



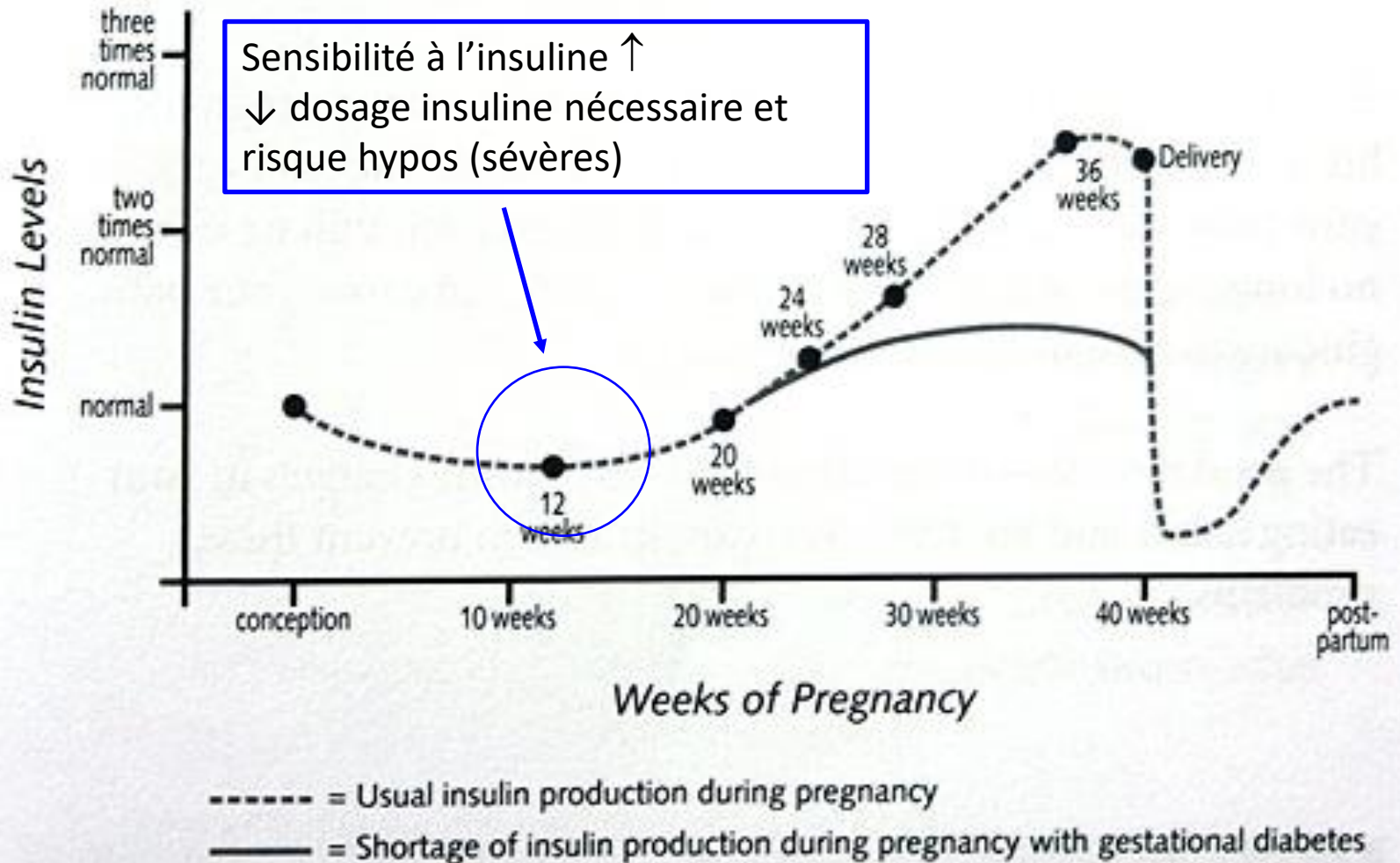
Diabète gestationnel et prévention diabète type 2

- Pr Jardena Puder, médecin adjointe spécialisée en diabétologie, Consultation prévention diabète famille
- Mme Stéphanie Roudet, Infirmière spécialisée en diabétologie

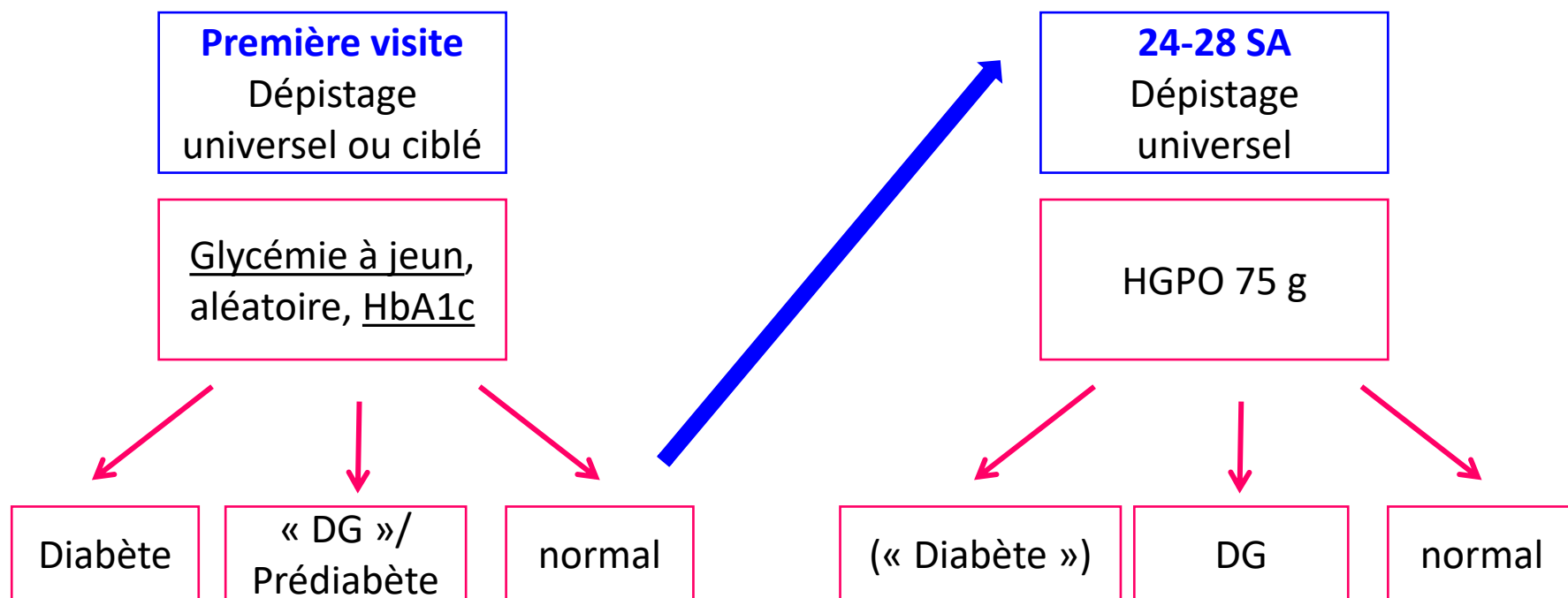
Grossesse

- **Résistance à l'insuline RI/Glucose postprandiale:**
↑ dès 2^{ème} Trimestre
- Augmentation de la RI hépatique et périphérique
- **Glycémie à jeun:** ↓ 1^{er} Trimestre, puis = ou ↓,
(evtl ↑ par rapport à 1T)
- **HbA1c (2-3 mois):** 1^{er} et 2^{ème} Trimestre ↓ (↑ turnover des globules rouges), 3^{ème} Trimestre =

Besoins en insuline pendant la grossesse



Dépistage du diabète gestationnel basé sur HGPO



Avant 24 semaines, le seuil de diagnostic de DG n'est pas clair (GAJ >> 5.1 mmol/l....)
Les valeurs pour diagnostiquer un diabète, surtout dans le premier trimestre, sont les mêmes qu'en dehors d'une grossesse

DG: $\geq 5.1/10/8.5$ mmol/l

Prévalence autour de 10.9% en Suisse

Rüetschi J, BJOG. 2016
IADPS Consensus, DC 10
ADA, DC 2023
Simmonds D, NEJM 2023

Autres options pour le dépistage/diagnostic ?

- **Autres valeurs de seuil ou forme de dépistage par O'Sullivan?**
 - Controversé (Hillier et GEMS)
- **HbA1c ?**
 - Problème de sensibilité & spécificité
- **Fructosamine?**
 - Pas utile
- **Glycémie à jeun pour trier?**
 - Possible, aussi souci potentiel de sensibilité sauf si populations à risque

Etudes à Genève et Bâle: On rate 22% des femmes en utilisant le seuil de 4.4. mmol/l dans une population générale (mais aussi femmes « bas risque »)

Agarwal M, DC 10
Agarwal M, Gynec & Obstet Invest 11
Rüetschi J, BJOG. 2016
Hillier T, NEJM 2021
Crowther C, NEJM 22

Facteurs de risques

- Surpoids (BMI >25 kg/m² ou >23 kg/m² chez les asiatiques) avec au moins un autre FR ou une obésité (BMI > 30 kg/m²)
- Antécédent de DG ou d'intolérance au glucose
- Antécédent familial de premier degré pour un DM2
- Ethnie non-caucasienne
- PCOS, Maladie ou FRCV
- Inactivité physique

D'autres facteurs de risque spécifiques ont été observés durant la grossesse, tels que :

- Prise pondérale gestationnelle excessive
- Apport alimentaire excessif en lipides, en saccharose ou en protéines animales et une consommation insuffisante de fibres
- Age....
- Hypothyroïdie avec anticorps antithyroïdiens + (3x)
- Et plus nouveau: événements de vie, stress psychologique

Facteurs de risques

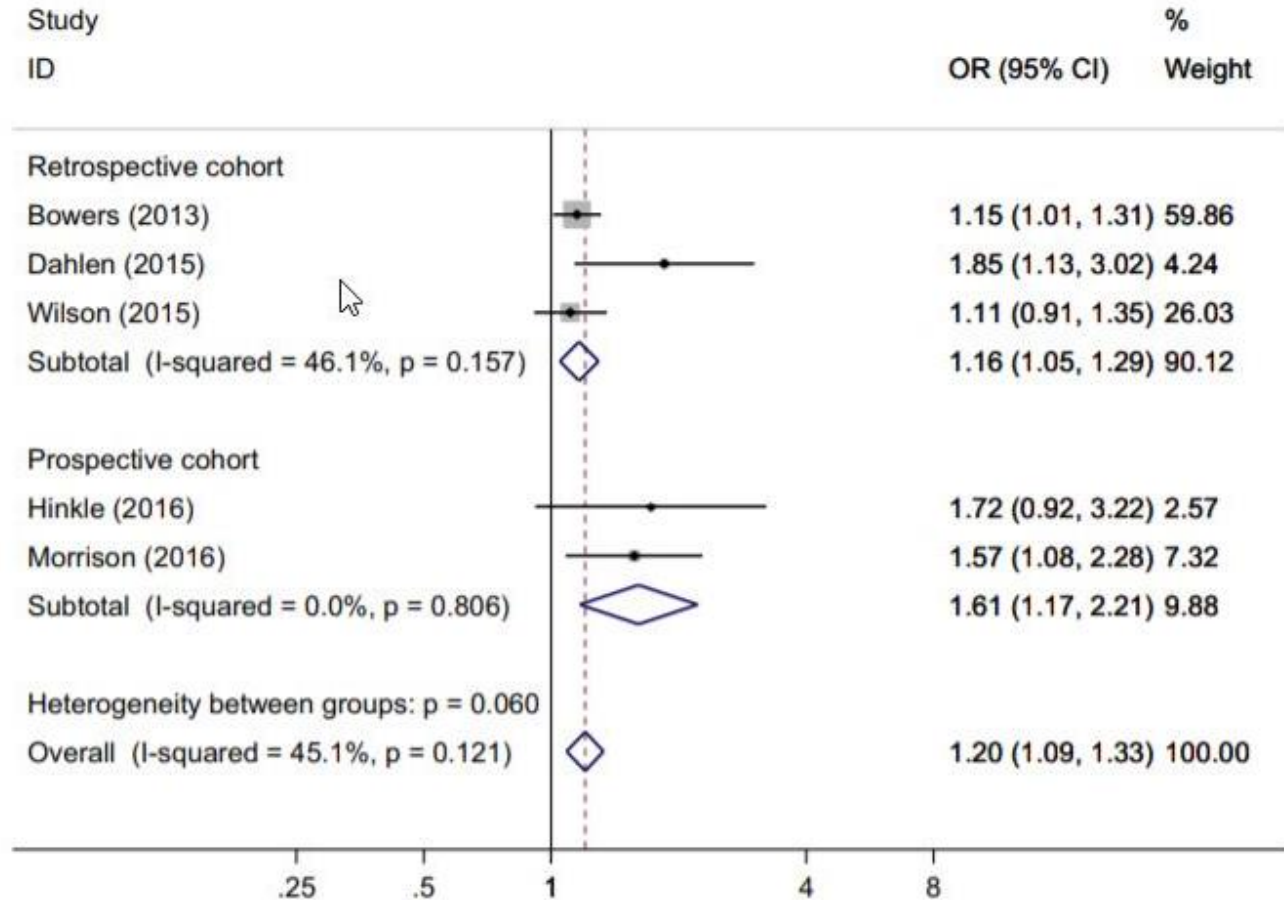
- Surpoids (BMI >25 kg/m² ou >23 kg/m² chez les asiatiques) ou une obésité (BMI > 30 kg/m²)
- Antécédent de DG ou d'intolérance au glucose
- Antécédent familial de premier degré pour le diabète
- Ethnie non-caucasienne
- PCOS, Maladie ou FRCV
- Inactivité physique

