



Article Original

Connaissances, Attitudes et Pratiques des Sage-Femmes et des Maïeuticiens sur le Diabète Gestationnel à Ouagadougou (Burkina Faso)

Knowledge, Attitudes and Practices of Midwives and Maieuticians on Gestational Diabetes in the City of Ouagadougou (Burkina Faso)

Lassane Zoungana^{1,2}, Hervé Tiéno^{2,3}, René Bognounou^{2,3}, Wendé Pouirré Claver Nikiéma², Solo Traoré^{4,5}, Nomwindé Christelle Joelle Ouédraogo¹, Salmaa Amatullah Eliane Solange Diallo¹, Salamata Zoungana¹, Oumar Guira^{1,2}

RÉSUMÉ

Introduction. Le diabète gestationnel (DG) expose la mère et l'enfant à des complications périnatales et à long terme. Au Burkina Faso, le rôle des sage-femmes et maïeuticiens dans son dépistage et sa prise en charge est crucial, mais leurs connaissances et pratiques sont mal documentées. Cette étude avait pour but d'évaluer leurs connaissances, attitudes et pratiques (CAP) sur le DG à Ouagadougou et d'identifier leurs insuffisances. **Méthodes.** Une étude transversale a été menée de mars à avril 2025 dans les maternités des districts sanitaires d'Ouagadougou. Les sage-femmes et maïeuticiens assurant les consultations prénatales et postnatales ont été inclus par échantillonnage stratifié aléatoire. Un questionnaire anonyme a évalué leurs CAP (10 questions par domaine). Un score < 5/10 définissait un niveau insuffisant, des attitudes défavorables ou des pratiques mauvaises. Des régressions logistiques et une corrélation de Spearman ont été réalisées. **Résultats.** Sur 198 participants (93 % de femmes, âge médian 40-45 ans), 99 % avaient reçu une formation de base sur le DG. Le niveau de connaissance était insuffisant chez 76,3 %, les attitudes défavorables chez 73,7 %, et les pratiques mauvaises chez 52,5 %. Seuls 17 % connaissaient les moyens de dépistage et 11 % les critères diagnostiques. Si 58 % déclaraient dépister systématiquement, 92 % ne le faisaient pas entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. Aucun facteur sociodémographique n'était associé aux scores en analyse multivariée. Une corrélation positive faible mais significative existait entre connaissances et attitudes ($p = 0,27$; $p < 0,001$) et entre connaissances et pratiques ($p = 0,19$; $p = 0,008$). **Conclusion.** Les sages-femmes et maïeuticiens d'Ouagadougou présentent des lacunes majeures sur le diabète gestationnel, avec trois quarts d'entre eux ayant des connaissances insuffisantes et des attitudes défavorables, et la moitié des pratiques inadéquates. Un renforcement des compétences par des formations continues ciblées est urgent pour améliorer le dépistage et la prise en charge.

ABSTRACT

Introduction. Gestational diabetes (GD) exposes mothers and infants to perinatal and long-term complications. In Burkina Faso, midwives play a crucial role in its screening and management, yet their knowledge and practices remain poorly documented. This study aimed to assess the knowledge, attitudes, and practices (KAP) of midwives regarding GD in Ouagadougou and to identify their shortcomings. **Methods.** A cross-sectional study was conducted from March to April 2025 in maternity units of Ouagadougou's health districts. Midwives providing prenatal and postnatal care were included through stratified random sampling. An anonymous questionnaire assessed their KAP (10 questions per domain). A score < 5/10 defined insufficient knowledge, unfavorable attitudes, or poor practices. Logistic regressions and Spearman correlation were performed. **Results.** Among 198 participants (93% female, median age 40-45 years), 99% had received basic training on GD. Knowledge was insufficient in 76.3%, attitudes unfavorable in 73.7%, and practices poor in 52.5%. Only 17% knew screening methods and 11% diagnostic criteria. Although 58% reported systematic screening, 92% did not perform it between 24-28 weeks of gestation. No sociodemographic factor was associated with scores in multivariate analysis. A weak but significant positive correlation existed between knowledge and attitudes ($p = 0.27$; $p < 0.001$) and between knowledge and practices ($p = 0.19$; $p = 0.008$). **Conclusion.** Midwives in Ouagadougou have major gaps in gestational diabetes, with three-quarters showing insufficient knowledge and unfavorable attitudes, and half exhibiting poor practices. Urgent targeted continuing education is needed to improve screening and management.

