<u>Génétique : 1</u>	1- « C'est pas pareil : elles sont enceintes elles sont minces. Nous, on est enceintes on est grosses, enfin grasses. C'est génétique. »
<u>Difficultés au domicile sur le régime : Penses-tu arriver à tenir le régime à la maison ? Quel est le plus difficile ?</u> <i>Références d'entretien divisées en 3 parties :</i>	
<u>Alimentation et faim : 16</u>	1- « Manger, ça sera pas comme ici à l'hôpital : les grignotages, les horaires, les tentations. Mais moi je ne veux pas, je vais essayer de ne pas vivre ça. Ça va être difficile c'est sûr, même pour la famille. » 4- « Ça va être très difficile. Le petit déjeuner ça ira. Mais le repas du midi et les collations. Parfois, je mange mais je dois manger encore plus. » 5- « Je vais essayer. C'est dur ! Je fais l'effort. Mais je fais des écarts aussi. Par exemple tout à l'heure, j'ai mangé très peu. Normalement, c'est pas ça ma ration. Mais j'essaie de tenir le coup même si j'ai encore très faim là. [...] Manger moins. Je mange beaucoup plus d'habitude. » 7- « Oui. J'essaie de voir comment sont les portions de l'hôpital. J'ai du mal à dire combien de bols ou de cuillères chinoises je mange à la maison. Mais à chaque fois, c'est pas ça. À la maison, je faisais 3 grosses cuillères de sucre. Je revois les portions surtout et les repas. Je garde tous les feuilles (les feuilles de menu des plateaux repas de l'hôpital). » 8- « Enfin je ne vais pas te mentir. La semaine dernière, je me suis un peu lâchée. C'était une fois. Je suis allé au McDonald's. Je ne savais pas qu'il y avait le Coca Zéro au McDonald's du coup je me suis permise de boire un coca. » 9- « C'est la bonne quantité. Une fois que tu as mangé ton plateau, c'est fini. Tandis qu'à la maison, il y a toujours un petit extra derrière. Tu n'arrives pas à t'arrêter de manger. Tu es là à manger, manger alors que tu n'as plus faim. J'essaie mais c'est pas évident. » 10- « J'ai peur de tricher. Des fois j'ai faim. Comme je fais des pâtisseries, je suis vraiment tenté d'en manger quelques fois. » 11- « Oui. Ça va le faire. Les biscuits, je peux m'en passer. Je n'ai pas de fringale ou d'envie particulière. C'est plus de la gourmandise que de l'envie. Je mange normalement donc ça va le faire. » 12- « Comme je ne mange jamais à des heures régulières, quand j'ai faim, je mange. Je mange à tout temps. Je ne mange pas le matin, le midi et le soir comme nous conseille Ingrid. » 15- « L'envie de manger des sucreries, elle y est toujours. Quand je commence à manger un repas équilibré, je fais comme si c'était des gâteaux à la place. » 17- « Oui. C'est juste au niveau du dosage que c'est un peu compliqué pour moi. C'est pas assez en fait... j'aime beaucoup mangé et comme je suis enceinte c'est encore pire. C'est le plus difficile. » 18- « Le plus difficile je pense : ça va être les collations. Le matin, le pain avec le fromage ça va je peux mais après les autres... Comme des fois il y a des fruits : si jamais je veux une mangue et que je ne peux manger que la moitié de la mangue