D'autres facteurs de risque observés durant la grossesse, tels que :

- Prise pondérale excessive
- Apport alimentaire excessif, en saccharose ou en protéines animales et une consommation insuffisante de fibres
- Age maternel avancé
- Hypothyroïdie (anticorps antithyroïdiens + (3x))
- Et plus généralement : événements de vie, stress psychologique

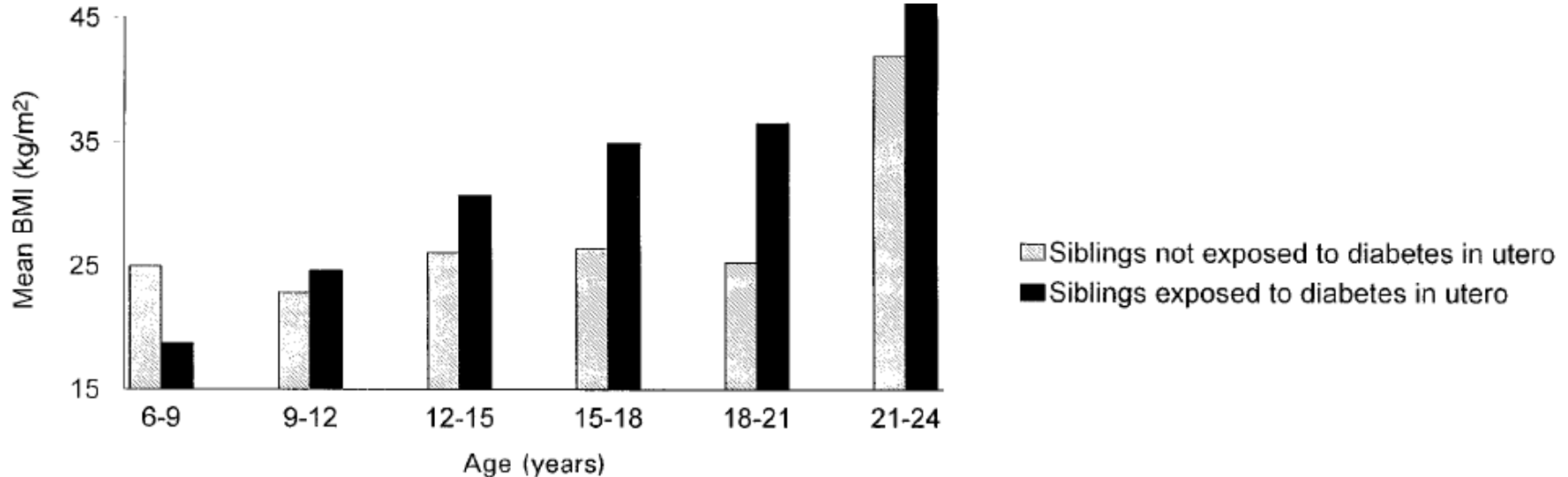
30-50% des femmes avec un DG n'ont pas de FR ! (18% au CHUV)

Dépression et risque de DG



Exposition intra-utérine à un DG

IMC moyen de fratries exposées et non exposées à l'environnement intra-utérin diabétique (> 90% DG) par tranches de 3 ans



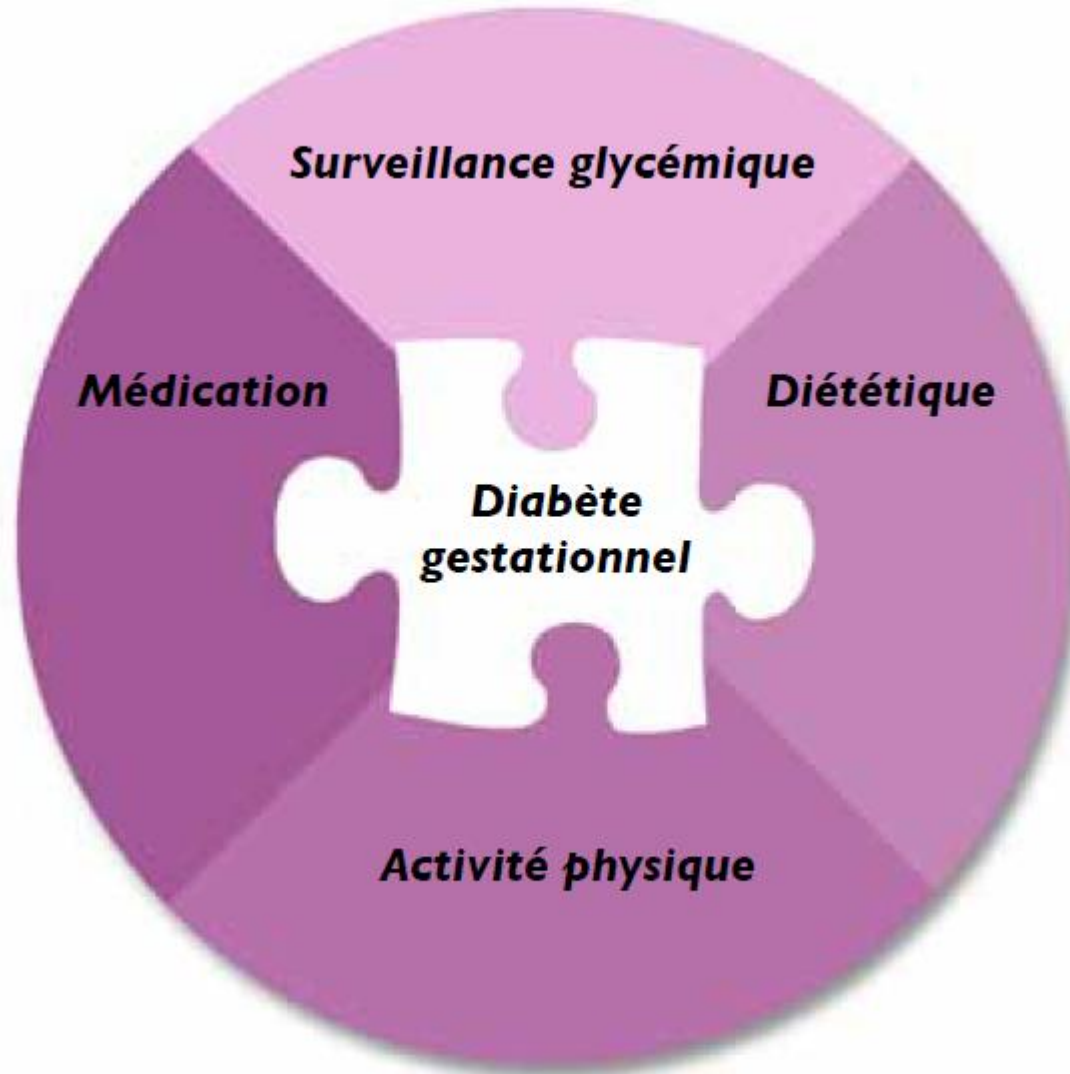
Exposed sibling:

Risk for DM: O.R. 3.7 (p=0.02)

Higher mean BMI: 2.6 (p=0.03)

Surveillance glycémique

Quand et quels sont les seuils?



Guideline	A jeun/ Preprandial	Post Prandial 1h	Post prandial 2h
NICE (UK) ¹	≤5.3 mmol/l	≤ 7.8 mmol/l	≤6.4 mmol/l
ADA ²	≤5.3 mmol/l	≤7.8 mmol/l	≤ 6.7 mmol/l
Endocrine Society ³	≤ 5.3 mmol/l (≤ 5.0 mmol/l)	≤7.8 mmol/l	≤ 6.7 mmol/l
SSED ⁴	≤ 5.3 mmol/l	≤ 8.0 mmol/l	≤ 7.0 mmol/l
Programme Cantonal Diabète⁵	≤ 5.3 mmol/l	≤ 8.0 mmol/l	≤ 7.0 mmol/l

Discussion et études pour valeurs plus basses, surtout chez la population obèse (ou si LGA)

1 - Clinical Guideline - 2018

2 – Standards of medical care in diabetes 2019, Diabetes Care 2019


3 - Guideline on Diabetes and Pregnancy J Clin Endocrinol Metab, 2013;98:4227–4249

4 - Neue Erkenntnisse zur Diagnostik und Management des Gestations diabetes. Therapeutische Umschau 2009; DOI 10.1024/0040-5930.66.10.695 -

5 – http://www.recodiab.ch/RPC_diabete_gestationel.pdf

Un sensor pour les pics?

Une étude assez stricte faite en Chine. 2 groupes:



Glucosensor x 3 jours:
1x/semaine; après chaque 2-4 semaines ET
7x/jour mesures capillaires



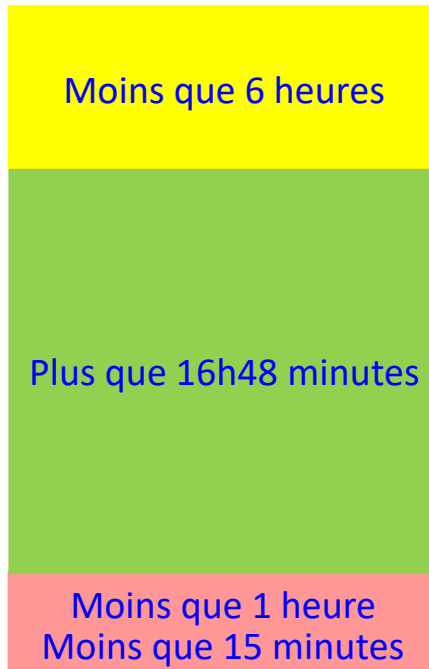
7x/jour mesures capillaires

Visite chaque semaine. Revoir valeurs capillaires et courbes sensor et alimentation etc.

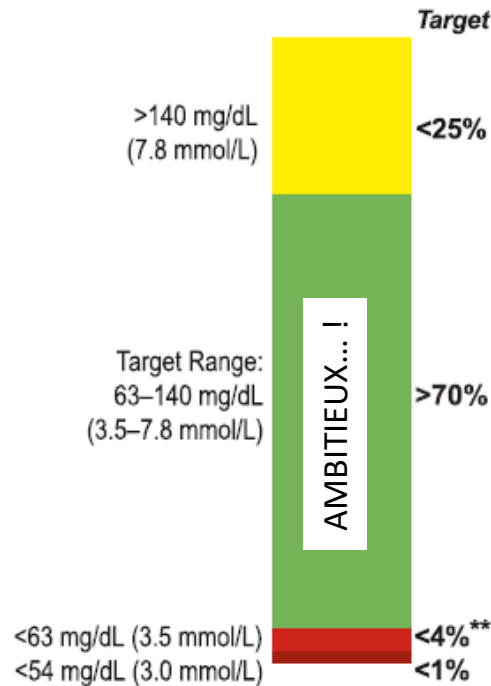
- Moins de variabilité glycémique sur sensor «aveugle»
- Et moins de pic hypo et hyper
- Moins de pré-éclampsie, moins de césarienne «primaires»
- Moins de prématurés
- Bébé 200 g moins lourds et moins de bébés macrosomes (> 4kg)
- Moins d'hypoglycémies chez bébé et moins de soucis respiratoires

Cibles cliniques pour CGMS dans la grossesse

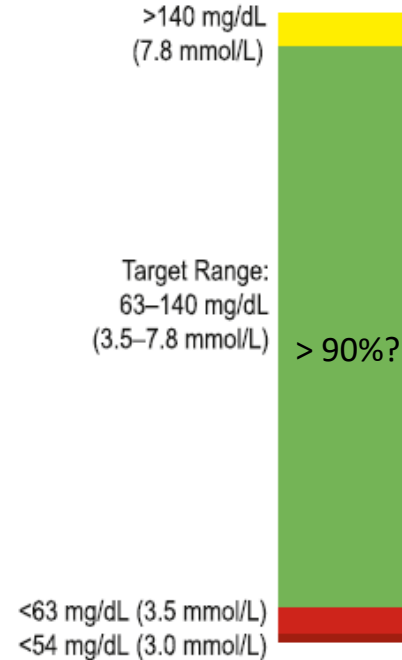
Par jour:



Diabète type 1



Diabète type 2 Diabète gestationnel



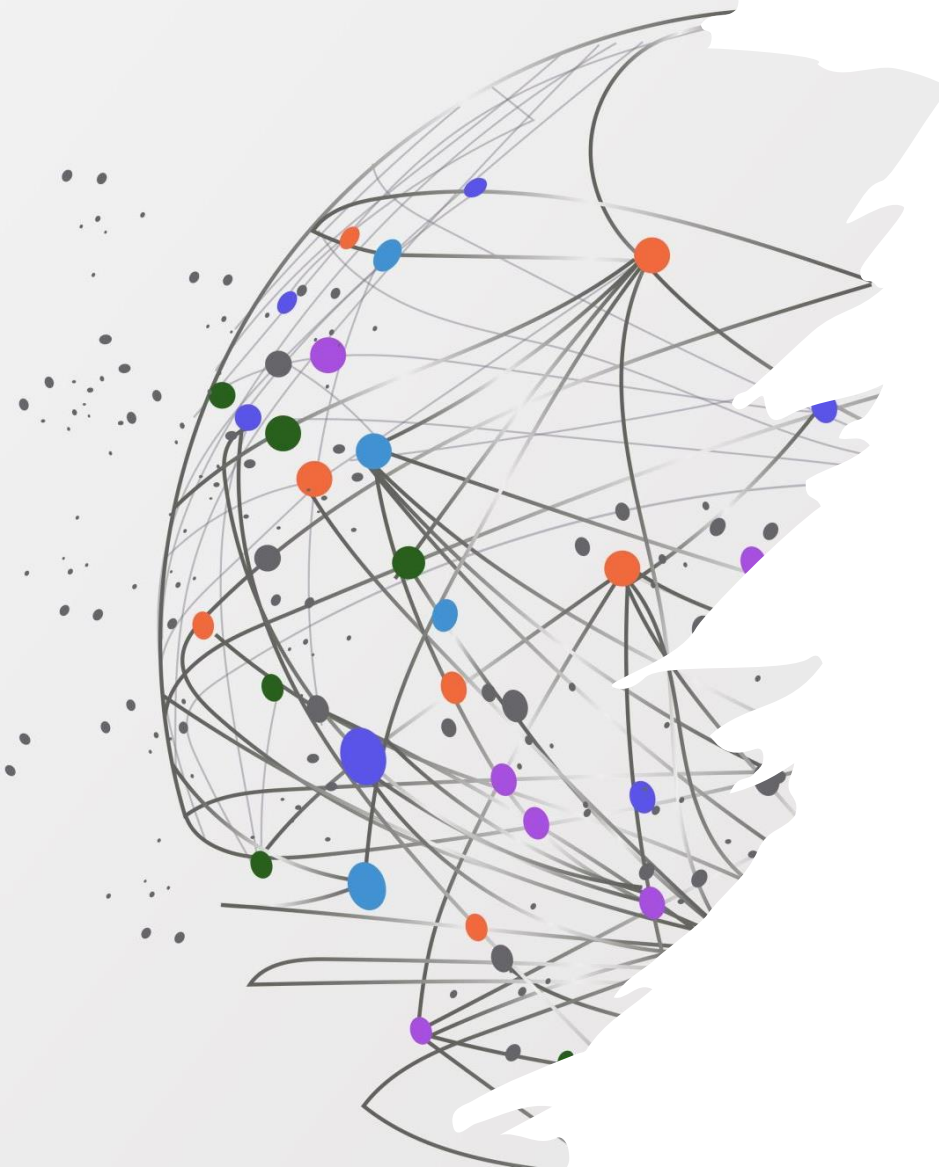
Grossesse normale: 20% ↓ taux glycémique

Glucosensor aussi pour les DG ?

- Petites cohortes (around 25-70 women)
- Utilisé la plupart du temps seulement **une fois x 3-6 jours**
- Sensors utilisés:
 - Medtronic: iPro, MiniMed, Guardian
 - Abbott: ISGMS
- Les études plus grandes et particulièrement celles avec une durée plus longue ou répétée sont mieux (ou trouve une différences dans les outcomes)
- Si différences:
 - Maman: ↓ hypo-hyper, prise de poids, ↑ style de vie
 - Bébé 1 étude: ↓ LGA, hypo, hyperbili
- Confort et demande patiente en clinique

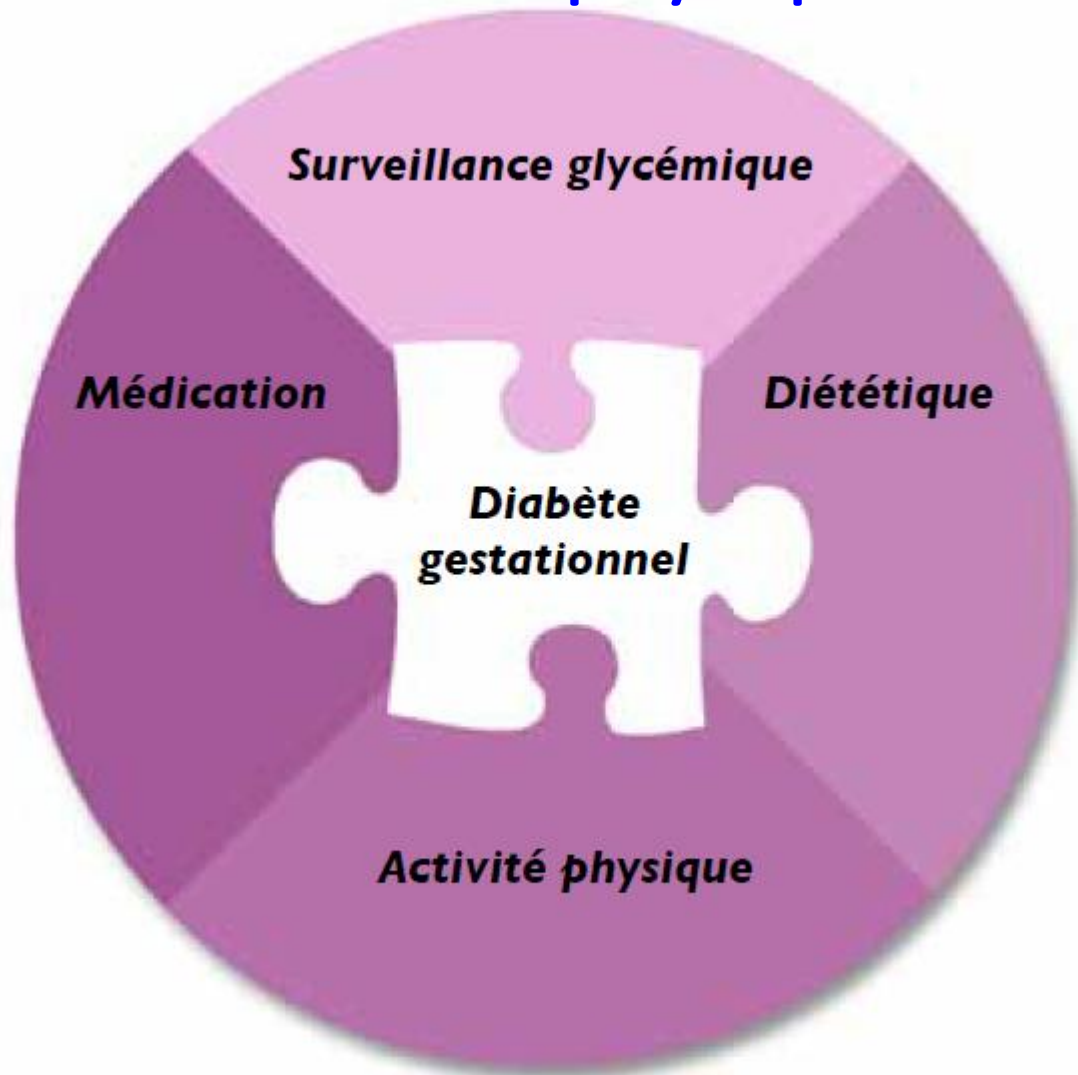
Glucosensor in pregnancy

ADA 2023 – Diabète



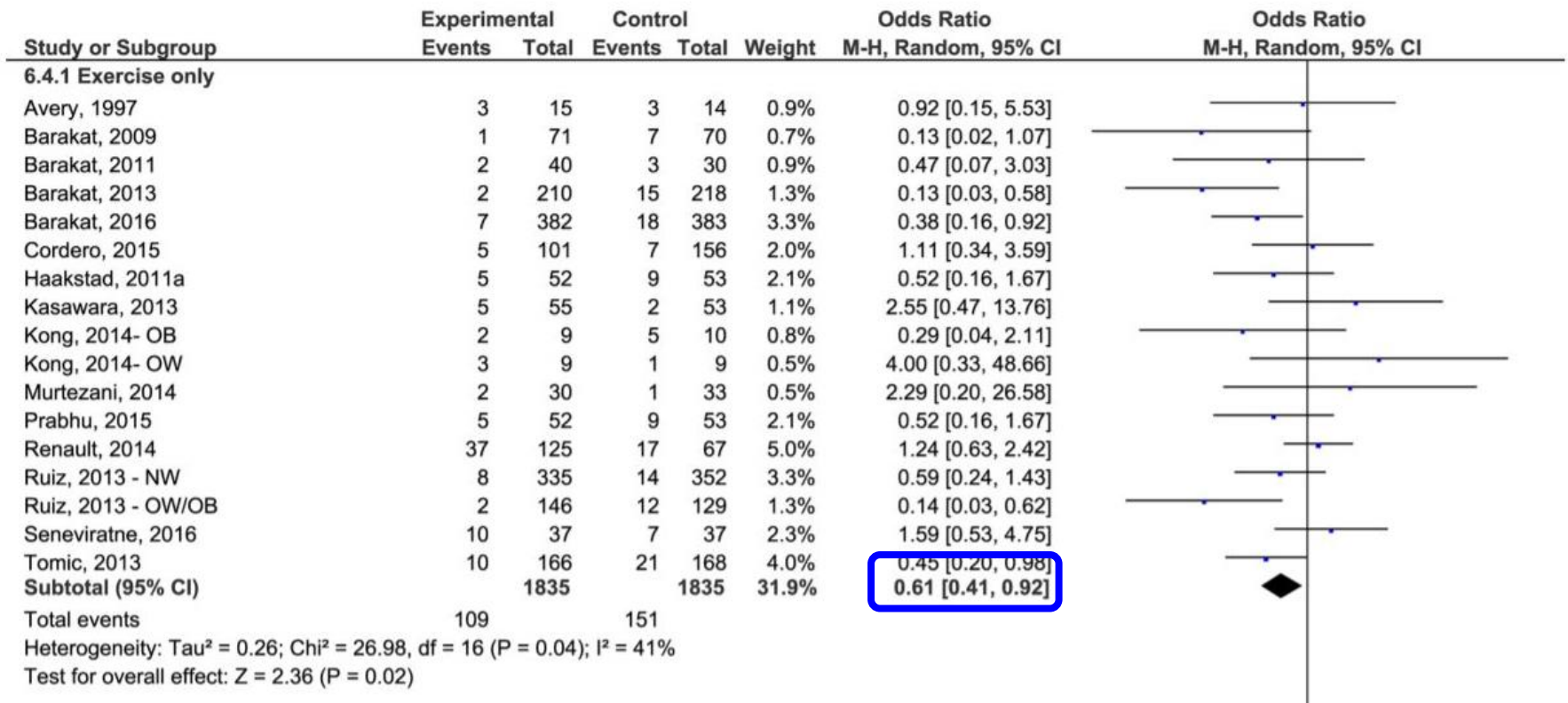
- 15.9** When used in addition to pre- and postprandial blood glucose monitoring, continuous glucose monitoring can help to achieve the A1C target in diabetes and pregnancy. **B**
- 15.10** When used in addition to blood glucose monitoring, targeting traditional pre- and postprandial targets, real-time continuous glucose monitoring can reduce macrosomia and neonatal hypoglycemia in pregnancy complicated by type 1 diabetes. **B**
- 15.11** Continuous glucose monitoring metrics may be used in addition to but should not be used as a substitute for blood glucose monitoring to achieve optimal pre- and postprandial glycemic targets **E**
- 15.12** Commonly used estimated A1C and glucose management indicator calculations should not be used in pregnancy as estimates of A1C. **C**