Affiliations

1. Service de médecine interne, CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso
2. UFR/SDS, Université Joseph Ki Zerbo, Burkina Faso
3. Service de médecine interne, endocrinologie et maladies métaboliques, CHU de Bogodogo, Burkina Faso
4. Service de médecine interne, CHUR de Ouahigouya, Burkina Faso
5. UFR/SDS, Université Lédéa Bernard Ouédraogo

Auteur correspondant

Lassane Zoungana

Tel : +226 70 24 63 98

Email : zoelassane@yahoo.fr

Mots clés: Diabète gestationnel, connaissances, attitudes, pratiques, sages-femmes et maïeuticiens.

Key Words: Gestational diabetes, knowledge, attitudes, practices, midwives and obstetricians.

Article history

Submitted: 12 January 2026

Revisions requested: 3 March 2026

Accepted: 22 March 2026

Published: 25 March 2026

L'ESSENTIEL POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est connu du sujet. Le diabète gestationnel augmente les risques de complications maternelles et fœtales. Les sage-femmes jouent un rôle clé dans son dépistage et sa prise en charge en consultation prénatale, mais leurs connaissances et pratiques sont rarement évaluées en Afrique subsaharienne.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude transversale a évalué les connaissances, attitudes et pratiques sur le diabète gestationnel auprès de 198 sage-femmes et maïeuticiens exerçant dans les districts sanitaires d'Ouagadougou en 2025.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Trois participants sur quatre ont des connaissances insuffisantes, des attitudes défavorables, et un sur deux des pratiques inadéquates. Si 99 % ont reçu une formation de base, seuls 17 % maîtrisent les moyens de dépistage et 11 % les critères diagnostiques. Le dépistage entre 24 et 28 semaines n'est pas réalisé par 92 % des participants. Aucun facteur sociodémographique n'est associé à ces lacunes, mais une corrélation positive existe entre connaissances et attitudes, et entre connaissances et pratiques.

Les implications pour la pratique. Ces résultats imposent un renforcement urgent des compétences par des formations continues ciblées, portant sur les recommandations actualisées (dépistage, diagnostic, prise en charge). L'intégration de protocoles écrits dans les maternités et la sensibilisation à l'importance du dépistage systématique à la période clé sont indispensables pour réduire la morbi-mortalité liée au diabète gestationnel.

INTRODUCTION

Le diabète gestationnel, défini comme une intolérance glucidique apparaissant ou découverte pour la première fois pendant la grossesse, constitue un problème de santé maternelle et néonatale croissant [1]. Sa prévalence mondiale et africaine varie respectivement entre 1 et 28 % et 8 et 13 % selon les populations concernées, la méthode de dépistage et les critères de diagnostic [2]. Sa prise en charge (PEC) débute par un dépistage, grâce au dosage de la glycémie à jeun réalisé lors du suivi prénatal mais surtout sur l'épreuve d'hyperglycémie provoquée (HGPO) entre la 24-28 semaine d'aménorrhée [3]. En l'absence de soins adaptés, le DG expose à des complications maternelles telles que la pré-éclampsie, un diabète type 2 post-partum, mais aussi à des complications et fœto-néonatales telles que la macrosomie (15 à 20 % des naissances), l'hypoglycémie, une obésité et un diabète à l'âge adulte [4,5]. En Afrique, bien que les études existantes soient peu focalisées sur les sage-femmes et maïeuticiens, les analyses sur le sujet rapportent des insuffisances globales, avec un faible niveau des connaissances et des pratiques souvent inadéquates [6]. Ces insuffisances sont principalement liées au déficit de formation et au manque d'accès à des protocoles standardisés [7]. Au Burkina Faso, où le DG concerne en moyenne 9,1 % des grossesses en milieu urbain [8], les sage-femmes et maïeuticiens jouent un rôle déterminant dans le dépistage et la prise en charge initiale du DG car ils assurent la majorité des consultations prénatales (CPN) [9]. Ainsi, leurs compétences ont un impact sur le dépistage, le diagnostic, la prise en charge et les

complications materno-fœtales [10]. C'est au regard de leur place centrale dans la gestion du DG que nous avons entrepris la présente étude, dont l'objectif était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des sage-femmes et des maïeuticiens sur le DG afin d'identifier les insuffisances ainsi que les facteurs qui y sont associés.