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	<i>après... Moi je préfère manger la mangue entière même si elle est toute petite. J'ai deux pieds de mangue chez moi je sais que je mangerais tout. »</i> 19- « <i>Le plus dur la nuit : si j'ai fini de manger vers 17-18h, à 20h je vais avoir envie de manger : une pomme, une poire. [...] Le truc c'est qu'à la maison il y a les M&M's, les chocolats, c'est ça aussi. Par exemple quand je vais faire le chocolat au lait je vais rajouter le sucre : 4 à 5 cuillères. »</i> 20- « <i>Taote m'a demandé si je mangeais les collations chez moi et j'ai dit non, parce qu'en fait j'arrivais pas, mais par contre faire matin midi et soir j'arrive. Ici j'avais regardé un peu le repas du midi et du soir que c'est la même quantité qu'à la maison. C'est juste que c'est différent mais la quantité ça va. »</i> 23- « <i>Oui, dans ma tête c'est pour mon bébé. Je vais moins manger c'est sur et je vais faire attention aux cochonneries. Le plus compliqué ce sera de voir les autres manger et de sentir la nourriture. Mon copain me suit aussi dans la diet parce qu'il a pris beaucoup de poids et du coup on est au régime tous les deux. On est famille nombreuses, 11 à la maison. Le bruit c'est dur mais je me suis habituée. C'est vrai que ça peut faire peur pour les repas parce que souvent plus on est nombreux plus on mange mais chez nous ça va, on mange surtout des lentilles. »</i> 26- « <i>Non même pas... je termine de manger, je fais mon dextro et 3 minutes plus tard j'ai encore faim. C'est pas que de l'envie, c'est vraiment de la faim. Quand j'ai vraiment faim je sens la petite qui tape dans mon ventre, elle a faim aussi, du coup je mange et quand je mange on est calme. [...] Par rapport à celle-là j'ai du mal à gérer ma quantité de repas et ça inquiète quand même. »</i>
<u>Aspect économique et accès à l'alimentation : 3</u>	20- « <i>Les légumes il faudra que je prenne les surgelés ou les conserves et ça ira pour l'argent. »</i> 22- « <i>Niveau financier c'est difficile pour trouver les légumes, y a que les papayes à la maison. Les légumes j'ai pas grand-chose, c'est les féculents que je trouve, parce que je pourrais en acheter sur le bord de la route les légumes mais j'ai peur qu'ils soient pas bons pour moi... je préfère manger que mes papayes à moi. »</i> 23- « <i>Il y en a qui mangent roulottes, chinois... mais nous on n'a pas tous les moyens de le faire donc on fait des lentilles en quantités et ça suffit. »</i>
<u>Famille : 6</u>	1- « <i>Ça va être difficile c'est sûr, même pour la famille. »</i> 6- « <i>La personne qui s'occupe de moi à la maison elle est très stricte. C'est une cousine et elle surveille tout ce que je mange. »</i> 7- « <i>Mon mari, ça ne le dérange pas. Au contraire, il me soutient. Ça lui fait peur le diabète. Comme ça, on le fait ensemble pour le bébé. »</i> 12- « <i>C'est difficile de s'adapter. À la maison, les autres ne le font pas non plus. »</i> 22- « <i>Quand mon mari et mes deux enfants mangeant ils mangent d'abord eux... On mange plus ensemble en famille ensemble comme avant. Mon mari et mes enfants ils savent que je peux pas manger comme eux, ils ont le respect. Moi je mange mes trucs à moi de mon côté. C'est mieux. »</i> 23- « <i>Le plus compliqué ce sera de voir les autres manger et de sentir la nourriture. Mon copain me suit aussi dans la diet parce qu'il a pris beaucoup de poids et du coup on est au régime tous les deux. On est famille nombreuses, 11 à la maison. Le</i>