Prise en charge Activité physique



Impact de l'activité physique sur l'enfant

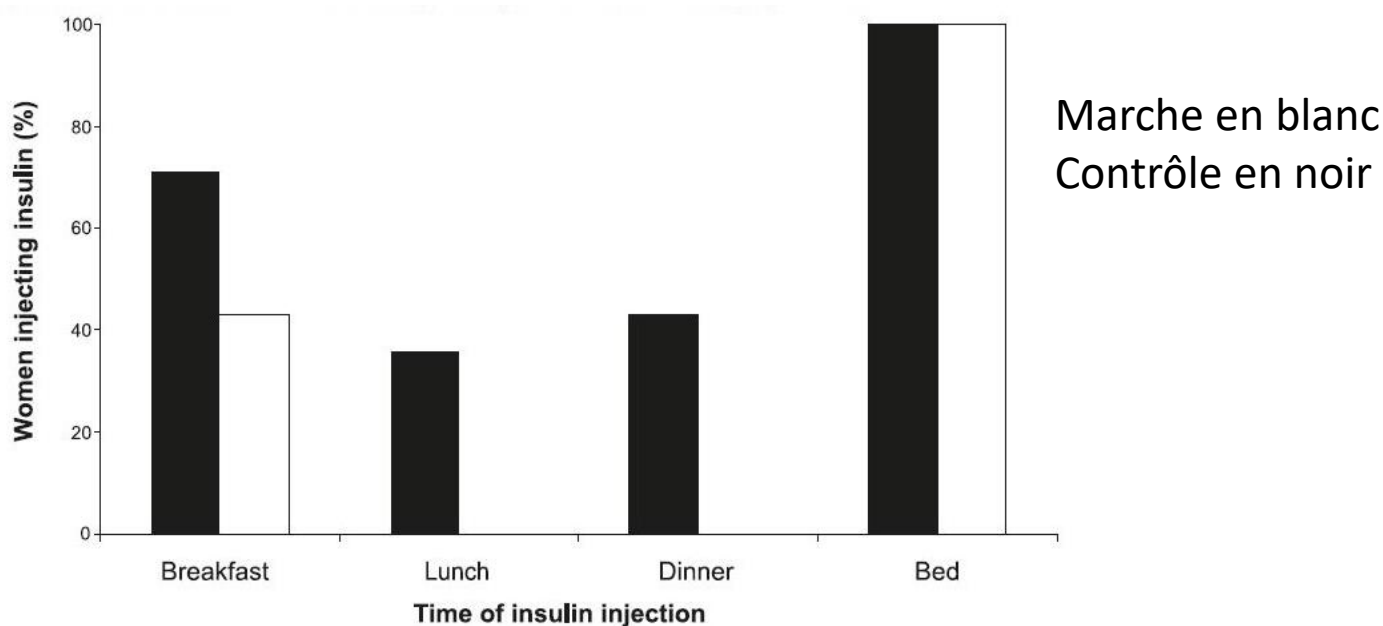
Impact sur la macrosomie (RCT)



Protective effects also in late, but not early pregnancy
Larger effects with higher intensity

Meta-Analysis
Davenport, Br J Sports Med 18
Pastorino, BJOG 18

Activité physique & Glycémies



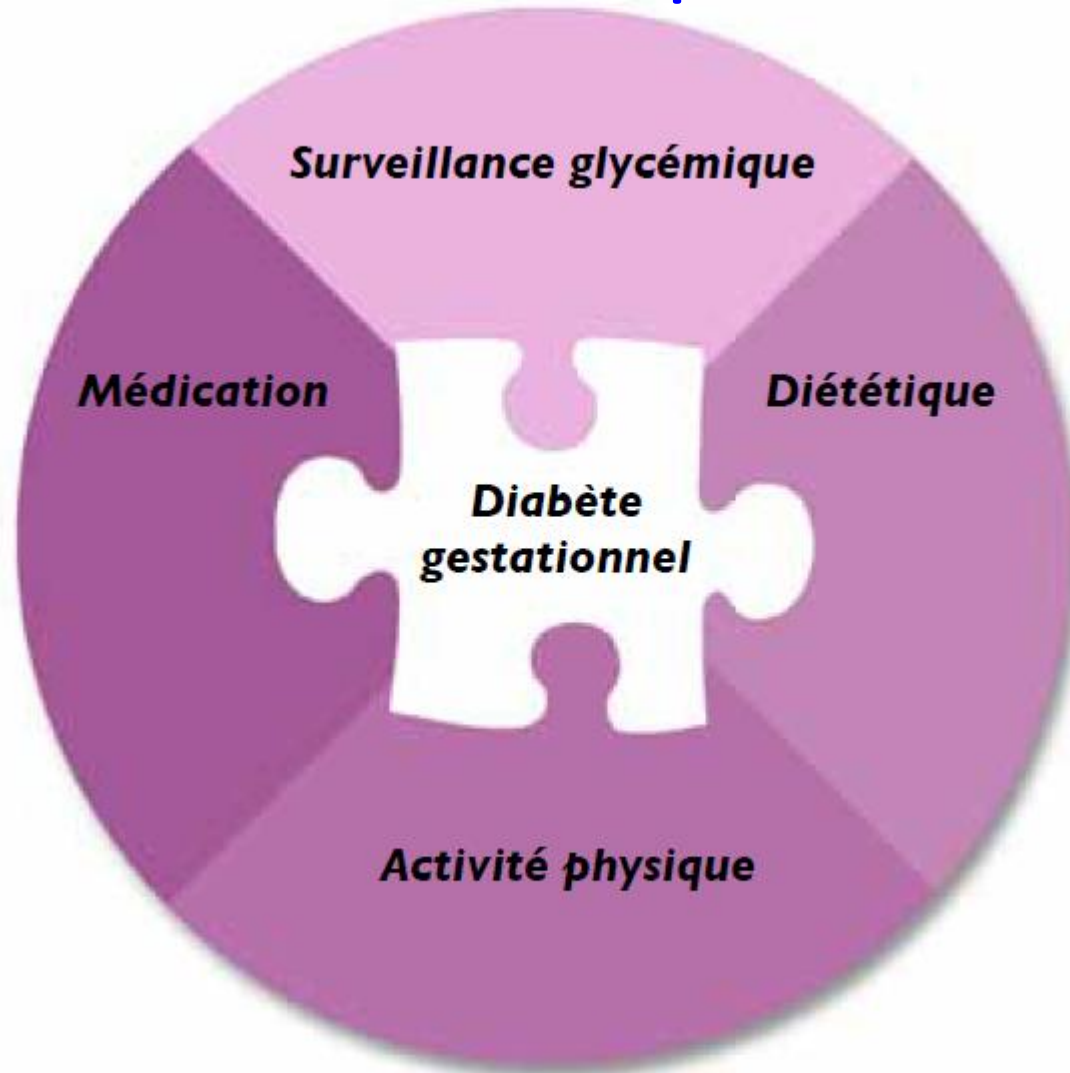
AP aérobie: Réduction des besoins en insuline (marche)

AP résistance/force: Réduction des besoin en insuline, prématurité, Macrosomie

Peut parfois même ↓ GAJ (0-0.4 mmol/l)

Davenport, App Physiol Nutr Metab 2008
Am J Obstet Gynecol 2010
Yaping, Midwifery 2020
Bgeginski R, Journal of Diabetes 17

Prise en charge Diététique



Recommendations



Medical nutrition therapy for GDM :

- Individualized nutrition plan developed between the woman and the dietician
- Adequate calories intake to promote fetal/neonatal and maternal health, achieve glycemic goals, and promote optimal gestational weight gain
- The food plan should be based with guidance of a min. of 175 g of carbohydrate, a min. of 71 g of protein, 28 g of fiber and not high in saturated fat

Nutrition therapy for women with GDM:

- To help achieve and maintain desired glycemic control while providing essential nutrient requirements
- Optimal weight gain
- 35-45% carbohydrates
- 3 small- to moderate-sized meals and 2 to 4 snacks

For obese women

- Caloric restriction by approximately one-third, min. intake of 1600-1800 kcal/d

Nutrition

Index glycémique bas, parfois en combinaison avec alimentation riche en fibres

Favorable pour:

- Besoins en insuline
- Poids naissance
- Prise de poids maternelle

Cochrane 2017: Besoin de plus d'évidence sur le type de conseil alimentaire

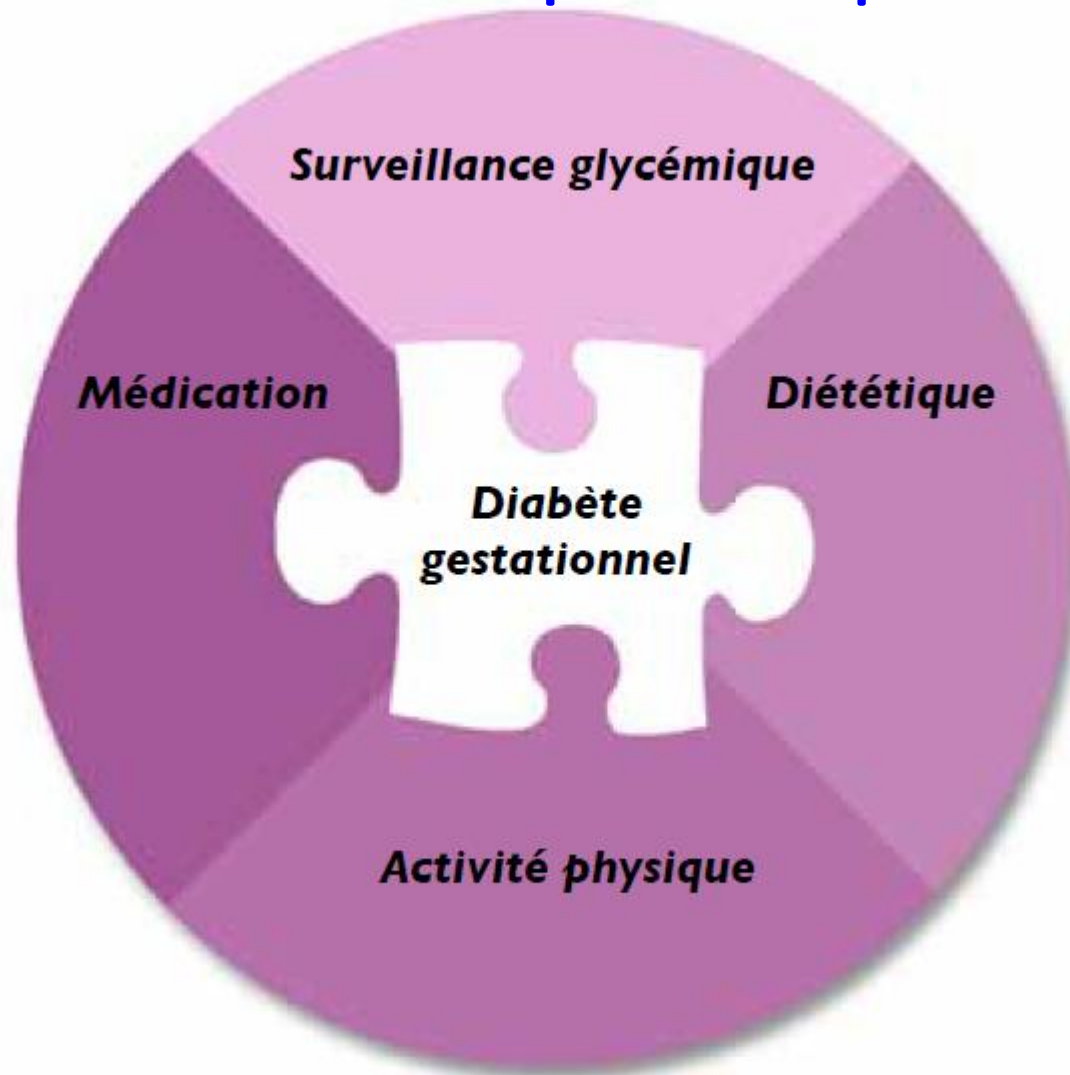
Suppléments en fibres (solubles visqueuses)

- Louie JCY, Journal of nutrition and metabolism 2011
- Gross JL, Diabetes Care 2014
- Wei J, Medicine 2016
- Han S, The Cochrane database of systematic reviews 2017

Poids

RECOMMANDATIONS		
BMI Pré-partum (kg/m ²)	Poids total (kg)	2-3 ^{ème} trimestre (moyenne de kg/semaine)
<18.5	12.5 - 18	0.51 (0.44-0.58)
18.5-24.9	11.5 - 16	0.42 (0.35-0.50)
25.0-29.9	7 - 11.5	0.28 (0.23-0.33)
30.0-34.9	5 - 9	0.22 (0.17-0.27)
35.0-39.9	1 - 5	0.1 (0.04-0.2) ^{a,b}
≥40	0	Pas de prise de poids ^b

Prise en charge Médication: quelles options?



