RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-1)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse
UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Pr Michel Assane NDOUR (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.
Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.
Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.
La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.

2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.

3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.
Les références (thèses et mémoires) ne sont pas acceptées.
Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.
Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.
Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.
Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.
Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.
Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.
Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.
Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.
Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi
Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(rafmi.org).**

IV. Publication
Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.
Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Stéatose hépatique métabolique (MASLD) chez les diabétiques de type 2 en milieu hospitalier africain (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Profil épidémio-clinique et paraclinique de la Sclérodermie Systémique au service de médecine interne du CHU-Treichville (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Polyarthrite rhumatoïde au Sénégal : profil hospitalier et facteurs associés aux formes déformantes. Étude multicentrique de 340 cas dans la région de Thiès **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Qualité de vie des diabétiques de type 2 suivis au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Bénin) en 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Équipe multidisciplinaire d'antibiothérapie de l'Hôpital Principal de Dakar : Activités et résultats préliminaires après 18 mois de mise en œuvre **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prévalence des maladies systémiques au cours du VIH dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée. **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique du syndrome inflammatoire biologique chez les patients hospitalisés en médecine interne : étude multicentrique comparative au Maroc et au Sénégal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Nuisances sonores et troubles du sommeil au-delà de la neurologie, quel impact sur la santé en général ? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur le diabète gestationnel à Abidjan (Côte d'Ivoire) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Le suivi et les difficultés d'insertion professionnelle des doctorants d'une jeune UFR des sciences de la santé à Saint-Louis du Sénégal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs diagnostiquée par l'indice de pression systolique chez des patients diabétiques à Ouagadougou (Burkina Faso). **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Metabolic hepatic steatosis (MASLD) among patients known for type 2 diabetics in an African hospital setting (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Epidemiological and Clinical Characteristics of Systemic Sclerosis at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Rheumatoid arthritis in Senegal: hospital profile and factors associated with deforming forms. A multicenter study of 340 cases in the Thiès region **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Quality of life of type 2 diabetics monitored at the Borgou Departmental University Hospital (Benin) in 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Multidisciplinary antimicrobial stewardship team at Principal Hospital of Dakar: activities and preliminary outcomes After 18 months of implementation **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prevalence of Systemic Diseases in the course of HIV in the Rheumatology Department of CHU Ignace Deen, Conakry, Guinea **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Epidemiological, clinical, biological, and etiological profile of biological inflammatory syndrome in patients hospitalized in internal medicine: a comparative multicenter study in Morocco and Senegal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Noise pollution and sleep disorders beyond neurology, what impact does it have on health in general? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Knowledge, attitudes and practices of health providers regarding gestational diabetes in Abidjan (Ivory Coast) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Monitoring and difficulties of professional integration of doctoral students of a young health sciences UFR in Saint-Louis, Senegal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Peripheral arterial disease (PAD) diagnosed using the ankle-brachial index in diabetic patients in Ouagadougou (Burkina Faso) **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

Revue Africaine de médecine Interne
(RAFMI)

Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur le diabète gestationnel à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Knowledge, attitudes and practices of health providers regarding gestational diabetes in Abidjan (Ivory Coast)

N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Université Felix Houphouët Boigny /Cote d'ivoire
Service Endocrinologie CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : N'guessan Anselme / Mail : anselmeyao01@hotmail.fr / Tél : 002250758494971

Résumé

Introduction : Le diabète gestationnel (DG) constitue un véritable enjeu de santé publique en Côte d'Ivoire. Sa prise en charge reste préoccupante malgré les programmes de formation.

Objectif : Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel soignant du réseau diabète gestationnel à Abidjan.

Méthodologie : Une étude observationnelle transversale analytique a été menée du 1er avril au 31 mai 2025 auprès de 54 agents de santé impliqués dans le réseau du diabète gestationnel d'Abidjan

Résultats : Un niveau globalement satisfaisant de connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé a été objectivé. Ainsi 74,1% des répondants avaient un bon niveau pour la connaissance, 85,19% des répondants avaient des pratiques jugées bonnes, 88,89% adoptaient une attitude favorable. Toutefois, certaines lacunes persistaient, notamment dans la connaissance des critères diagnostiques. Les facteurs significativement associés à une meilleure connaissance et à de bonnes pratiques étaient essentiellement liés à la profession médicale avec un p< 0,0001.