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	<i>bruit c'est dur mais je me suis habituée. C'est vrai que ça peut faire peur pour les repas parce que souvent plus on est nombreux plus on mange mais chez nous ça va, on mange surtout des lentilles. Il y en a qui mangent roulottes, chinois... mais nous on a pas tous les moyens de le faire donc on fait des lentilles en quantités et ça suffit.»</i>
<u>Surveillance - glycémie capillaire : 2</u>	6- « Ce qui a été difficile pour moi, c'est de surveiller. Autant, arrêter de manger au début, c'est dur. Mais après ça va. Par contre de devoir me piquer tout le temps, ça m'énerve. » 8- « C'est le dextro qui m'embête le plus. Depuis que je l'ai, ça m'attire encore plus d'aller manger des trucs sucrés. Encore plus que quand je ne l'avais pas.»
<u>Émotions et ressentis : Quelle a été ta réaction lors du diagnostic ? + Autres réponses à des questions en rapport avec les émotions liées au DG.</u>	1- « J'étais étonnée. Je ne mange pas comme mes sœurs qui sont fortes. Moi, je ne suis pas forte comme eux. Mais c'est moi qui ai le diabète. J'étais étonnée. » 2- « Ça ne m'a pas du tout fait peur. » 3- « Oh là là ! J'ai cru que c'était grave. J'ai eu peur. » 4- « J'ai eu peur. C'est une sacrée maladie. [...] Au niveau du bébé, je suis inquiète. J'ai peur qu'il y ait des malformations à cause du diabète. C'est vraiment ça que je crains. S'il est trop gros c'est pas grave. Mais les malformations, ça m'inquiète. » 5- « J'étais déçue car je sais qu'il faut faire attention à beaucoup de choses, à respecter. J'ai eu un peu peur. Je n'ai pas envie d'arriver à l'insuline. » 6- « Pas vraiment top. Il faut arrêter de manger des choses que j'aime. Mais là, ça va avec le temps, je gère. Ce qui a été difficile pour moi, c'est de surveiller. Autant, arrêter de manger au début, c'est dur. Mais après ça va. Par contre de devoir me piquer tout le temps, ça m'énerve. [...] C'est surtout pour mon bébé qui je m'inquiète, par rapport à ce diabète. J'ai peur qu'à l'accouchement, je ne l'ai plus mais que elle, elle l'ai (le diabète). » 7- « J'étais pas bien. Dès que j'ai su que j'avais un diabète, j'ai pensé à mon papa. C'est pas plus dur que l'annonce lors de la première grossesse On me l'avait annoncé quand j'étais à 7 mois. C'était juste le début alors je faisais pas trop attention. Là pour mon deuxième enfant, c'est trop. » 8- « Ça a été un choc. J'étais étonnée. Je ne voulais pas. Les autres grossesses, je n'avais pas eu ça. Là, j'ai paniqué. » 9- « J'ai mal vécu ça. C'était pas évident pour moi au début de faire les dextro. Je suis allé à Uturoa pendant deux semaines. Je n'étais pas habituée à me piquer. C'est énervant. Mais après, j'ai pensé que je pouvais perdre le bébé. Je ne fais ça que pour lui. C'est pas évident tous les jours. Je ne vois pas mes enfants ni mon mari. Mais je me dis que c'est pour le bébé. [...] J'ai eu peur que mon bébé meure. Je me suis dit que s'il fallait rester à l'hôpital un ou deux mois, alors je restais. Je tiens le coup juste pour mon bébé. » 10- « Ça a été un choc. J'ai deux sœurs qui ont eu des enfants. Pendant leur grossesse, elles n'ont pas eu le diabète. Je suis un peu triste que ça tombe sur moi. » 11- « Je me suis dit que c'était rien. Mon gynécologue m'avait dit que ce n'était pas inquiétant. » 12- « Ça m'a démoralisé quand je l'ai appris. » 13- « Je m'y attendais un peu. » 14- « J'étais vraiment étonné. Lors de ma première grossesse, je n'en avais pas. Je ne m'y attendais pas.»

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	15- « Ça a été un peu un choc pour moi parce que je n'ai jamais eu une quelconque maladie. Je n'ai pas pris ça à la légère parce que ma mère adoptive et ma grand-mère ont aussi du diabète. Je m'attendais un peu à tout ça : l'insuline, les dextros, ... Je prends ça comme ça vient, au fur et à mesure. » 16- « J'ai pensé que c'était grave ce truc là, mais elle m'a dit que non il fallait juste que j'évite de manger trop de sucre. » 17- « Déjà il faut dire que je ne savais pas que ça existait, pour moi ça m'a fait comme un choc parce que je n'ai pas l'habitude d'avoir ce genre de maladie. [...] Pour moi quand j'ai su que j'avais un diabète gestationnel je pensais que c'était la fin et que mon bébé aussi il pouvait aussi attraper. Heureusement qu'on m'a bien expliqué parce que j'étais en mode panique. » 18 « Pas le choix ! Si je dois faire comme ça on fait comme ça. Si on me dit que je dois être hospitalisée et que moi je dis non et bien je joue avec la vie de mon bébé. Je ne m'y attendais pas par contre, c'était surprise mais ça va, je ne l'ai pas mal pris. » 19- « J'ai fait « Oh non une autre cochonnerie » parce que je dois gérer l'hyperthyroïdie et maintenant aussi le diabète, ça fait beaucoup trop. » 20- « Je me suis inquiétée quand même parce que c'était la première fois que quelque chose comme ça arrivait dans ma vie, les autres grossesses je n'avais pas eu ce soucis. Du coup j'avais pensé aux choses négatives : ça y est c'est fini, j'ai du diabète, quand je vais avoir fini d'accoucher ça va rester... La sage-femme m'a rassurée et m'a dit qu'il fallait que je me soigne. » 21- « Je m'y attendais pas mais bon maintenant que c'est là. » 22- « Depuis qu'on m'a fait ma piqure et ensuite qu'on m'a donné les résultats c'est là que j'ai été choquée qu'on me dise que j'ai le diabète. Je m'y attendais pas. » 23- « Ça m'a fait un choc parce que je sais pas ce que c'est. » 24- « Je me suis demandée comme ça se fait a que j'en avais là alors que j'en ai jamais eu avant. » 25- « Comme c'est gestationnel je suis pas inquiète... » 26- « C'est la 2eme grossesse : ça m'a énervé au fait, pour la première fois, la 3eme grossesse c'était mon premier DG et là la 4eme grossesse c'est mon 2eme DG. Donc du coup c'était un peu soulant pour moi pour la 2eme fois, la première ça avait été j'avais bien guéri, mais là quand c'est arrivé j'ai pas eu envie. Je pensais que ça allait se calmer et là on m'a de nouveau dit que j'étais en DG... J'aurais voulu que ça ne revienne pas. [...] Ça m'arrive de m'inquiéter de la façon dont je mange, je pense à elle en fin de compte. J'ai peur que quelque chose lui arrive pendant la grossesse, et on ne sait jamais ce qui se passe à l'accouchement. J'ai une amie qui a perdu son enfant, elle a du diabète aussi comme moi et c'est la 2eme fois qu'elle perd son enfant. »
<u>Entourage : 12</u>	1- « Ça va être difficile c'est sûr, même pour la famille. » 2- « Ensuite, mes parents ont préféré qu'on m'envoie jusqu'à Tahiti pour mettre l'insuline, comme les doses sont ici. Moi je préfère être à Tahiti aussi. C'est mieux avec les parents. » 3- « Ici on dit que c'est mieux de manger beaucoup pour que le bébé se nourrisse. A l'hôpital, on me dit de manger moins. Je pense que les autres ont raison. A l'hôpital, on nous impose ça mais ce n'est pas pour tout le monde.»