Traitement médicamenteux

Insuline Longue/courte durée Humains and analogues	Ne traverse pas la placenta
Metformine	Traverse la placenta Concentrations fœtales similaires ou plus élevées que concentrations maternelles
Glyburide	Traverse la placenta Transfere transplacentaire très variable

Effets de la metformine vs insuline dans la grossesse

Butalia: GDM and DM2

- ↓ Hypertension art. liée à la grossesse
- ↓ Prise de poids
- ↓ Hypoglycémie néonatale
- ↓ Hospitalisation Neonat
- ↓ LGA
- Pas de changement prémat, SGA, mortalité périnatale, Césarienne

Feng: GDM

- ↓ Hypertension art. liée à la grossesse
- ↓ Prise de poids
- ↓ Hypoglycémie néonatale sévère
- ↓ HbA1c fin grossesse

Metformine

- The **good**: Avantages hypertension gestationnelle, prise de poids, hypoglycémies néonatales, hosp NICU, LGA
- The **bad**: Echec de traitement: 33.8% (entre 18% et 46% selon les études)
- The **ugly**: long terme: composition corporelle des enfants moins favorable. «Intelligence».
- Impuretés
- Postpartum probablement moins de soucis (allaitement)



Insuline analogues « rapides »

Lispro

(Humalog®)

Comp: Prudence

Etudes retro & prospectives, pas RCT

(Lyumjev®): ultra-fast acting , pas de données

Ajouts Citrate, Treprostinil (absorption?)

Aspart

(Novorapid®)

Comp: Peut être utilisé

2 RCT

(Fiasp®): ultra-fast acting (ongoing RCT avec Novorapid®)

Ajouts Niacinamide et L-Arginine ok pour grossesse

Glulisine

(Apidra®)

Comp: Nombre limité des données: sans problème de sécurité

Pas d'études contr.

-(ok pour experts)

Insuline analogues basales

NPH/Insulatard/Huminsuline basal
Problème de variabilité

Glargine

(Lantus®, Abasaglar®)

Pas d'études contrôlées, mais plus que 1000 observations

Toujeo®

Pas d'études

Comp: Peut être envisagé

Detemir

(Levemir®)

1 RCT (n=310 DM1) avec NPH et études observationnelles et grand registre
efficacité comparable à insuline NPH (DM1), evtl glc à jeun ↓

Comp: Peut être envisagé

Dégludec

(Tresiba®) RCT publié

Comp:.... Le traitement par Tresiba peut être envisagé pendant la grossesse en cas
d'indication clinique

Torlone E, Acta Diabet 09; Shenoy V, DM 12; Durnwald CP, Curr Diab Rep 11
Mathiesen ER, Diab/Metab Res Rev 11; Leperc J, Obstet & Gynecol Int 12
Mathiesen ER, Diabetes Care 13; Callesen N, J Mat-Feta Neonat Med 13;
Mathiesen ER, Lancet Diabet 23

Degludec vs Detemir (Expect Trial)

- The prolonged and stable absorption mechanism of degludec leads to a half-life of approximately 25 h, a flat and consistent glucose-lowering effect, and a long duration of action of greater than 42 h.
- In non-pregnancy settings, degludec can provide a greater reduction in fasting plasma glucose and a lower risk of nocturnal hypoglycaemia compared with glargine 100 U/mL in people with type 1 diabetes.

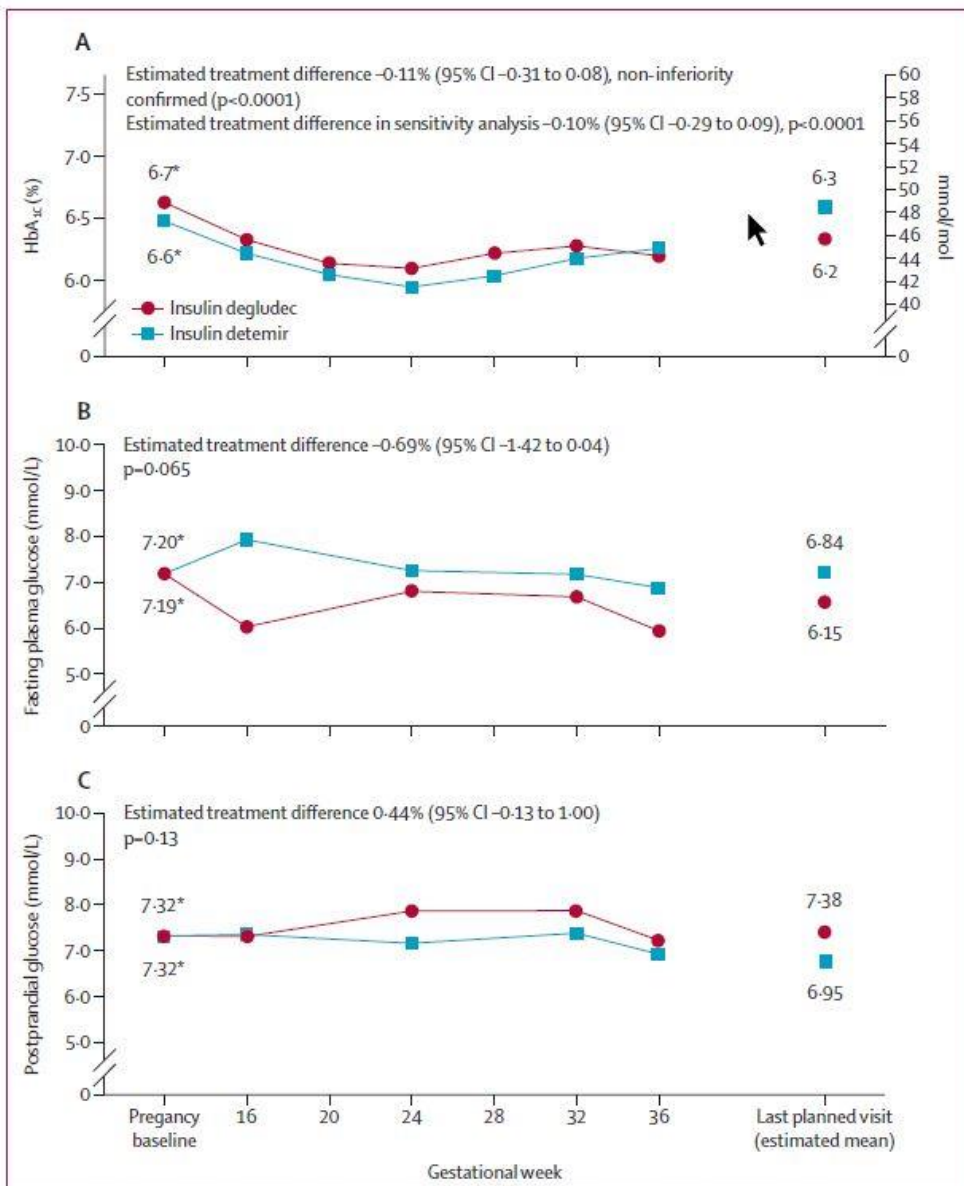


Figure 2: HbA_{1c} (A), fasting plasma glucose (B), and average postprandial glucose by treatment group (C)
 Analysis based on full analysis set for all randomised participants who were pregnant during the trial. *Pregnancy baseline to 36 gestational weeks: observed in-trial pregnancy period data in participants contributing to statistical analysis. Average postprandial glucose refers to mean postprandial glucose 90 min after breakfast, 90 min after lunch, and 90 min after main evening meal.

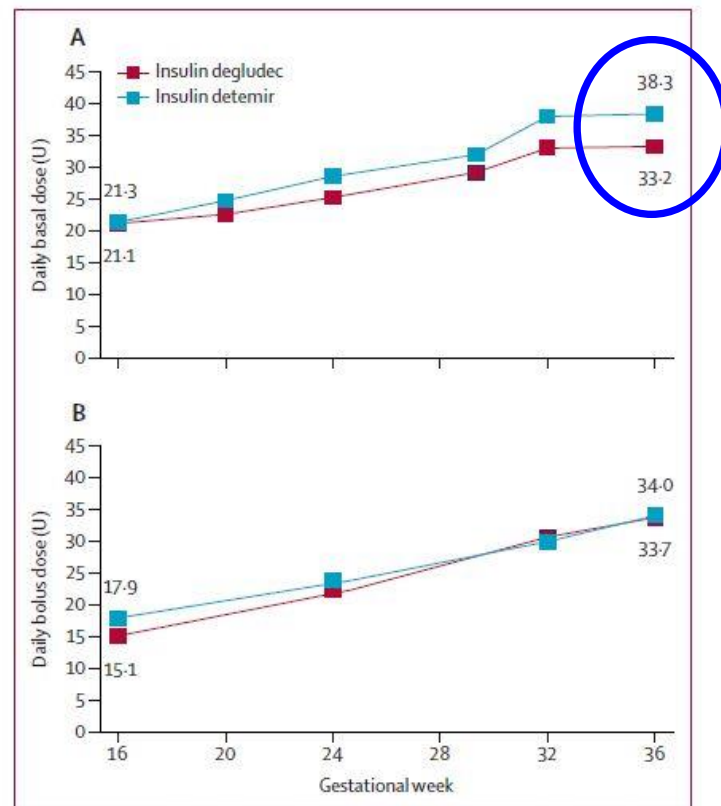


Figure 3: Mean daily basal insulin dose (A) and mean daily bolus insulin dose by treatment group (B)
 Observed data.

**PAS DE DIFFERENCES OUTCOMES
MERE OU ENFANT**

	Degludec group (n=91)			Detemir group (n=94)			Treatment comparison estimated adjusted P (95% CI) or OR (95% CI)
	n (%)	Events	Events per patient-year of exposure	n (%)	Events	Events per patient-year of exposure	
Any hypoglycaemia	89 (98%)	5431	118.5	91 (97%)	5982	134.0	RR 1.14 (0.97-1.33)
Nocturnal hypoglycaemia	71 (78%)	712	15.5	69 (73%)	759	17.0	RR 1.12 (0.96-1.30)
Severe hypoglycaemia	5 (5%)	10	0.2	2 (2%)	3	0.1	OR 0.13 (0.03-0.53)
Adjudicated severe hypoglycaemia	6 (7%)	8	..	3 (3%)	4	..	OR 0.42 (0.11-1.63)
Adverse events	78 (86%)	429	9.4	76 (81%)	328	..	RR 0.97 (0.83-1.13)
Serious adverse events	38 (42%)	57	1.2	32 (34%)	42	..	RR 0.92 (0.72-1.17)
Pre-eclampsia†	12 (14%)	12	0.3	7 (8%)	..	..	OR 1.59 (0.73-3.44)
Development of sight-threatening retinopathy‡	2 (2%)	..	..	2 (2%)	..	..	OR 1.00 (0.16-6.38)
Mode of delivery							
Planned caesarean section	42 (46%)	..	..	45 (48%)	..	..	OR 1.00 (0.73-1.37)
Non-planned caesarean section§	23 (25%)	..	..	17 (18%)	..	..	OR 0.65 (0.43-0.98)
Spontaneous vaginal birth	11 (12%)	..	..	11 (12%)	..	..	OR 1.00 (0.45-2.24)
Operative vaginal birth	8 (9%)	..	..	9 (10%)	..	..	OR 1.20 (0.51-2.87)
Missing data	7 (8%)	..	..	7 (8%)	..	..	OR 1.00 (0.28-3.60)
Change in bodyweight¶, kg	12 (5)	..	..	12 (5)	..	..	OR 1.00 (0.71-1.41)

Any hypoglycaemia—all episodes with onset during the pregnancy period of hypoglycaemia, probable symptomatic hypoglycaemia, and pseudo-hypoglycaemia. Nocturnal hypoglycaemia—episodes with onset between 00:00 and 05:00 h and a plasma glucose value ≤ 3.1 mmol/L was required. Nocturnal hypoglycaemia—episodes requiring assistance of another person (WHO 2013 classification). †Missing category refers to cases of early onset pre-eclampsia. ‡Missing category refers to cases of early onset retinopathy. §From pregnancy based on WHO 2013 classification. ¶From pregnancy based on WHO 2013 classification and exposed to at least one dose of trial drug.

Table 2: Maternal safety outcomes in randomised participants

	Degludec group	Detemir group
Birth weight (kg)	3.4 (9%)	3.4 (9%)
Birth weight Z-scores	0.0 (9%)	0.0 (9%)
Small for gestational age	5 (5%)	7 (7%)
Large for gestational age	8 (9%)	8 (8%)
Neonatal hypoglycaemia (plasma glucose ≤ 2.5 mmol/L [45 mg/dL] between 24 and 48 h after birth)	86 (93%)	85 (89%)
Neonatal hypoglycaemia (plasma glucose ≤ 1.7 mmol/L [31 mg/dL] during first 24 h after birth)	1 (1%)	4 (4%)
Adverse events in infant (after delivery)	54 (63%)	57 (67%)
Preterm delivery (<37 weeks' gestation)§	42 (49%)	32 (38%)
Late preterm delivery ($\leq 34-37$ weeks' gestation)	29 (34%)	19 (22%)
Early preterm delivery (30-34 weeks' gestation)	2 (2%)	5 (6%)
Infants born large for gestational age§	55 (64%)	43 (51%)
Infants born small for gestational age	1 (1%)	3 (4%)
Neonatal hypoglycaemia (plasma glucose ≤ 2.5 mmol/L [45 mg/dL] between 24 and 48 h after birth)	20 (23%)	19 (22%)
Neonatal hypoglycaemia (plasma glucose ≤ 1.7 mmol/L [31 mg/dL] during first 24 h after birth)	4 (5%)	5 (6%)

Table 3: Fetal and neonatal outcomes in randomised participants

Data are n (%). OR=odds ratio. RR=rate ratio. Analysis based on full analysis set for all randomised participants who were pregnant during the trial. n=number of women with ≥ 1 events. *n=92 for degludec group; n=96 for detemir group. †Unaddressed category refers to cases where either the parents of the infant did not give consent to share information after delivery, the participant was withdrawn from trial and did not give any further information, or the participant did not fill the outcome form. ‡n=86 for degludec group; n=85 for detemir group. §Post-hoc analysis performed for comparison between treatment groups by use of logistic regression models with treatment, stratification factor and region as categorical fixed effects. Estimated adjusted OR (95% CI) or RR (95% CI): preterm delivery, OR 1.54 (0.75-3.15); infants born large for gestational age, OR 1.65 (0.87-3.15); neonatal hypoglycaemia during first 24 h after birth, RR 1.02 (0.53-1.97); adverse events in infant (after delivery), RR 1.02 (0.70-1.48).