Conclusion : cette étude met en évidence les acquis et les axes d'amélioration dans la prise en charge du diabète gestationnel en milieu hospitalier ivoirien. Elle milite en faveur du renforcement des compétences à travers l'élaboration de protocoles standardisés et l'intégration du diabète gestationnel dans les programmes nationaux de santé maternelle.

Mots clés : connaissances - attitudes - pratiques - diabètes gestationnels.

Summary

Introduction: Gestational diabetes (GD) is a significant public health issue in Ivory Coast. Management remains a concern despite training programs.

Objective: The objective of this study was to assess the knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers in the gestational diabetes network in Abidjan.

Methodology: This was an observational, cross-sectional, analytical study conducted from April 1st, 2025, to May 31st, 2025. The target population was all healthcare workers involved in the gestational diabetes network in Abidjan.

Results: An overall satisfactory level of knowledge, attitudes, and practices among healthcare workers was observed. 74.1% of respondents had a good level of knowledge, 85.19% had practices considered good, and 88.89% adopted a favorable attitude. However, some gaps persisted, particularly in knowledge of diagnostic criteria. Factors significantly associated with improved knowledge and good practices were primarily related to the medical profession ($p < 0.0001$).

Conclusion: This study highlights the achievements and areas for improvement in the management of gestational diabetes in Ivorian hospitals. It advocates for strengthening these practices through the development of standardized protocols and the integration of gestational diabetes into national maternal health programs.

Keywords: knowledge - attitudes - practices - gestational diabetes.



Introduction

Le diabète gestationnel (DG) représente une complication fréquente de la grossesse, caractérisée par une hyperglycémie diagnostiquée pour la première fois pendant la grossesse. Cette pathologie présente un risque accru de complications pour la mère et l'enfant, notamment le développement de pré-éclampsie, d'accouchements prématurés **[1]**. Selon la Fédération Internationale de Diabète (FID), une naissance vivante sur 6 est affectée par une hyperglycémie pendant la grossesse, dont une grande proportion est liée au diabète gestationnel. Le diabète gestationnel touche environ 14% des grossesses dans le monde **[1]**. Ce chiffre varie selon les régions, les méthodes de diagnostic et les caractéristiques ethniques et génétiques des populations. Selon les critères diagnostiques utilisés, la prévalence mondiale du diabète gestationnel est estimée entre 14 et 17% **[2]**. En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète gestationnel est peu documentée. Une étude menée en 2023 par Abodo et al. estimait cette prévalence à 21% **[3]**. Cette prévalence apparait supérieure à celle rapportée dans plusieurs régions du monde comme notamment en pays asiatiques, européens, australiens et nord-américains et reste préoccupante compte tenu des infrastructures médicales limitées et des faibles taux de diagnostic précoce. La gestion efficace du diabète gestationnel repose en grande partie sur les connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé**.** Une insuffisance de connaissances ou des pratiques inadaptées peuvent entraîner des conséquences graves pour la santé maternelle et néonatale. Des études menées dans certains pays africains ont révélé des lacunes importantes dans la connaissance et la pratique des agents de santé concernant le diabète gestationnel [4]. Malgré l'importance du sujet, il existe peu de données spécifiques sur les attitudes et pratiques des agents de santé en milieu hospitalier en Côte d'Ivoire, ce qui justifie l'intérêt de cette étude.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude observationnelle transversale à visée analytique, réalisée du 1er avril 2025 au 31 mai 2025, avec comme population cible l'ensemble des agents de santé impliqués dans le réseau diabète gestationnel de la Côte d'Ivoire. Ce réseau est représenté dans les 23 centres et établissements sanitaires d'Abidjan. Au sein de chaque centre, il a été désigné un point focal d'agent de santé constitué d'un gynécologue, d'un médecin généraliste ou d'un endocrinologue, d'un pédiatre, d'une sage-femme ou d'un maïeuticien et d'un nutritionniste ou d'un diététicien. Ce réseau a été choisi car ayant déjà bénéficié d'activités de formation sur le diabète gestationnel. Ont été inclus dans l'étude : l'ensemble des agents de santé du réseau ayant donné leur consentement éclairé et ayant complété le questionnaire en ligne. Ont été exclus de l'étude : les membres du réseau qui n'étaient pas des professionnels de la santé et ceux ayant refusé de renseigner le questionnaire Google Forms. Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif ayant permis d'inclure 54 agents de santé, membres du réseau diabète gestationnel en Côte d'Ivoire.