THEMES	REFERENCES (CHIFFRE NOTE DEVANT ENTRETIEN = NUMERO D'ENTRETIEN)
	4- « <i>Non c'est plutôt le diabète qui les inquiète, et l'insuline. Ils disent qu'il faut que je mange normalement. Ils n'acceptent pas que je prenne de l'insuline. »</i> 6- « <i>La personne qui s'occupe de moi à la maison elle est très stricte. C'est une cousine et elle surveille tout ce que je mange. Je pense que j'aurai quand même réussi sans elle mais bon. »</i> 7- « <i>Mon mari, ça ne le dérange pas. Au contraire, il me soutient. Ça lui fait peur le diabète. Comme ça, on le fait ensemble pour le bébé. »</i> 9- « <i>Le plus dur, c'est d'être éloigné de mes enfants et de mon mari. Ça c'est vraiment dur. Je lui ai dit de tenir le coup, de ne pas venir à Tahiti et de bien s'occuper des enfants, de ne pas les laisser seuls. Comme mes parents ne sont plus de ce monde... »</i> 12- « <i>C'est difficile de s'adapter. À la maison, les autres ne le font pas non plus.»</i> 15- « <i>Pour toutes celles qui vivent en famille, c'est plus compliqué pour les repas. Nous quand on a su que j'avais du diabète, mon mari m'a accompagné. Bon après, s'il veut manger à sa faim, il peut mais il le fait quand je ne suis pas là. Il peut grignoter mais en cachette. »</i> 18- « <i>Le seul problème c'est mon mari : j'ai pitié de lui. Il faut que je sorte parce que depuis que je suis hospitalisée il ne dort pas, il ne mange pas bien. Au début on ne pensait pas que j'allais rester longtemps, j'ai juste un peu d'argent pour tenir un peu mais comme en bas c'est cher... Maintenant il a plus rien donc il a envie que je rentre pour retourner travailler. Il a appelé tout le monde pour dire qu'il faut de l'aide. Il est là tout le temps il dort dehors. »</i> 22- « <i>Quand mon mari et mes deux enfants mangeant ils mangent d'abord eux... On mange plus ensemble en famille ensemble comme avant. Mon mari et mes enfants ils savent que je peux pas manger comme eux, ils ont le respect. Moi je mange mes trucs à moi de mon côté. C'est mieux.»</i> 23- « <i>Mon copain me suit aussi dans la diet parce qu'il a pris beaucoup de poids et du coup on est au régime tous les deux. On est famille nombreuses, 11 à la maison. Le bruit c'est dur mais je me suis habituée. C'est vrai que ça peut faire peur pour les repas parce que souvent plus on est nombreux plus on mange mais chez nous ça va, on mange surtout des lentilles. Il y en a qui mangent roulottes, chinois... mais nous on a pas tous les moyens de le faire donc on fait des lentilles en quantités et ça suffit.»</i>