Risques liés au DG pour l'enfant sur le long terme



Relation DG et obésité pédiatrique

- Présent à la naissance
- Présent (obésité et obésité centrale) à 6-14 ans et à l'adolescence (incluant RI, indépendant de IMC mère et enfant)

Prévalence augmentée de diabète de type 2 (10-22 ans): (allaitement: effet protecteur)

- OR 6 pour DM mère pendant grossesse (>90% DG)
- OR 3 pour obésité mère pendant grossesse (médiateur: IMC de l'enfant)

HAPO, Lowe JAMA 2018. Crume TL-EPOCH, 6-13 ans, Diabetologia 11, Mayer-Davis E, Pettitt D- HAPO, 2 ans, Diabetes Care 10, Silverman BL, 7-8 ans, Diabetes 91, Dabelea D, DC 08, Pettitt DJ, 5-24 ans- Pima, Diabetes 91, Grunnet L, DC 2017

Risques liés au DG pour la mère sur le long terme

- **Récurrence de DG :**

≈30-70% des grossesses

Dépend de l'ethnie et du changement d'IMC entre les grossesses

- **Diabète :**

Risque augmenté jusqu'à 7-10x comparé aux femmes sans DG.

10-50% dans les 5-10 ans pp (linéaire pour type 2; pas pour type 1)

- **Syndrome métabolique :**

Risque augmenté 2x

- **Maladies cardiovasculaires :**

Risque augmenté 2x (même si pas de diabète)

Bellamy L, Lancet 09

Reece EA, J Maternal Fetal Med 10

Vohr BR, J Maternal Fetal Med 08

Carr DB, Diabetes Care 06

Kramer C, Diabetologia 19

Gunderson E, Circulation 21

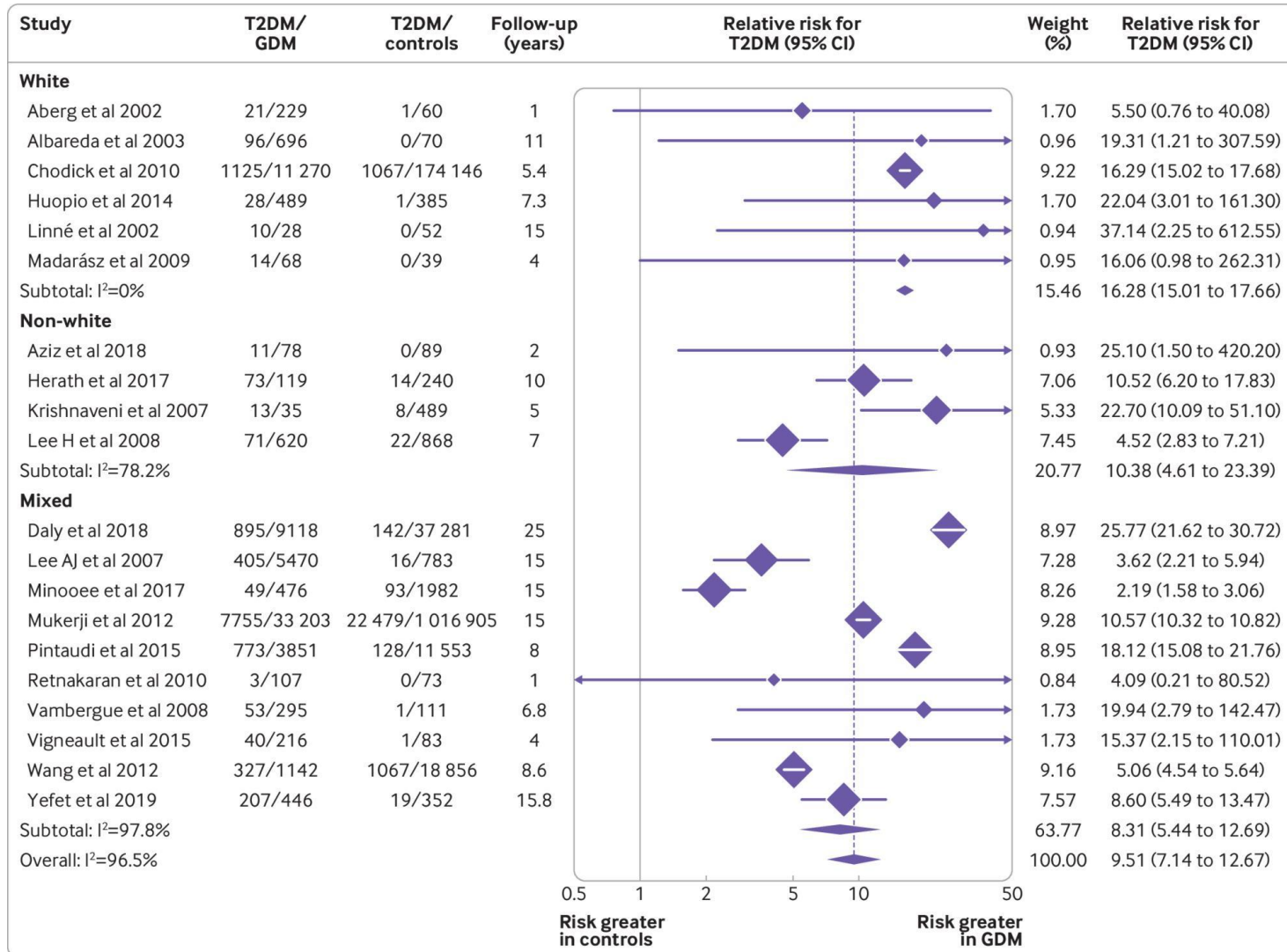
Ehrlich SF, Obstet Gynecol 11

Kim C, Diabetes Care 07

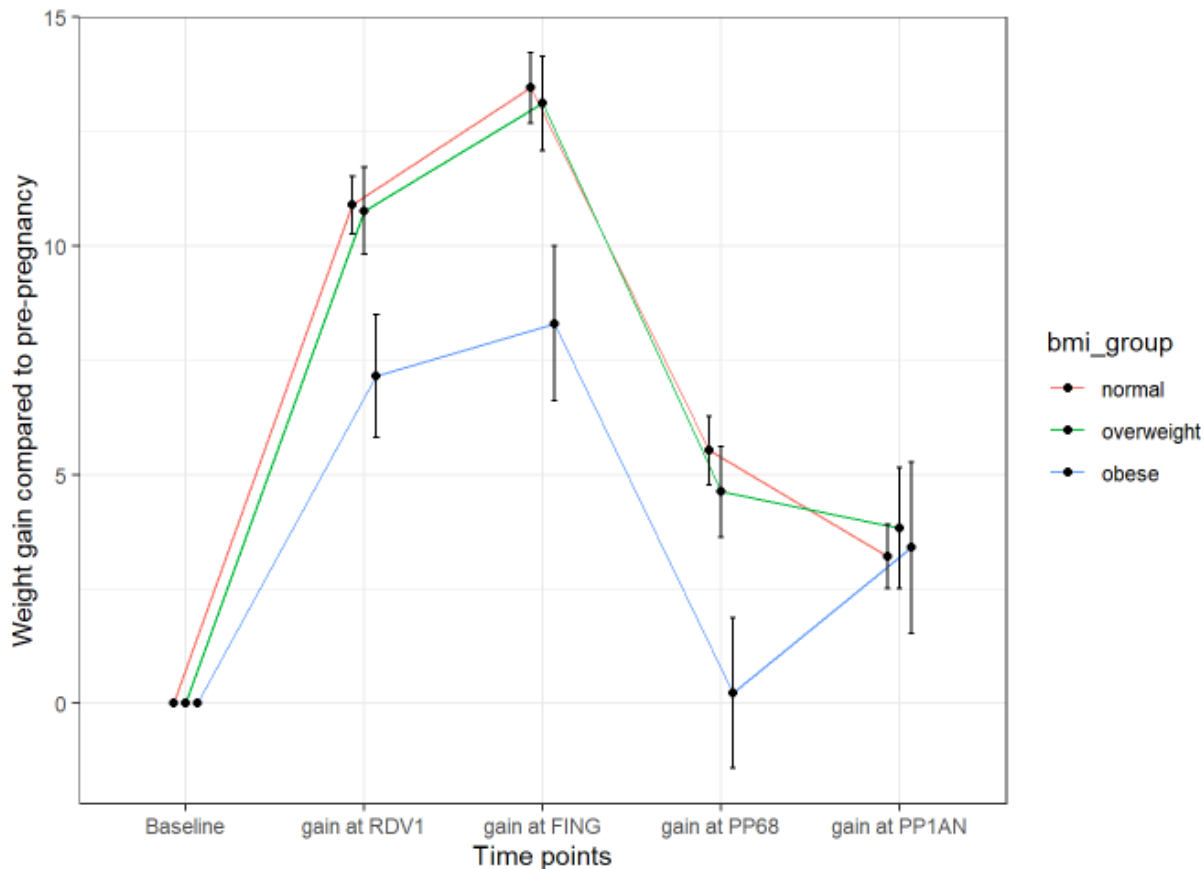
Retnakaran R, CMAJ 09

Shah BR, DC 08

Risk to develop dM2 after GDM



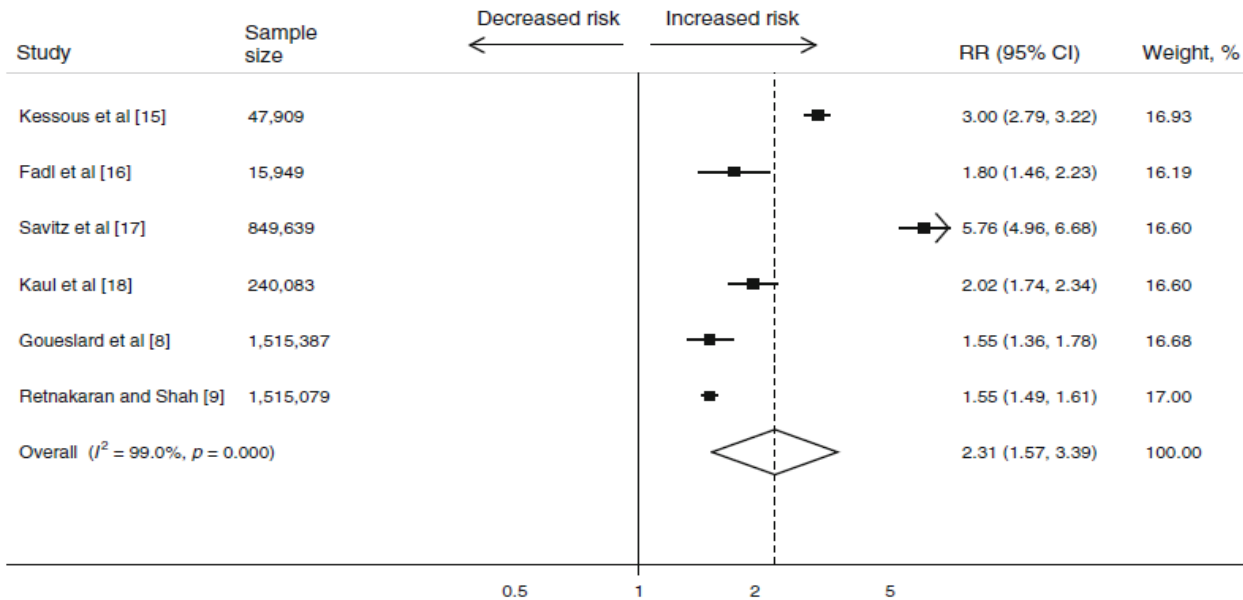
Trajectoire de poids (nos données, pas publiés)