Les variables étudiées étaient :

- Données sociodémographiques et professionnelles : âge, sexe, profession, ancienneté, service de travail, formation antérieure sur le diabète gestationnel, confrontation au diabète gestationnel.
- Connaissances sur le diabète gestationnel : définition, facteurs de risque, méthodes et critères diagnostiques, complications maternelles, complications néonatales.
- Attitudes face au diabète gestationnel : importance du dépistage, période de la grossesse indiquée pour le dépistage, attitude devant les facteurs de risques de diabète gestationnel, perception de la gravité.
- Pratiques professionnelles : dépistage systématique, méthode diagnostique, conduite pratique devant un diabète gestationnel (prise en charge, suivi post partum).

Une bonne réponse était cotée à 1 point et une mauvaise réponse ou « ne sait pas » 0 point.

Le niveau de connaissances, calculé à partir d'un score total de 5 avec des seuils définis : insuffisant (score compris entre 0 et 2), moyen (score =3), bon (score > 3).

L'attitude était décrite selon les réponses à des énoncés validés comme : favorable (score > 3), neutre (un score = 3), défavorable (score compris entre 0 à 2).

La Pratique professionnelle était considérée selon leur conformité aux recommandations bonnes (score > 3), inadéquate (score < 3).

Le matériel de recueil des données comporte les applications WhatsApp et Google Forms. Le lien du questionnaire Google Forms ventilé par le canal WhatsApp était renseigné de manière anonyme pour limiter les biais de désirabilité sociale. Un prétest a été réalisé sur un échantillon de 5 agents de santé non incluse

dans l'étude afin de valider la clarté et la pertinence des items. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire Google Forms structuré et standardisé à partir de la littérature scientifique existante et des recommandations internationales (OMS, ADA, FIGO, etc.). Les données recueillies après collecte ont été saisies avec le logiciel Excel version et analysées avec le logiciel stata version 17.0. Des tests statistiques ont été réalisés afin d'étudier les associations entre les variables indépendantes et les variables dépendantes : Le test du Chi-deux de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions. Le test exact de Fisher a été appliqué lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5. Pour la comparaison de moyennes, le test de Student ou l'ANOVA ont été envisagés en cas de normalité des données et les tests non paramétriques équivalents dans le cas contraire. Une régression logistique binaire a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés de manière indépendante à un bon niveau de connaissance ou à des pratiques appropriées. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratios (OR) ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95%. La significativité statistique a été retenue pour une valeur de $p < 0,05$ avant la mise en œuvre de l'étude.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Au total la population d'étude comprenait 54 agents de santé, avec un Sex-ratio égal à 1.

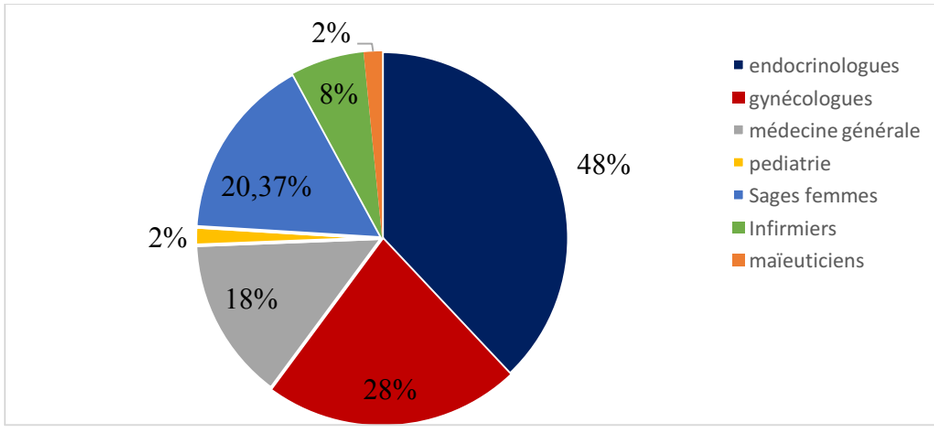

Figure 1 : Répartition des répondants selon la profession

Les organismes formateurs étaient constitués majoritairement d'AODCI (Association obésité diabète de côte d'ivoire) dans 26,67% suivi du Programme national de lutte contre les maladies métaboliques dans 13,33%.