MATÉRIELS ET MÉTHODE**Cadre, type et période d'étude**

Nous avons conduit une étude transversale descriptive et analytique du 1 mars au 30 avril 2025 dans les maternités des centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) et des centres médicaux (CM) des cinq districts sanitaires de la ville d'Ouagadougou, capitale du Burkina Faso. Le choix de ces sites repose sur le fait qu'ils offrent un environnement où les sage-femmes et les maïeuticiens assurent les premiers contacts prénataux et les visites post-natales.

Population d'étude

Ont été inclus dans l'étude, les sage-femmes et les maïeuticiens assurant les contacts prénataux et les visites post-natales et ayant accepté de participer à l'étude.

Taille d'échantillon et technique d'échantillonnage

Pour le calcul de la taille d'échantillon, nous avons fait l'hypothèse selon laquelle, le niveau de connaissance des sage-femmes et des maïeuticiens de notre échantillon serait comparable à celui de l'étude réalisée par Combre F [11] où 43 % des participants présentaient un bon niveau de connaissance sur le DG. Avec un risque alpha de 5 % et une précision de 5 %, la taille estimée de l'échantillon a été estimée à $n = 226$ participants. Après ajustement de cette taille n , à la taille totale de la population d'intérêt $N = 563$, (nombre total de sage-femmes et de maïeuticiens exerçant dans les districts sanitaires d'Ouagadougou) nous obtenons une taille finale de 181 participants. Nous avons effectué un échantillonnage stratifié à deux niveaux. Dans un premier temps nous avons retenu les cinq districts sanitaires, avec une répartition proportionnelle de l'échantillon selon le nombre de formations sanitaires dans chaque district. Dans un second temps, un tirage aléatoire simple des CM et CMA avec le logiciel Excel afin d'établir un ordre de passage. Enfin dans chaque district, nous avons enquêté d'un centre à un autre suivant cet ordre jusqu'à atteindre l'effectif total par district.

Collecte de données

Les données ont été recueillies lors d'un entretien auprès des participants grâce à un questionnaire anonyme réalisé à partir des données de la littérature. La collecte s'est déroulée du 1^{er} mars au 30 avril 2025 dans les CMA et CM de la DRS du centre. Ont été collectés, les données sociodémographiques et professionnelles (âge, sexe, le niveau d'étude, nombre d'année d'exercice, lieu d'exercice, type de formation reçue sur le DG). Les données concernant les connaissances, attitudes et pratiques sur le DG ont été évaluées à l'aide de 10 questions par section. Nous avons supposé que les items sont égaux dans leurs importances. Une bonne réponse était cotée à 1 point et une mauvaise réponse ou « ne sait pas » 0 point. Ainsi sur un total de 10 questions:

- score global supérieur ou égal à 7 ($\geq 75\%$) correspondait à un niveau des connaissances satisfaisantes, attitude favorable et une bonne pratique.
- score global entre 5 et 6 (50% et 74%) correspondait à un niveau moyen,
- score global < 5 (moins de 50 %), correspondait à un niveau de connaissance insuffisant, des attitudes défavorables ou des pratiques mauvaises. Les variables dépendantes étaient constituées de scores des connaissances, attitudes et pratiques.

Analyse statistique

Les logiciels Microsoft Excel 2019 et R version 4.2.3 ont permis la saisie et l'analyse des données dans le respect de la confidentialité. Les facteurs associés aux scores de connaissances, d'attitudes et de pratiques ont été réalisés grâce à une régression logistique. Les variables associées en analyse univariée au seuil de 20% ont été incluses dans un modèle multivariable. Le logiciel R a permis la une analyse bivariées grâce au test du χ^2 avec un seuil de significativité fixé à $p \leq 0,05$. Une corrélation de Spearman a également été effectuée.