Annexe E : Prix de la consommation alimentaire à Tahiti

En Polynésie française, le régime général des prix et des marges est organisé par l'arrêté n°171/CM du 7 février 1992. La réglementation distingue 3 catégories de produits :

- Les produits de première nécessité (PPN), exonérés de la TVA et de la plupart des droits et taxes. Cette liste est sujette à controverses : certains dénoncent la mise en place de tarifs non expliqués par le gouvernement sans permettre une concurrence sur certains aliments, ainsi qu'une incompréhension liée à la présence de certains produits tels que le corned-beef ou la mayonnaise au détriment des fruits et des légumes locaux.
- Les produits de grande consommation (PGC), dont la marge est limitée
- Les produits libres, non visés par la réglementation

Le rapport de l'Institut statistique de Polynésie française (ISPF) de 2016, décrit un écart de 40% de budget moyen entre la métropole et la Polynésie. Le plus grand écart se trouve sur l'alimentation avec un écart de 48% en moyenne sur les produits alimentaires hors boissons alcoolisés. ⁽²⁸⁾
Le bilan complet peut se retrouver sur le site de l'ISPF.

Par ailleurs, le SMIC en Polynésie est d'environ 135.000 XPF soit env 1100 EUR.

Comparatif simple à effectuer : le prix de la baguette de pain.

- France métropolitaine : entre 0,85 et 1,10 EUR (baguette ordinaire ou tradition)
- Tahiti (octobre 2019) : 55 XPF (0,46 EUR)

Souvent utilisé comme comparateur dans la littérature économique : le prix moyen d'un menu au Mac Donald (ou fast-food équivalent).

- A Nantes en 2020 : 8,5 EUR
- A Papeete en 2020 : 1200 XPF (10.06 EUR)

Régulièrement, la DGAE (Direction Générale des Affaires Économiques) réalise un relevé des prix de certains produits ⁽³⁸⁾. Les prix comparés de France métropolitaine proviennent des cotations RNM Agrimer de janvier 2020.

Exemples :

Parmi les produits de première nécessité :

- Riz blanc long en sachet 1kg : entre 85 et 130 XPF (entre 0.70 et 1.10 EUR) - Prix entre 1 et 3 EUR en France métropolitaine.

Parmi les produits de grande consommation :

- Corned-Beef local 340g : entre 350 et 450 XPF (entre 2.90 et 3.70 EUR)

Parmi les fruits et légumes :

- Carottes 1kg importés : entre 150 et 250 XPF (entre 1.30 et 2.10 EUR) - Entre 0,50 à 1,83 EUR en métropole.
- Concombres 1kg produits locaux : entre 350 et 560 XPF (entre 2.90 et 4.70 EUR) - Entre 0,50 à 1,58 EUR en métropole.
- Tomates 1kg produits locaux : entre 570 et 940 XPF (entre 4.70 et 7.90 EUR) - Entre 1,40 et 5 EUR en métropole.
- Patates douces 1kg produits locaux : entre 280 et 500 XPF (entre 2.30 et 4.20 EUR) - Entre 1,10 et 3,66 EUR en métropole.
- Pommes de terre blanches 1kg importés : entre 290 et 430 XPF (entre 2.40 et 3.60 EUR) - Entre 0,5 et 2,5 EUR en métropole.

- Ananas 1kg produits locaux : entre 240 et 500 XPF (entre 2 et 4.20 EUR) - Entre 1 et 5 EUR en métropole.
- Bananes 1kg produits locaux : entre 140 et 260 XPF (entre 1.17 et 2.20 EUR) - Entre 0,60 et 1,80 EUR en métropole.

Parmi les poissons :

- Thon rouge filet : prix moyen 2274 XPF (19 EUR) - 17 EUR en métropole
- Thon blanc filet : prix moyen 1435 XPF (12 EUR) - 8 à 17 EUR en métropole

Dans le but de réaliser un comparatif en pratique, voici les prix récents retrouvés sur le marché alimentaire à Papeete :