Connaissance sur le DG, les attitudes et pratiques des agents de santé

Quatre-vingt-seize pourcents des répondants connaissaient correctement la définition du diabète gestationnel. Les quatre principaux facteurs de risque identifiés par 80% des répondants étaient le surpoids ou de l'obésité (94,4%), les antécédents familiaux de diabète (87%), un antécédent personnel de diabète gestationnel (83,3%) et un antécédent de macrosomie fœtale (81,5%). Cependant, 20,4% des répondants ont donné des réponses incorrectes. S'agissant des critères diagnostiques environ 64,80% des répondants connaissaient au moins un critère du diagnostic du diabète gestationnel. 98,1% des enquêtés connaissaient au moins une complication maternelle du diabète gestationnel. Les complications les plus citées étaient : le risque de DT2 (88,90%), la césarienne (61,1%). Pour les attitudes, 96,3% des répondants identifiaient les périodes recommandées de dépistage du DG. Le deuxième trimestre était le plus cité (72,2%), contre 24,1 % pour le premier trimestre. En ce qui concerne la conduite à tenir devant un cas de risque de DG, 92,59% ont trouvé les réponses correctes. La surveillance glycémique a été citée dans 75,9% des cas, les conseils nutritionnels et thérapeutiques dans 64,8% des cas et la référence à un diabétologue pour 50% des répondants. 72,2% ont trouvé que le DG peut être correctement suivi avec les mesures hygiéno-diététiques seules. Enfin 77,8% des répondants considéraient le DG comme un problème de santé publique. A l'issue de ces réponses, les attitudes ont été classées favorables pour 88,89% des répondants et neutres pour 11,11%.

Concernant la pratique, 72,2% des praticiens recommandaient un dépistage systématique du DG. Les tests diagnostiques étaient connus par 72,22%. La glycémie à jeun a été citée dans

75,9% et l'HGPO dans 72,22% des cas. La prise en charge était jugée correcte chez 96,3% des répondants. Parmi les éléments de prise en charge, la référence à un diabétologue était la plus identifiée (87%), suivi de régime alimentaire adaptée (83,3%) et de l'exercice physique (55,56%). Cependant seulement 31,5% mentionnaient le traitement pharmacologique. La majorité des praticiens (85,20%) effectuaient un suivi après accouchement des cas. Il consistait en une prise en charge et prévention du DT2 (75,90%), un dépistage du diabète dans le post partum (74,10%) et un suivi diététique (51,9%). Enfin, la pratique des agents vis-à-vis du DG a été classée bonne chez 85,19% et inadéquate chez 14,81%.

Résultats analytiques

Tableau I : Facteurs associés à la connaissance sur le DG

Facteurs		**Niveau de connaissance (%)**			
			Moyen	**Insuffisant**	
Sexe	Masculin	18 (66,67)	6 (22,22)	3 (11,11)	p = 0,407
	Féminin	22 (81,48)	4 (14,8)	2 (3,70)	
Âge (ans)	< 30 ans	09 (69,23)	04 (30,77)	00 (00)	p = 0,258
	>30 ans	31 (75,61)	06 (14,63)	04 (09,76)	
Profession	Médecins	35 (92,11)	03 (07,89)	00 (00	p< 0,0001
	Infirmiers	01 (25,00)	01 (25,00)	02 (50,00)	
	Sages-femmes	04 (36,36)	05 (45,45)	02 (18,18)	
	Autres	00 (00)	01 (100)	00 (00)	
Formation sur le DG		15 (83,33)	03 (16,67)	00 (00)	p = 0,11
		25 (69,44)	07 (19,44)	04 (11,11)	
Expérience	0-5 ans	15 (60,15)	06 (27,27)	01 (04,55)	p = 0,062
	5-10 ans	08 (66,67)	01 (08,33)	03 (25,00)	
	+ de 10 ans	17 (85,00)	03 (15,00)	00(00)	

Le niveau de connaissance sur le DG était fortement associé à la profession avec un p < 0,0001.