Considérations éthiques

Le protocole d'étude a obtenu l'approbation du Comité d'éthique pour la recherche en santé (n° 2025-03-103) et une autorisation de collecte du Directeur régional de la santé du centre. Dans chaque formation sanitaire nous avons expliqué l'importance de notre étude et obtenu l'autorisation du Médecin Chef de district et des chefs de services avant la collecte. Le consentement verbal libre et éclairé était obtenu des participants avant le début de l'entretien.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Elles sont résumées dans le tableau I.

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes et maïeuticiens (N=198)

Variables	N	%
Catégorie d'âge		
Moins de 25 ans	02	01
25-30 ans	06	03
30-35 ans	25	13
35-40 ans	40	20
40-45 ans	67	34
Plus de 45 ans	58	29
Sexe		
Femme	185	93
Homme	13	07
Niveau d'étude		
Secondaire	177	89
Supérieur	21	11
Ancienneté dans la fonction		
Moins de 5 ans	11	05
5-10 ans	45	23
0-15 ans	57	29
15-20 ans	56	28
Plus de 20 ans	29	15
Formation sur le diabète gestationnel		
Non	01	0,5
Oui	197	99,49
Type de formation reçue		
Formation continue	01	0,5
Formation de base	197	99,49
Lieu d'exercice		
Centre privé	21	11
Centre public	177	89

Au total 198 sages-femmes et maïeuticiens ont été inclus dans cette étude. La tranche d'âge de 40 à 45 ans était majoritaire (34 %). Les femmes représentaient 93 % des participants. Près de 90 % des participants exerçaient dans des structures publiques et plus de la moitié avaient plus de 10 ans de service. Le tableau I résume les caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes et maïeuticiens

Connaissances des participants sur le diabète gestationnel

Tous les participants déclaraient avoir déjà entendu parler du DG. Parmi ces derniers, plus de trois quart (79%) connaissaient la définition du DG. Les moyens de dépistage, étaient connues par seulement 17 % des participants. La principale source d'information était le cours reçu lors de la formation de base à l'école de santé des paramédicaux. Le niveau de connaissance était insuffisant chez 151 (76%) participants, moyen chez 46 participants (23%) et bon chez 1 seul participant. Les principaux domaines de connaissances explorés sont résumés dans le tableau II.

Tableau II : Connaissance des sages-femmes et maïeuticiens sur le diabète gestationnel

Domaines connaissances explorées	Réponses Correctes		Réponses incorrectes		Ne sait pas	
	N	%	N	%	N	%
Définition du diabète gestationnel	156	78,8	5	2,5	37	18,7
Signes cardinaux du diabète du diabète ou du DG	189	95,5	4	2	5	2,53
Facteurs de risques	20	10,1	3	1,5	175	88,4
Indication et moment de réalisation de l'HGPO	3	1,52	129	65	66	33,3
Moyens de dépistage	33	16,7	3	1,5	162	81,8
Critères diagnostiques	22	11,1	66	33	110	55,6
Complications maternelles	49	24,7	2	1	147	74,2
Complications fœtales	53	26,8	145	73	0	0
PEC initiale lors de la découverte du DG	185	(93,4)	8	4	5	2,53
Objectifs thérapeutiques au cours de la prise en charge du DG	11	5,56	89	45	98	49,5

Attitudes des sages-femmes et maïeuticiens face au diabète gestationnel

Dans notre étude l'analyse des scores montrait une attitude défavorable chez 146 participants, soit 74 %, des attitudes moyennes et favorable respectivement chez 35 participants (17,7 %), et 17 participants (8,9 %). Les principales attitudes explorées sont résumées dans le tableau III.