- Repas aux roulottes - décembre 2019 :
 - Assiette de 2 viandes : onglet de bœuf et poulet pané, avec frites et salades : 1700 XPF (14,25 EUR)
 - Sandwich simple au jambon : 250 XPF (2 EUR)
 - Pizza chèvre miel lardons base tomate : petite 28 cm 700 XPF (5,87 EUR) / grande 1500 XPF (12,5 EUR)
 - Menu burger frite boisson : 1000 XPF (8,38 EUR)
 - Poisson grillé au barbecue, sauce et beurre, riz : 900 XPF (7,54 EUR)
 - Poisson cru au lait de coco avec légumes (salade tahitienne typique) : 1350 XPF (11,31 EUR)
 - Poulet grillé et frites : 750 XPF (6,29 EUR)
- Prix du caddie au supermarché (Super U Arue, Tahiti) décembre 2019 pour le plat suivant : tomates (3 tomates taille moyenne), filet de poisson perroquet 300g, riz et assaisonnements simples : environ 1500 XPF (12.5 EUR) pour une portion classique, bien moins volumineuse qu'un repas de restauration.

Alimentation chez la femme atteinte de diabète gestationnel en Polynésie Française : particularités de la prise en charge au Centre hospitalier de Tahiti, vécu et perceptions des contraintes spécifiques liées aux modifications alimentaires.

- Introduction : La problématique de la prise en charge diététique dans le cadre du diabète gestationnel chez les patientes suivies au Centre Hospitalier de la Polynésie Française est primordiale. L'objectif principal de cette thèse est de mettre en évidence les difficultés rencontrées et ressenties par les patientes, dans un but descriptif pour secondairement adapter au mieux leur prise en charge pluridisciplinaire.

- Contexte : La Polynésie Française est formée d'une centaine d'îles, étalées sur un territoire de la taille de l'Europe. Selon les enquêtes réalisées en Polynésie Française, la prévalence du surpoids est autour de 70%, dont 40% d'obésité, et la mortalité par maladie cardio-vasculaire est 2 à 3 fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Le diabète gestationnel touche 12 à 13% des grossesses, contre 7% à 8% en métropole. Ces femmes de Tahiti et des autres îles sont prises en charge par le Centre Hospitalier de la Polynésie Française, à Tahiti, par une équipe pluridisciplinaire.

- Méthode : Cette étude est qualitative, descriptive, transversale et monocentrique. Elle a été réalisée sous forme d'entretiens semi-dirigés, à l'aide d'un guide d'entretien. Les participantes étaient des patientes prises en charge pour leur diabète gestationnel, qu'elles soient hospitalisées ou suivies en ambulatoire. 26 entretiens ont été retenus, après saturation des données, pour effectuer, sans hypothèse a priori, l'analyse thématique des limites et spécificités locales ressenties au sujet de la prise en charge diététique.

- Analyse : L'obstacle principal au suivi diététique semble être culturel, du fait de l'importance des habitudes alimentaires en Polynésie : le besoin ressenti de repas copieux et caloriques, l'irrégularité des repas, la vie en famille élargie. D'autre part, l'aspect économique et l'accès à la nourriture équilibrée est une problématique importante en Polynésie, où le prix à la consommation est plus élevé qu'en métropole, et où les fast-foods paraissent être une solution facile et moins coûteuse sur l'île principale de Tahiti. Les résultats secondaires concernent l'alimentation, décrite comme trop abondante et sucrée, le rôle de l'entourage, l'état des connaissances et croyances, les émotions et ressentis au diagnostic, ainsi que les axes d'amélioration proposés par les patientes.

- Discussion : La comparaison avec la littérature internationale notamment du Pacifique retrouve des similitudes quant aux croyances et émotions, les besoins d'éducation, l'adaptation aux spécificités culturelles propres à chaque lieu, l'importance du rôle de l'entourage. Le contexte complexe en Polynésie (surpoids, géographie, économie, culture alimentaire et relation au corps) majore les enjeux de ce problème de santé publique.

- Conclusion : Cette étude permet de faire un état des lieux des difficultés ressenties par les femmes polynésiennes, dans le cadre diététique de leur diabète gestationnel, ainsi que du vécu, des croyances et des axes d'améliorations en matière de prévention et de suivi. Mieux connaître et appréhender les contraintes ressenties et les spécificités de la Polynésie française permet aux soignants d'adapter au mieux la prise en charge globale.

MOTS-CLÉS

Femme enceinte polynésienne ; diabète gestationnel ; diététique ; grossesse ; alimentation ; obstacles, contraintes, particularités, spécificités ; Polynésie française ; Tahiti ; Pacifique ; Outre-Mer ; étude qualitative ; entretien semi-dirigé ; culturel ; socio-économique ; prise en charge globale ; prévention ; adaptation des soins.