Tableau II : Facteurs associés à l'attitude des praticiens face au DG

Facteurs		**Attitude**		
		Favorable (88,89%)	**Neutre (11,11%)**	
Sexe	Masculin	22 (81,48)	05 (18,52)	p = 0,083
	Féminin	26 (96,30)	01 (03,70)	
Âge (ans)	≤30 ans	10 (76,92)	03 (23,08)	p = 0,115
	>30 ans	38 (92,68)	03 (07,35)	
Profession	Médecins	32 (84,21)	06 (15,79)	p = 0,417
	Infirmiers	04 (100)	00 (00)	
	Sages-femmes	11 (100)	00 (00)	
	Autres	01 (100)	00 (00)	
Formation sur le DG	Oui	18 (100)	00 (00)	p = 0,066
	Non	30 (83,33)	06 (16,67)	
	0-5 ans	18 (81,82)	04 (18,18)	

Expérience	5-10 ans	10 (83,33)	02 (16,67)	p = 0,136
	+ de 10 ans	20 (100)	00 (00)	
Connaissance sur le DG	Bonne	34 (85,00)	06 (15,00)	p = 0,307
	Moyenne	10 (100)	00 (00)	
	Insuffisante	04 (100)	00 (00)	

L'attitude des praticiens face au DG n'était pas ni associée au sexe, à l'âge, à la profession, la formation à l'expérience ni à la connaissance sur le DG.

Tableau III : Facteurs associés à la pratique des agents de santé

	FACTEURS	**PRATIQUES**		**P**
		Favorable (85,19%)	**Inadéquate (14,81%)**	
Sexe	Masculin	24 (88,89)	03 (11,11)	p = 0,444
	Féminin	22 (81,48)	05 (18,52)	
Age (ans)	≤30 ans	11 (84,62)	02 (15,38)	p = 0,947
	>30 ans	35 (85,37)	06 (14,63)	
Profession	Médecin	37 (97,37)	01 (02,63)	p **<0,0001**
	Infirmier	03 (75,00)	01 (25,00)	
	Sage-femme	05 (45,45)	06 (54,55)	
	Autre	01 (100)	00 (00)	
Formation sur le DG	Oui	17 (94,44)	01 (05,56)	p = 0,176
	Non	29 (80,56)	07 (19,44)	
Expérience	0-5 ans	17 (77,27)	05 (22,73)	p = 0,062
	5-10 ans	09 (75,00)	03 (25,00)	
	+ de 10 ans	20 (100)	00 (00)	
Connaissance sur le DG	Bonne	39 (97,50)	01 (02,50)	p **<0,0001**
	Moyenne	06 (60,00)	04 (40,00)	
	Insuffisante	01 (25,00)	03 (75,00)	
Attitude face au DG	Favorable	40 (83,33)	08 (16,67)	p = 0,279
	Neutre	06 (100)	00 (00)	

Les pratiques sont fortement associées : à la profession ($p < 0,0001$), au niveau de connaissance ($p < 0,0001$).

Discussion

L'analyse globale de la connaissance a révélé que 74,1% des répondants avaient un bon niveau de connaissance. Ces résultats étaient supérieurs à ceux d'Imoh L et al. au Nigéria qui avaient trouvé que 49.5% des répondants avaient un bon niveau de connaissance **[5]**. Ainsi, la définition du diabète gestationnel était connue par la quasi-totalité (96,30%) de nos répondants. Cette différence s'explique probablement par la forte proportion de médecins dans l'échantillon. Ces médecins (endocrinologues et gynécologues) sont au premier rang de la prise en charge du diabète gestationnel. Pour ce qui était de la connaissance des facteurs de risque ; La majorité des répondants a été capable d'identifier correctement au moins quatre facteurs de risque du diabète gestationnel (DG). Nos résultats étaient similaires à ceux de nombreuses études menées en Afrique subsaharienne. En effet Kouitcheu et al. au Cameroun ont rapporté une bonne connaissance des facteurs de risques du diabète gestationnel chez les professionnels de santé. Quatre-vingt-douze pour cent (92%) des médecins de l'étude de Kouitcheu et al. connaissaient l'obésité comme facteurs de risque principal du diabète gestationnel **[6]**. Ce niveau global de connaissance dans notre étude est satisfaisant, mais il existe des marges d'améliorations en fonction des 5 items que nous avons utilisés,