Tableau III. Répartition des sages-femmes et maïeuticiens selon les principales attitudes explorées

Domaines des attitudes explorées	Oui		Non		Ne sait pas	
	N	%	N	%	N	%
Perception de la gravité du DG	49	24,8	147	74,24	2	1,01
Pensez-vous que le DG est un problème de santé important au Burkina Faso ?	35	17,7	81	40,91	82	41,4
Le dépistage du DG permet-il de réduire les complications maternelles et fœtales ?	55	27,8	123	62	20	10,1
Pensez-vous que dépistage du DG est nécessaire chez toutes les femmes enceintes ?	82	41,4	101	51	15	7,58
Le dépistage du DG fait-il partie de votre rôle ?	180	90,9	18	9,1		
Est-ce que vous, vous sentez personnellement concerné(e) par la prise en charge du DG ?	88	44,4	110	55,6		
Est-ce que vous, vous sentez suffisamment formé(e) pour le dépistage du DG ?	21	10,6	177	89		
Pensez-vous qu'une formation continue améliorerait votre pratique dans le DG ?	198	100				
Pensez-vous que l'existence d'un protocole écrit faciliterait la PEC du DG ?	198	100				
Pensez-vous que l'absence de laboratoire constitue-t-il un obstacle au dépistage du DG ?	100	50,5	98	49,5		

Pratiques des sages-femmes et maïeuticiens sur le diabète gestationnel

Les pratiques révèlent que 58,1% des participants déclaraient demander un dépistage systématique du DG, cependant le dépistage entre la 24 et 28 SA n'était pas

réalisé par 92,4% des participants. L'analyse des scores montrait, des pratiques mauvaises chez 53 % des participants, moyennes chez 32% et bonnes chez 15% des participants. Les principaux domaines des pratiques explorées sont résumés dans le tableau IV.

Tableau IV. Répartition des sages-femmes et maïeuticiens selon les principales pratiques explorées

Domaines d'attitudes explorés	Oui		Non	
	N	%	N	%
Dépistez-vous systématiquement le DG	115	58,1	83	41,9
Effectuez-vous le dépistage entre la 24-28 SA	15	7,58	183	92,4
Donnez-vous systématiquement des conseils diététiques	162	81,8	36	18,2
Référez-vous les gestantes atteintes de DG à un spécialiste	190	96	8	4
Contrôlez-vous la glycémie dans le post partum ?	2	1	196	99
Informez-vous les gestantes sur le risque futur de diabète ?	11	5,56	187	94,4
Mettez-vous le nouveau-né immédiatement au sein ?	89	44,9	109	55,1
Référez-vous systématiquement le nouveau-né en néonatalogie ?	180	90,9	18	9,1
Effectuez-vous une prise en charge initiale de la nouveau-née ?	36	18,2	162	81,8
Examinez-vous toujours les nouveau-nés	89	44,9	109	55,1

Facteurs associés aux connaissances, attitudes et pratiques

En analyse bivariée et multivariée, aucune association statistiquement significative n'a été retrouvée entre le niveau de connaissance qualifié de mauvais, les attitudes défavorables, les mauvaises pratiques des participants et les variables sociodémographiques dans notre étude. Cependant, l'analyse de corrélation de Spearman montrent une corrélation positive faible mais statistiquement significative entre le score de connaissances et le score d'attitudes ($\rho = 0.266$; $p < 0.001$). De même, une corrélation positive significative est observée entre le score de connaissances et le score de pratiques ($\rho = 0.187$; $p = 0.008$). En revanche, la corrélation entre le score d'attitudes et le score de pratiques était très faible et non significative ($\rho = 0.111$; $p = 0.119$). (Figure 1)

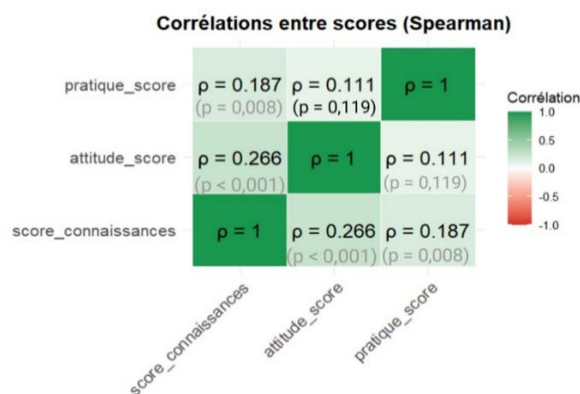


Figure 1: Corrélation entre les scores d'attitudes, de pratique et le score de connaissance