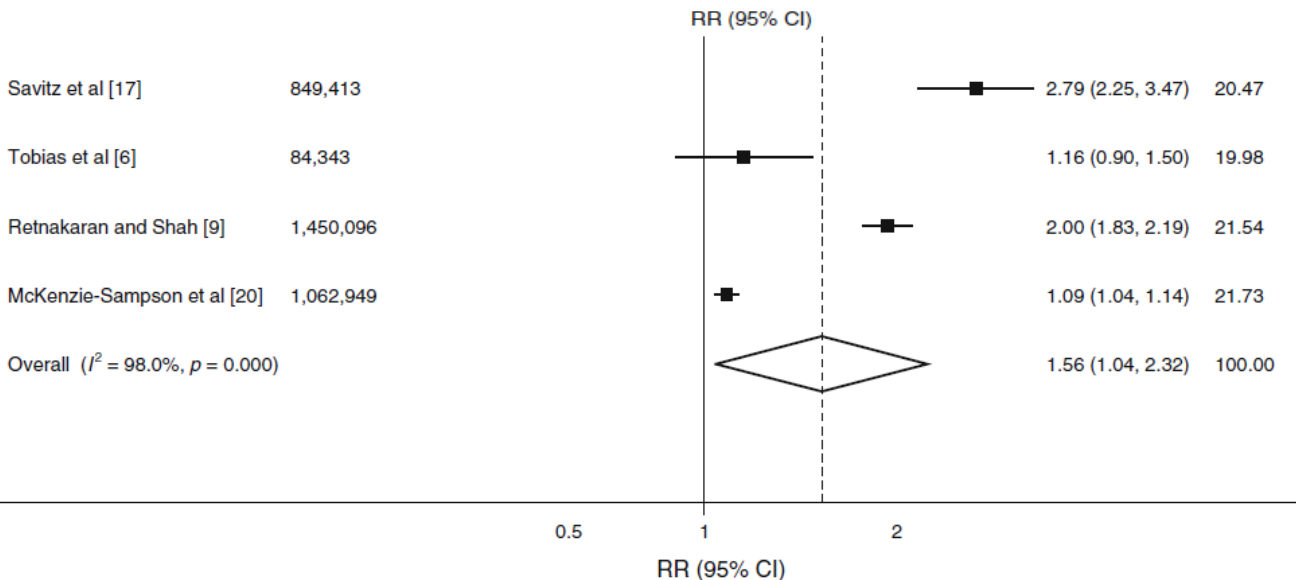
Femmes avec surpoids prennent autant de poids durant la grossesse que les dames à BMI normal avant grossesse.

Femmes avec obésité prennent du poids entre 6-8 semaines et à 1 an postpartum.

Risque d'un événement CV



2.3 x ↑ dans le 10 ans après diagnostic



Aussi augmenté chez les patientes qui ne développent pas de diabète

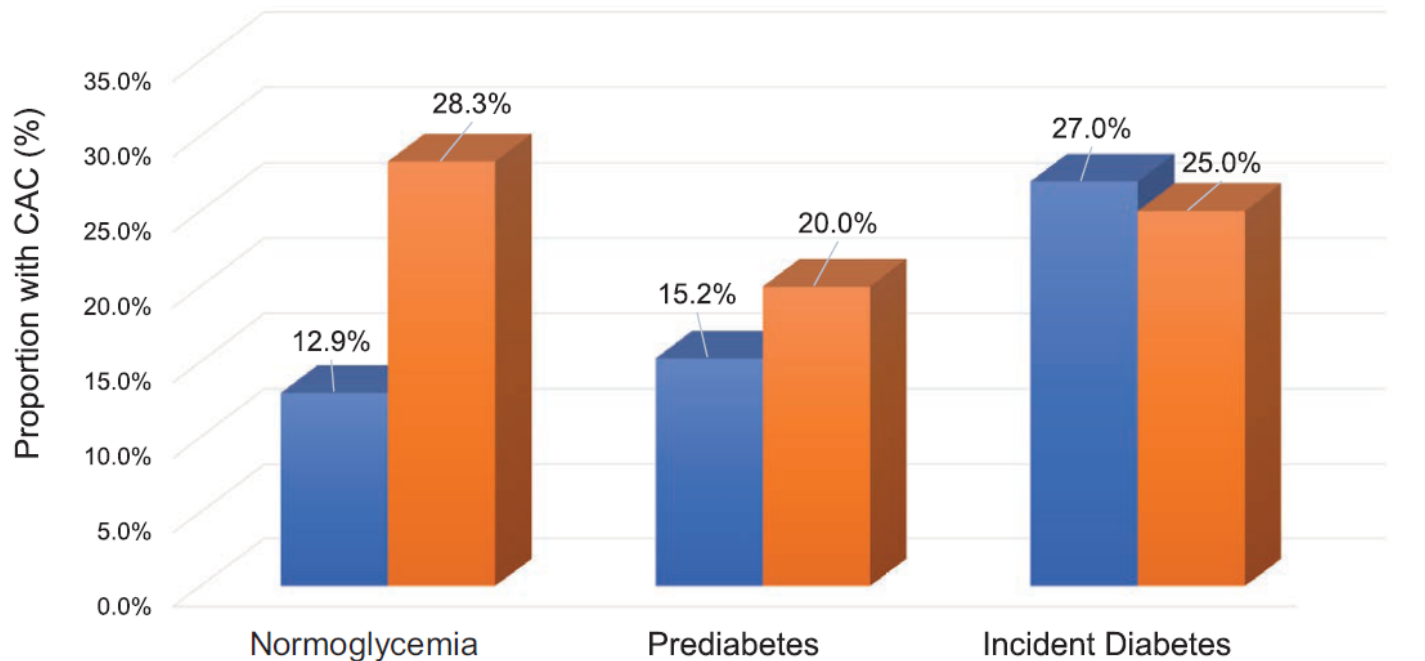
Coronary Artery Calcium The CARDIA Study

No GD group, P-trend =0.003

GD group, P-trend =0.65

Pairwise comparison of GD vs no GD within Glucose Tolerance Groups:

Normoglycemia P-value=0.002; Prediabetes P-value=0.39; Incident Diabetes P-value=0.82



La normo glycémie ne diminue pas le risque d'une maladie future cardiovasculaire chez des femmes avec un diabète gestationnel



Quoi faire en postpartum?

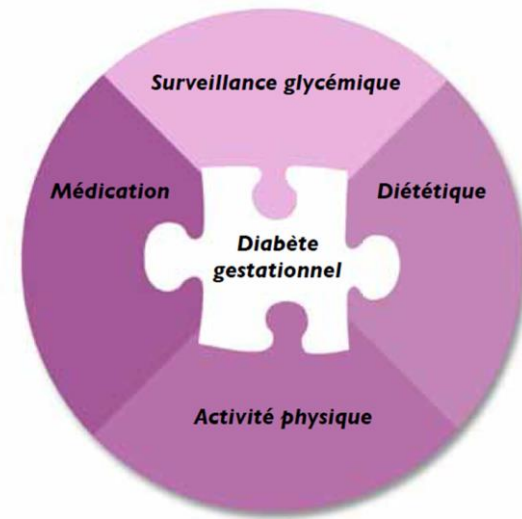
ADA 2023: HGPO 75 g 4-12 sem pp, HbA1c pas idéale

NICE 2015: HbA1c @3 mois, et/ou glycémie à jeun (pas HGPO de routine) & timing pas clair

CH: 6-8 sem pp
et puis tous les 1-3 ans (si nl) !

Take home message !

- Dépistage, facteur de risque
- Prise en charge (interdisciplinaire)
- Complications, long-terme, épigénétique
- Prise en charge aussi dans le postpartum



Prévention Diabète Type 2



Intervention style de vie pour la mère

- **Diabète:**
 - 23 RCT: Comparé à “standard care”, réduction de 24% d’incidence du diabète de type 2 (RR 0.76 [95% CI 0.63-0.93]).
 - **Taux de cholestérol:**
 - Effet modeste
- **Poids:**
 - Plus de chance de revenir au poids avant la grossesse (si IMC normal ou réduction de 5% du poids (si IMC > 25 kg/m²))
- **Breastfeeding:**
 - If longer than 4-6 months → protective role on the occurrence of DM2.
- Possible combinaison avec metformin

Risque de diabète après un DG en fonction de l'allaitement (~1/3 réduction)

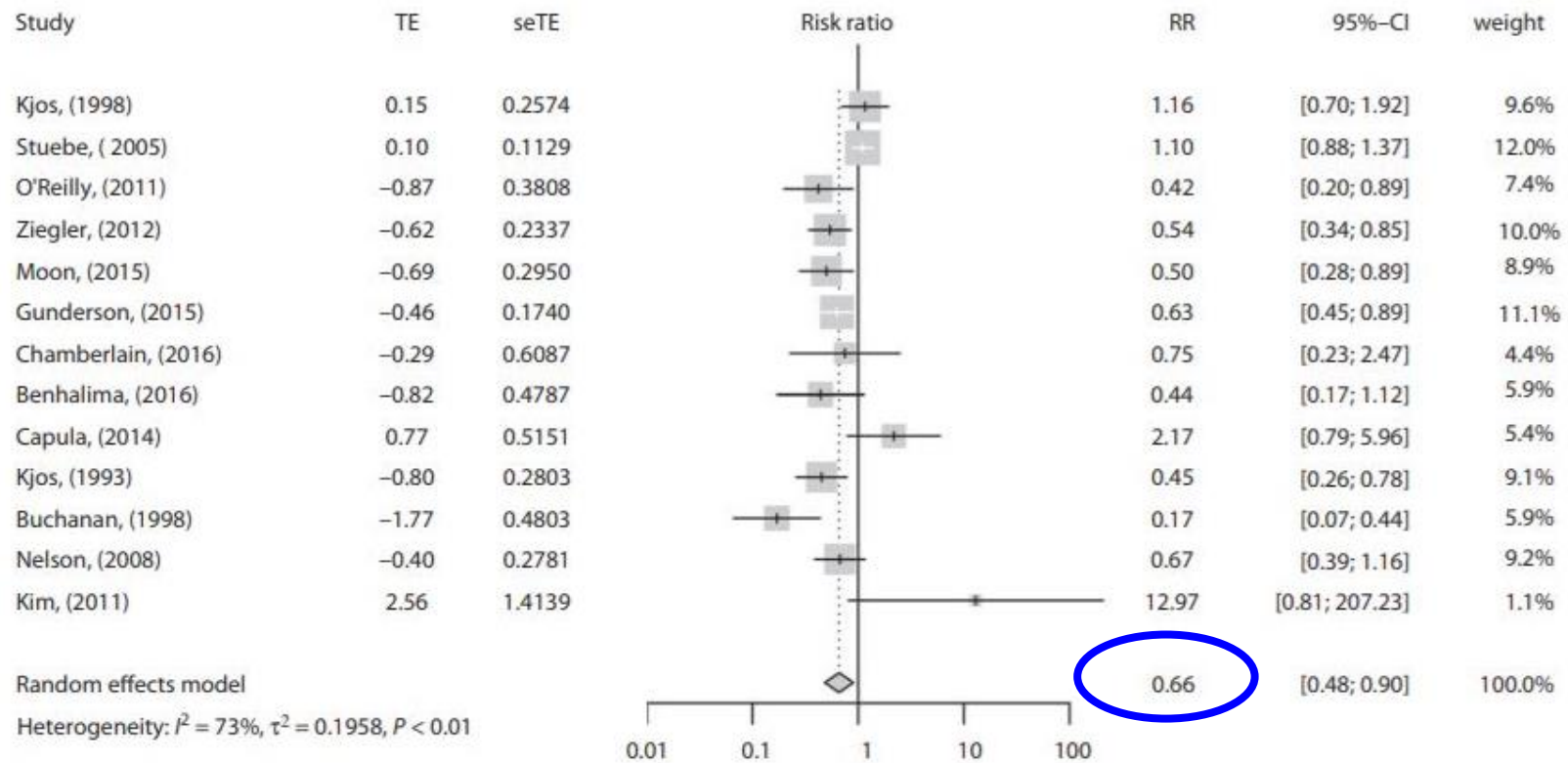
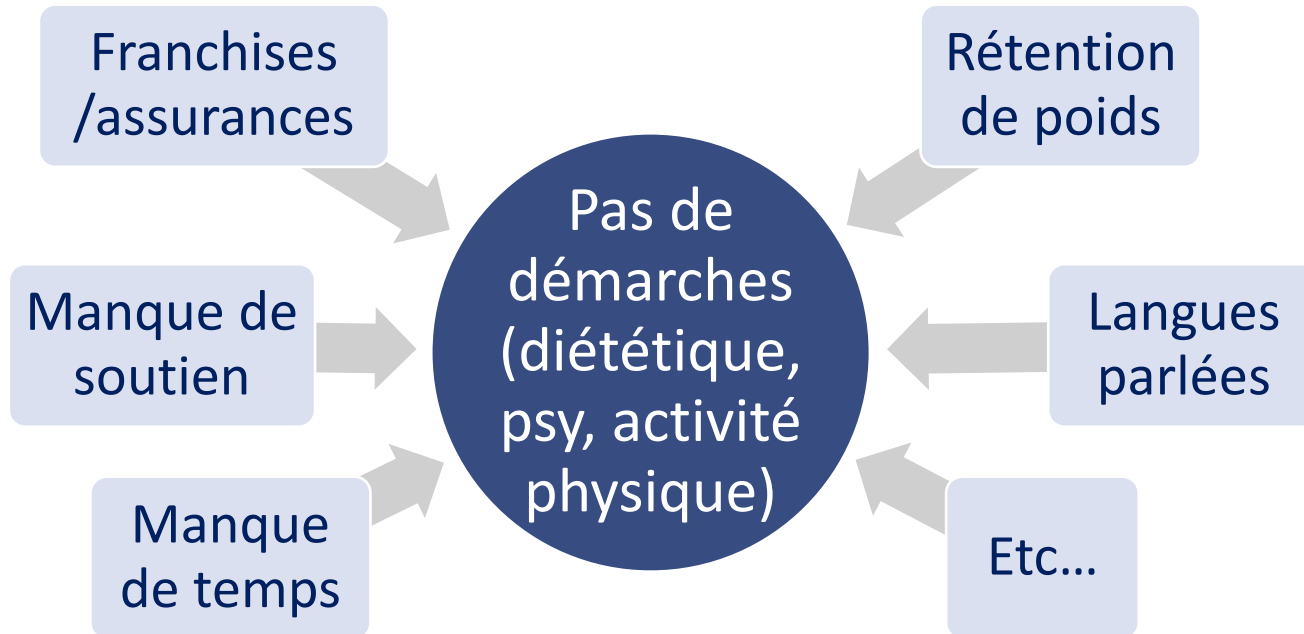


Figure 2 | Forest plot of studies showing the relative risk (RR) for the association between lactation and type 2 diabetes mellitus risk. CI, confidence interval; seTE, standard error of the log risk ratio; TE, transformation of relative risk.