notamment au niveau des facteurs de risques où 20,4% ont donné des réponses incorrectes. Cela suggère que la sensibilisation sur les facteurs de risque est relativement bien acquise par les praticiens du réseau diabète gestationnel d'Abidjan mais une formation plus approfondie serait bénéfique. Malgré une bonne connaissance des facteurs de risque, seule une proportion de 64,8% des répondants connaissait au moins un critère du diagnostic du diabète gestationnel, ce qui révèle une insuffisance. Des résultats similaires ont été rapportés dans la littérature. Kouitcheu et al. ont rapporté un taux de connaissance des critères diagnostiques de 52% **[6]**. Cette méconnaissance peut entraîner un retard ou une sous-estimation du diagnostic, compromettant la prise en charge précoce et adéquate. Ce retard diagnostique pourrait être à l'origine de complications materno-fœtales. La quasi-totalité des praticiens (98,1%) a cité au moins une complication maternelle du diabète gestationnel, notamment le risque ultérieur de diabète de type 2 (88,9%), la césarienne (61,1%) et l'accouchement prématuré (59,3%). Ces données concordent avec les données de la littérature, qui établissent un lien fort entre le diabète gestationnel et la morbidité maternelle, en particulier le risque de diabète de type 2 multiplié par 7 dans les 10 années post-partum **[7]**. Gosavi A et al. en Inde par contre retrouvait une faible connaissance de complications du diabète gestationnel chez 52% des infirmiers et sages-femmes **[8]**. Ce bon niveau de connaissance de l'existence des complications maternelles du diabète gestationnel dans cette étude est encourageant et pourrait s'expliquer par les formations reçues sur le diabète gestationnel. Au terme de cette analyse, cette étude révèle une bonne connaissance globale du diabète gestationnel chez les praticiens du réseau diabète gestationnel d'Abidjan, notamment en ce qui concerne la définition, les facteurs de risque et les complications. Ceci s'explique en partie par notre population d'étude car le niveau de connaissance est fortement associé à la profession (p <,0001). Lassane Zoungrana et al. dans une étude menée au Burkina Faso avaient révélé que les paramédicaux avaient une connaissance insuffisante. A contrario les professionnels spécialisées notamment les médecins ont une connaissance plus approfondie selon Riaz A et al. au Pakistan **[9, 10]**. Ainsi des efforts restent nécessaires pour élargir la connaissance aux autres personnels de santé et améliorer la connaissance des critères diagnostiques, pilier de la prise en charge. Les attitudes étaient globalement favorables (88,89%), ce qui est supérieur aux données africaines (60-80%) selon les enquêtes de Diouf et al. **[11]**. Une analyse plus détaillée en fonction des items étudiés a révélé que tous les répondants ont reconnu l'importance du dépistage du diabète gestationnel. Cela reflète une bonne perception du risque du diabète gestationnel et de l'importance du dépistage. 72,2% seulement pratiquaient un dépistage systématique, ce qui est inférieur aux recommandations. En revanche, une minorité (24,1%) a cité le 1er trimestre comme période de dépistage. Selon les recommandations de l'OMS et de la FIGO, un dépistage précoce (avant 13 SA) est recommandé chez les patientes à haut risque, suivi d'un dépistage universel entre 24 et 28 SA (OMS, 2013 ; FIGO, 2015) **[12, 13]**. Cette lacune partielle pourrait refléter une connaissance incomplète des dernières directives internationales et traduit l'absence de directive locale sur la période de diagnostic du DG. Des études similaires montrent également une sous-estimation du dépistage au 1er trimestre. Devant le risque de diabète gestationnel, une majorité des répondants (92,59%) a indiqué une attitude adéquate face à une situation à risque, mentionnant principalement : la surveillance glycémique (75,9%) ; les conseils hygiéno-diététiques (64,8%) ; la référence au diabétologue (50%). Ces éléments montrent une compréhension satisfaisante de la stratégie multidisciplinaire de prise en charge. Le faible taux de référence au spécialiste (50%) dans notre étude, pourrait s'expliquer par le fait que 48% des répondants étaient en service en endocrinologie et 70,37% des répondants étaient des médecins. L'étude menée au Nigeria par Opara et al. a montré un taux de référence encore plus bas (42%), soulignant une tendance régionale à limiter l'implication du spécialiste, possiblement liée aux contraintes de ressources humaines **[14]**. Près des trois quarts (72,22%) considéraient que les mesures hygiéno-diététiques (MHD) suffisent dans la majorité des cas pour le suivi du diabète gestationnel. Nos résultats traduisent une bonne appropriation des recommandations internationales qui indiquent qu'environ 70-85% des cas de diabète gestationnel peuvent être contrôlés uniquement par les MHD sans recours à l'insulinothérapie (ADA, 2021) **[15]**. Mais les 27,78% restants pourraient indiquer un scepticisme ou un manque de formation sur leur efficacité réelle. Une majorité significative