DISCUSSION

Connaissances des participants selon les domaines explorés

Le niveau global de connaissance des participants était insuffisant et hétérogène selon les domaines explorés, comme constatés par d'autres auteurs[12]. La définition du diabète gestationnel et les signes cardinaux du diabète étaient maîtrisés respectivement par 78,8 % et 95,5 % des répondants. Ces résultats sont rassurants et montrent que les notions générales relatives au diabète sont bien

intégrées, probablement grâce à la formation initiale et à l'expérience clinique comme décrite dans plusieurs études [1]. Les facteurs de risque n'étaient pas connus de 89,9% des participants. Ce résultat bien que supérieur à celui de Doumbia au Mali (40 %) [13] est préoccupant et souligne la nécessité d'un recyclage du personnel car la connaissance de ces facteurs de risque est cruciale pour un dépistage ciblé et précoce des gestantes à haut risque afin de réduire les complications [7]. Concernant le moyen de diagnostic la glycémie était rapportée par 96% des participants et 41 % identifiaient correctement le seuil de glycémie à jeun $\geq 0,92$ g. Cependant l'HGPO, était connue seulement par trois participants qui savaient comment elle est réalisée, 32% avaient donné une réponse incorrecte et 65% ne la connaissaient pas, malgré qu'elle occupe une place centrale dans le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel [3]. Ces résultats révèlent une lacune importante et limitent la capacité des sages-femmes et maïeuticiens dans son utilisation. En effet l'HGPO constitue actuellement l'examen de référence recommandé par la plupart des sociétés savantes internationales, notamment l'OMS, l'IADPSG et la FIGO [3,4]. Cette méconnaissance de l'HGPO pourrait s'expliquer par sa non disponibilité dans les structures publiques et son absence dans le carnet des CPN au Burkina Faso. Dans notre série les complications maternelles et fœtales n'étaient pas connues de près des trois quarts des participants, bien que 77,8 % citaient la macrosomie comme principales complications fœtales du DG. Cette macrosomie dû à l'hyperinsulinisme fœtal en réponse à l'hyperglycémie maternelle, est fréquente au cours DG et augmente les risques de dystocie des épaules, de césarienne et complications néonatales [14,15].

Attitudes et pratiques des participants selon les domaines explorés

Nos résultats montrent une fois de plus un décalage entre les attitudes peu favorables et des pratiques insuffisantes bien que la quasi-totalité des participants reconnaissent leur rôle dans le dépistage et le suivi de cette pathologie. Toutefois la gravité du DG était perçue par moins d'un quart des participants (24,8 %), et seulement 17,7 % considéraient le DG comme un problème important de santé maternelle au Burkina Faso. Ces attitudes peu favorables permettent d'expliquer l'insuffisance du dépistage et la prise en charge dans notre série. Concernant le dépistage, la non perception de son caractère systématique, et de son rôle dans la réduction des complications était rapporté respectivement par 41,4 % et 27,8 % des participants. Cela souligne une faible connaissance du rôle préventif du dépistage dans le diabète gestationnel dans notre étude. De plus, bien que 58,1 % déclaraient dépister systématiquement le DG, seuls 7,58 % le réalisait au moment recommandé, entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée. Cette discordance pourrait s'expliquer par une méconnaissance et une faible application des recommandations internationales en contexte de ressources limitées [16,17]. Aussi, le besoin de formation continue et de protocole de dépistage exprimé par l'ensemble des participants montre un grand besoin de renforcement des capacités et explique en partie que les attitudes défavorables observées ne sont pas liées à un

manque d'intérêt, mais plutôt une insuffisance des connaissances.

Quant aux pratiques, elles étaient également hétérogènes avec moins de la moitié des participants qui mettaient le nouveau-né immédiatement au sein, tandis que la majorité référait systématiquement en néonatalogie. De plus, il existe une insuffisance majeure dans les contrôles glycémiques en post-partum (1 %) et aussi un manque d'information des mères sur le risque futur de diabète (5,56 %). Or, le diabète gestationnel est reconnu comme l'un des principaux facteurs prédictifs du diabète de type 2 ultérieur, justifiant un suivi post-partum systématique [18,19]. Ces résultats traduisent un manque de compétences spécifiques et une absence de protocoles clairs de prise en charge locale [20]. Enfin, bien que la quasi-totalité des participants déclaraient avoir bénéficié d'une formation de base sur le DG, cela ne se traduisait pas par de meilleures attitudes ou pratiques. Cela suggère la mise en place d'une approche qui combine, le renforcement des compétences, l'amélioration de l'accessibilité aux outils diagnostiques tels que l'HGPO, la diffusion de protocoles standardisés adaptés à notre contexte pour une meilleure prise en charge du DG.