Constat au DG avant la Consultation Prévention

- Rétention moyenne de poids de **4 kg** dans notre cohorte à 1 an postpartum (5-7kg dans la litt. DG).
- **40%** des patientes ont un pré-diabète à 1 an postpartum.
- Relation DG et obésité pédiatrique - Prévalence augmentée de diabète de type 2 (10-22 ans) (allaitement: effet protecteur)

Problématiques



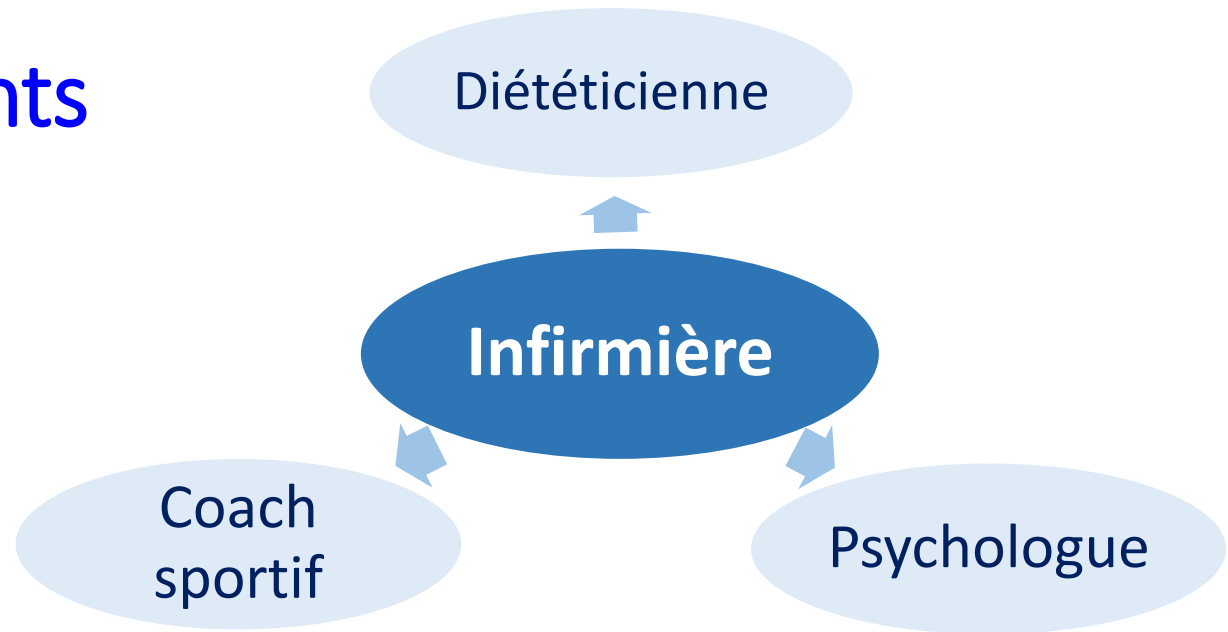
➔ Obtention de fonds Tâche de Santé Publique (TSP) pour population vulnérable. De ce fait, les suivis ne sont pas à la charge de la patiente grâce au soutien de la Direction générale de la santé (DGS).

Prévention Diabète Famille

Objectifs :

- Aider les femmes et leur famille à améliorer leurs **habitudes de vie**
- Prévenir le diabète chez la mère ayant eu un diabète gestationnel et intégrer la **prévention de la santé métabolique et mentale** chez elle, son nouveau-né et sa famille.

4 intervenants



Les suivis infirmiers, diététiques et d'activité physique sont spécifiques au **postpartum**

Cs en présentes, par téléphone ou visio.

ETP avec Entretiens Motivationnels, identification des ressources et des freins, vision globale de la femme et sa famille

Organisation

Cette prestation se présente comme un *supplément* à la prise en charge centrale.

Début de grossesse:
Prévention DG

**Consultation
principale DG**

*Selon besoins
Consultation
prévention
(psy)*

Durant la grossesse:
Prise en charge DG

**Consultation
principale DG**

*Selon besoins
Consultation
prévention
(psy)*

Postpartum:
Prévention Obésité et
Diabète
Mère et enfant

**Consultation
principale DG**

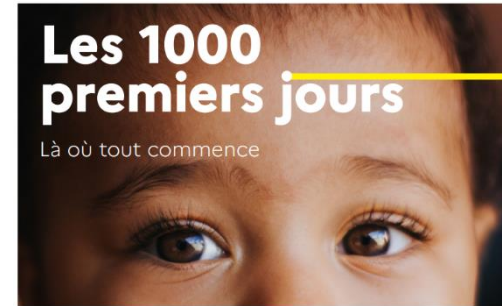
*Selon besoin
Consultation
prévention
(psy, inf, diète, APA)*

Interventions

- Prise de poids excessive dans la grossesse
- Rétention de poids en postpartum (influencée par prise de poids dans la grossesse)
- Obésité ou surpoids
- Sédentarité, alimentation peu adéquate
- Diagnostic de pré-diabète en postpartum
- Stress, angoisses
- Mauvais sommeil


Une amélioration de leur santé métabolique est indispensable avant une prochaine grossesse, autant pour la mère que pour le futur bébé.

Future génération conseils de base



Une partie essentielle de la consultation est d'intégrer des habitudes saines dans le quotidien de la prochaine génération

Notre programme Minilève
Ouvert aux enfants et aux parents



Le programme Minilève est ouvert à tous les enfants d'âge préscolaire (de 3 à 5 ans) et à leurs parents ou à un adulte accompagnant. Il est gratuit et se déroule tous les dimanches matin pendant la période hivernale. Nous transformons les salles de sport en espaces de jeu éducatif. Avec Minilève, nous encourageons le développement des compétences motrices des enfants. De plus, nous devenons un terrain de proximité de rencontres des enfants. Ici, nous sommes en contact avec les autres. Ainsi, nous encourageons d'un côté la cohésion et la bien-être au sein des quartiers et de l'autre des contacts avec les personnes des quartiers et de l'autre des contacts avec les personnes des quartiers et de l'autre des contacts avec les personnes des quartiers...

Le sommeil de bébé

Le sommeil est un élément important de la vie de votre enfant: son repos est essentiel. Quand un enfant est reposé, il est moins irritable et cela contribue à l'équilibre familial.

- Tête de manière intensive sa loutte ou son doigt
- Est plus entable, se met à pleurer
- Câlme son doudou...

À l'approche de l'heure du coucher
 Diminuer le rythme des activités
 Installer un rituel pas trop long pour le coucher, par exemple:

- Lui faire des câlins
- Dire bonne nuit à la famille
- Lui chanter une berceuse
- Lui raconter une histoire
- Lui mettre une boîte à musique
- Éteindre la lumière ou lui mettre une veilleuse à faible intensité



PAPRICA PETITE ENFANCE
COMMENT BOUGER AVEC SON ENFANT



0-3 ans
 0-3 ans

République Française
Pas à pas, votre enfant mange comme un grand
 Le petit guide de la diversification alimentaire



L'alimentation durant la 2^e et 3^e année de vie
 Conseils pour passer d'une alimentation purement lactée à la table familiale

L'alimentation durant la 1^{re} année de vie
 Guide pour passer d'une alimentation purement lactée à la table familiale

Soutenir la santé psychique des futurs parents
 Informations et recommandations pour les professionnels de santé



CONSEILS AUX PARENTS DE 6 ANS
VOICI COMMENT FORT MENTAL!
 COMMENT PUIS-JE Y VOIR?

VOUS POUVEZ TOUS CONTRIBUER À CE QUE JE DEVIENNE FORT MENTALEMENT!

Être présent(e)
 Mon enfant doit se sentir en sécurité. C'est pourquoi, même si ce n'est pas toujours facile, je dois lui offrir mon attention et mon soutien. Je suis ce dont mon enfant a besoin, ce n'est pas de moi-même.

Se parler
 Peut-être que mon enfant ne comprend pas ce que je lui dis. Mais je lui parle quand même. Je respecte ce qu'il me dit, même si ce n'est pas ce que j'aimerais entendre. Je lui explique mes pensées et lui montre que j'ai compris ce qu'il veut dire.

Consoler
 Quand mon enfant pleure, je le console. Je suis le rassurer et le soutenir dans ses bras. Et si le bécot ne suffit pas, je le serre dans mes bras.

Maîtriser de la jalousie
 Je m'occupe de mon enfant, mais j'ai aussi d'autres enfants. Je leur montre que j'aime tous les enfants. Je leur montre que je suis là pour eux, même si ce n'est pas toujours facile.

Expliquer les choses
 Analyser à l'avance les choses importantes et même les petites choses qui ne sont pas faciles de nous. Je lui explique ce que ça veut dire et ce que ça implique.

zhaw
Comment renforcer la santé mentale de mon enfant?
 Pour les parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans

Un projet conjoint de l'arrondissement de la santé et de l'éducation de la psychologie appliquée, financé par l'OFSP

Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederaziun Svizra
 Confederaziun Svizra

Département fédéral de l'éducation, de la recherche et de la jeunesse
 Office fédéral de la santé publique



Évolution de la consultation

FORCES

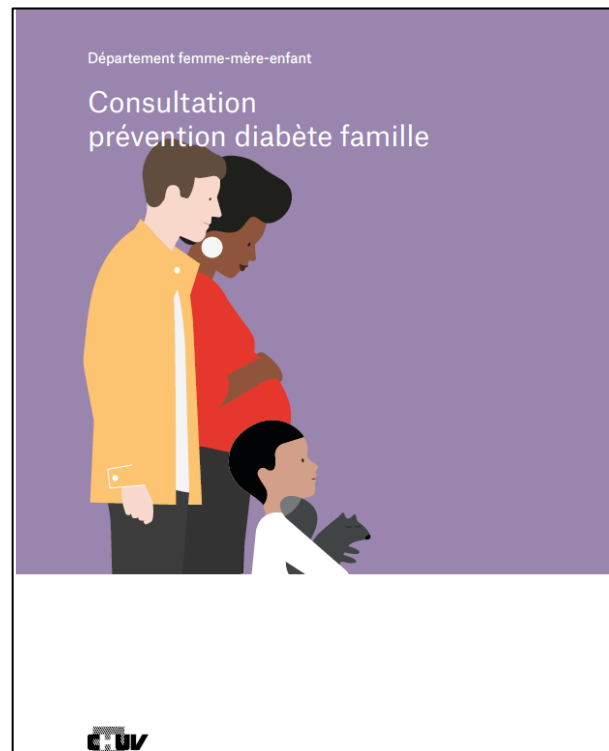
- Même équipe que la consultation DG
- Gratuité (hors franchise, assurances)
- Traducteurs au sein du CHUV
- Consultations visio ou téléphoniques

FAIBLESSES

- Une seule demi journée de consultations
- Priorités de vie, motivation
- Nombreux autres RDV
- Perception du risque
- Déjà des prises en charge existantes (suivis, applications, abonnements) avec un focus différent

Contact

Site web: www.chuv.ch/prevention-diabete-famille



A photograph of three pregnant women standing side-by-side, each holding her belly. The woman on the left is wearing a pink top, the middle one a white top, and the right one a light purple top. A semi-transparent grey oval with blue text is overlaid in the center of the image.

**Merci pour
votre
attention !**