(77,8%) reconnaît le diabète gestationnel comme un problème de santé publique en Côte d'Ivoire. Ce chiffre est encourageant, bien qu'en dessous de la proportion observée dans l'étude de Jiwani et al. où plus de 85% des professionnels interrogés à l'échelle mondiale reconnaissaient le diabète gestationnel comme un enjeu de santé publique **[16]**. Il est probable que le manque de données nationales précises et la faible intégration du diabète gestationnel dans les programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles contribuent à une moindre sensibilisation à son impact collectif. Au terme de l'analyse des attitudes en matière de diabète gestationnel, il ressort de notre étude, une attitude globalement favorable des professionnels de santé vis-à-vis du dépistage et de la prise en charge du diabète gestationnel. Cependant, certaines lacunes demeurent, notamment la reconnaissance du dépistage au premier trimestre.

En définitif, La pratique globale a été jugée bonne chez 85,19% des répondants et inadéquate chez 14,8%. Ce résultat était très satisfaisant et témoignait d'un bon niveau d'application des recommandations. L'analyse selon nos items a objectivé que 72,2% des professionnels recommandaient un dépistage systématique du diabète gestationnel chez les femmes enceintes. Ce taux, bien que majoritaire, reste inférieur aux recommandations internationales telles que celles de l'OMS et de la FIGO, qui insistent sur un dépistage universel entre 24 et 28 semaines de gestation, et dès le premier trimestre chez les patientes à haut risque **[13]**. Dans une étude similaire réalisée au Cameroun, Kouitcheu et al. rapportaient un taux de dépistage systématique de 68% **[6]**. La glycémie à jeun (75,9%) et l'HGPO (72,22%) ont été les plus cités comme test diagnostic. Ces tests sont en effet recommandés pour le diagnostic selon les critères de l'IADPSG (glycémie à jeun ≥ 0,92 g/L ; 1h ≥ 1,80 g/L ; 2h ≥ 1,53 g/L après HGPO 75g). Cependant, l'absence de standardisation nationale dans plusieurs pays africains entraîne une hétérogénéité dans les pratiques. Dans l'étude d'Imoh L et al., seulement 49,5% des répondants ont correctement identifié les critères diagnostic du diabète gestationnel **[5]**. Notre étude révèle ainsi un niveau de pratique supérieur à la moyenne régionale, ce qui est un point positif. La prise en charge était correcte chez 96,3% des répondants, avec une forte adhésion à la référence au diabétologue (87%), la prescription de régime alimentaire (83,3%) et la promotion de l'exercice physique (55,6%). Ces données sont conformes aux recommandations internationales, qui préconisent une approche multidisciplinaire, en commençant par les mesures hygiéno-diététiques, avant un recours éventuel à l'insulinothérapie [ADA, 2021]. Cependant, seuls 31,5% des praticiens ont cité le traitement pharmacologique (insuline/ADO). Cela pourrait être le reflet d'une réticence, d'une méconnaissance de l'utilisation de ces options ou d'un manque de formation spécifique. Cette tendance est également observée chez Kouitcheu et al. (2020), où l'initiation de l'insuline était citée dans seulement 29% des cas **[7]**. La majorité des répondants (85,2%) assuraient un suivi après accouchement, notamment par : la prévention du diabète de type 2 (75,9%) ; un dépistage postnatal (74,1%) ; un suivi diététique (51,9%). Ces pratiques sont alignées avec les recommandations de la FIGO qui préconise un suivi régulier des femmes ayant eu un diabète gestationnel du fait du risque élevé de progression vers un diabète de type 2 dans les 5 à 10 ans suivant la grossesse **[8]**. Au terme de l'analyse des pratiques des professionnels de santé du réseau diabète gestationnel d'Abidjan, cette étude met en évidence une prise en charge généralement appropriée du diabète gestationnel. Certaines insuffisances persistent, notamment dans le choix des tests diagnostiques et dans la stratégie thérapeutique médicamenteuse, quoique ces insuffisances puissent s'expliquer par l'hétérogénéité de la population d'étude. La profession et le niveau de connaissance étaient significativement associés aux pratiques ($p < 0,0001$). Ces résultats corroborent ceux de Khowaja et al. qui avaient démontré que les soignants affectés dans les services spécialisés (gynéco-obstétrique, endocrinologie) appliquaient mieux les protocoles de dépistage et de suivi du diabète gestationnel **[17]**. Ces résultats confirment que la compétence clinique influence directement la qualité de la prise en charge. Ainsi la formation reste la pierre angulaire pour perfectionner cette prise en charge. Une revue systématique de Jiwani et al. a souligné que dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la formation sur le DG est insuffisante, ce qui entrave la prise en charge optimale **[18]**. Ces observations renforcent la nécessité d'intégrer des programmes de formation continue ciblés, en particulier sur les critères diagnostiques et les protocoles de dépistage.