Implications pratiques et perspectives

Nos résultats soulignent la nécessité de :

- Renforcer le niveau de connaissance sages-femmes et des maïeuticiens : formation initiale et formations continues
- Développer des protocoles de dépistage et de prise en charge standardisés adaptés aux ressources disponibles

Forces et limites de l'étude

Les forces de cette étude résident dans la taille de l'échantillon et la diversité des centres, permettant de rendre compte des connaissances attitudes et pratiques. Toutefois, la nature rétrospective du travail, le caractère mono-centrique et l'absence du dosage systématique de la PTH limitent la précision du diagnostic étiologique. De plus, la prise en charge thérapeutique totalement à la charge des patients a parfois été limitée en raison du coût prohibitif de certains médicaments.

CONCLUSION

Cette étude, la première à évaluer de manière standardisée les connaissances, attitudes et pratiques des sages-femmes et maïeuticiens sur le diabète gestationnel à Ouagadougou, révèle des lacunes profondes. Trois professionnels sur quatre méconnaissent les aspects essentiels de cette pathologie, et une proportion similaire adopte des attitudes défavorables, tandis qu'un sur deux met en œuvre des pratiques inadaptées. Si la quasi-totalité a reçu une formation de base, les connaissances concrètes – moyens de dépistage, critères diagnostiques, période clé de la 24^e à la 28^e semaine – restent faibles. Ce décalage entre formation initiale et compétences opérationnelles traduit soit un enseignement trop théorique, soit un défaut de mise à jour des connaissances face à l'évolution des recommandations. L'absence de lien avec l'âge, le sexe ou l'ancienneté confirme que ces lacunes sont systémiques, et non individuelles. La corrélation positive entre connaissances et attitudes, et entre connaissances et pratiques, valide la nécessité d'agir prioritairement sur l'axe cognitif : améliorer les savoirs pour faire évoluer les

comportements. Un programme national de formation continue, obligatoire et périodique, doit être déployé, en s'appuyant sur des supports standardisés et des ateliers pratiques. Chaque maternité devrait disposer d'un protocole écrit de dépistage et de prise en charge du diabète gestationnel, rappelant les seuils glycémiques, la fenêtre de dépistage et la conduite à tenir. Les superviseurs doivent intégrer ces critères dans leurs évaluations. En parallèle, des campagnes de sensibilisation auprès du personnel et des femmes enceintes pourraient renforcer la demande de dépistage.

DECLARATIONS

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en lien avec ce manuscrit

Contributions des auteurs :

L. Zoungana, H. Tiéno et R. Bognounou ont contribué à part égale à ce travail et en sont les premiers auteurs.

L. Zoungana et W P C Nikiéma ont conçu l'idée et écrit le protocole.

S. Traoré, R. Bognounou et H. Tiéno ont amendé et validé le protocole.

W P C Nikiéma a collecté les données de l'étude.

H. Tiéno, R. Bognounou, S. Traoré et O. Guira ont supervisé la collecte des données de l'étude

L. Zoungana, H. Tiéno, R. Bognounou, S. Traoré, et O. Guira ont analysé et interprété les données de l'étude

L. Zoungana a rédigé le premier draft du manuscrit

L. Zoungana, H. Tiéno, S. Traoré, N C J Ouedraogo, S A E S Diallo, S Zoungana et O. Guira ont effectué une révision critique du manuscrit

L. Zoungana, H. Tiéno et R. Bognounou ont validés la version finale du manuscrit.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement spécifique de la part d'organismes publics, commerciaux ou à but non lucratif.

Remerciements

Les auteurs remercient les sages-femmes et maïeuticiens des CMA et CM des cinq districts sanitaires de la ville d'Ouagadougou pour leur collaboration dans la collecte des données, ainsi que la direction régionale de la santé du centre. Ils adressent également leurs remerciements aux médecins chef et chef de service pour leur accompagnement.

RÉFÉRENCES

- Meykiechel T, Bourcigaux N, Christin-Maitre S. Le diabète gestationnel : diagnostic et prise en charge. *Anesth Réanimation*. 1 juill 2023; 9(3):268-76.
- Al-Rifai RH, Abdo NM, Paulo MS, Saha S, Ahmed LA. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus in the Middle East and North Africa, 2000-2019: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Front Endocrinol*. 2021; 12:668447.
- Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. oct 2015; 131 Suppl 3:S173-211.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, Persson B, Buchanan TA, Catalano PA, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*. mars 2010;33(3):676-82.
- Yacouba S, Ouazoun C, Daouda C, Mahamadou K, Issaka D, Salif D, et al. Prise en Charge du Diabète chez la Femme Enceinte à Bamako. *Health Sci Dis [Internet]*. 24 janv 2024 [cité 9 janv 2026];25(2 Suppl 1). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/5280>
- Druye AA, Owusu G, Yeboa NK, Boso CM, Berchie GO, Nabe B, et al. Self-management interventions for gestational diabetes in Africa: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 août 2024; 24(1):549.
- Vambergue A. Expert-consensus from CNGOF and SFD – 2010. *Médecine Mal Métaboliques*. 2011;5.
- Sagna Y, Bagbila AHWP, Traoré S, Zoungana L, Yanogo DRA, Bognounou R, et al. Prévalence et facteurs associés au diabète gestationnel en milieu hospitalier urbain au Burkina Faso. *Médecine Mal Métaboliques*. févr 2023;17(1):76-80.
- Ministère de l'économie et des finances. Cinquième Recensement Général de la Population et de l'habitation du Burkina Faso: plaquette des principaux indicateurs. Burkina Faso; 2023 p. 62.
- Stan D, Dobre CE, Mazilu DC, Brătîlă E. Psychometric evaluation of a novel tool for assessing gestational diabetes and hypertension care: knowledge, attitudes, and practices of midwives and nurses. *J Med Life*. févr 2024;17(2):171-6.
- Combre F. Prise en charge du diabète gestationnel en prénatal: connaissances et place de la sage-femme suite aux nouvelles recommandations de 2010.
- Connaissances sur le diabète gestationnel parmi les infirmières travaillant dans les services de maternité. *Journal of Diabetes Nursing [Internet]*. 2022 [cité 26 déc 2025]. Disponible sur: <https://diabetesonthenet.com/journal-diabetes-nursing/gdm-knowledge-maternity-services/>. 2 nov 2022;
- Traore PAK, Menta PDK, Toloba DY, Traore PHA, Doumbia AA. Étude de la tuberculose dans le service de Médecine Interne du CHU du Point G de 2006 à 2010. Bamako : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie. [Bamako; Mali]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2013.
- Ridha F, Houssein R, Latifa M, Ines M, Sabra H. Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale: étude comparative a propos de 820 cas Risk factors and materno-fetal prognosis of foetal macrosomia: comparative study of 820 cases. *Pan Afr Med J*. 10 oct 2017; 28:126.
- Sani MM, Balle ZB, Brah S, Daou M, Madougou S, Maazou ML, et al. Complications Maternelles et Fœtales chez les Femmes Enceintes Diabétiques à Niamey. *Health Sci Dis [Internet]*. 21 mars 2020 [cité 9 janv 2026];21(4). Disponible sur: <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1943>
- Adeleke NA, Olowookere SA, Farinloye EO, Abiodun OM, Alebiosu CO. Management of gestational diabetes mellitus at secondary health care level: a survey of ante-natal care givers' knowledge, attitude and practice. *Res J Health Sci*. 2014;2(2):79-89.
- Gestational diabetes: The public health relevance and approach. *Diabetes Res Clin Pract*. 1 sept 2012; 97(3):350-8.
- McIntyre HD, Catalano P, Zhang C, Desoye G, Mathiesen ER, Damm P. Gestational diabetes mellitus. *Nat Rev Dis Primer*. 11 juill 2019; 5(1):47.
15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2024 - PMC [Internet]. [Cité 28 déc 2025]. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10725801/>
15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 11 déc 2023;47(Suppl 1):S282-94.