Conclusion

Cette étude montre que les agents de santé issus des réseaux diabète gestationnel disposent de connaissances satisfaisantes, d'attitude et de pratique majoritairement adéquate. Cependant quelques insuffisances entachent la qualité de la prise en charge du diabète gestationnel. Ainsi l'amélioration passe par un renforcement des compétences du personnel soignant, la mise en place de directives locales et une diffusion de la formation à toutes les structures sanitaires.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Bakayoko fatim : Collecte des données ; N'guessan Anselme, Ouattara tiepe, Tapsoba Mireille : saisie analyse ; N'guessan Anselme, Danho Jocelyne : rédaction du manuscrit ; Hué Lou Adelaïde, Abodo Jacko : Révision du manuscrit ; Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit

Financement de l'étude

Aucun

REFERENCES

1. **International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021**
2. **Hall et al. Diabetes in Sub-Saharan Africa 1999–2011: epidemiology and public health implications. A systematic review. BMC Public Health. 2011; 11: 564**
3. **Bakayoko A. Diabète gestationnel à Abidjan de 2019-2022. Thèse Med. Abidjan ; 2023**
4. **Omoregie P, Iroegbu J, Akintunde A. Knowledge, attitude and practice of health workers in Nigeria. J Diabetes Res. 2016; 2016: 234567**
5. **Imoh L, Longwap A, Yersib N, Gowok D, Muhammad Z, Imoh J et al._Hyperglycaemia in pregnancy knowledge. Afr Health Sci. 2023; 23(1): 384-393**
6. **Kouitcheu R et al. Knowledge and Attitudes of Health Professionals on Gestational Diabetes Mellitus in Cameroon. Clin Mother Child Health. 2020; 17: 344**
7. **Bellamy L. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009; 373 (9677): 1773-1779**
8. **Gosavi A, Mhaske A. Gestational diabetes knowledge among nurses working in maternity services. Journal of Diabetes Nursing 2022; 26**
9. **Zoungrana L et al. Connaissances, attitude et pratiques des sages-femmes et des Maïeuticiens sur le Diabète Gestationnel à Ouagadougou (Burkina Faso), Health Sciences and Disease, Mars 2026 ; 27 : 4**
10. **Riaz A et al. Knowledge and attitude of nurses towards gestational diabetes mellitus in a tertiary care hospital of Pakistan. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2015; 27(3): 620-624**
11. **Diouf AA et al. Évaluation des connaissances et attitudes des sages-femmes sur le dépistage du diabète gestationnel à Dakar. Santé Publique. 2020 ; 32(4) : 529-537**
12. **World Health Organization. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. 2013**
13. **International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care. 2010; 33(3): 676-682**
14. **Opara PI et al. Awareness and knowledge of gestational diabetes among healthcare professionals in Nigeria. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018; 31 (3): 345-350**
15. **American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2024. Diabetes Care. 2024**
16. **Khowaja AR et al. Barriers to the implementation of gestational diabetes guidelines in primary care settings in Pakistan. Int J Gynaecol Obstet. 2021; 152(2): 217-224**
17. **Jiwani A et al. Gestational diabetes mellitus: Results from a survey of country programs. Maternal and Child Health Journal. 2012; 16(1): 76-87**

Date de soumission : 10/06/2026
Date d'acceptation : 18/04/2026