

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



FACULTÉ DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année Universitaire : 2020 – 2021

N°..... /

THÈSE

**ETUDE CLINIQUE ET EVALUATION DE LA PRATIQUE
DU DEPISTAGE DU DIABETE GESTATIONNEL A LA
MATERNITE DU CSCOM DE SIBIRIBOUGOU**

Présentée et soutenue publiquement 27/ 05 / 2021 Devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : M. Malick TRAORE

*Pour obtenir le Diplôme de Docteur en Médecine
(Diplôme d'État)*

JURY

Président du jury : Pr Mamadou DEMBÉLÉ

Membre du Jury : Dr MENTA Djénébou TRAORE

Membre du Jury : Dr Oumar KONATÉ

Co-Directeur : Dr Issa Souleymane GOITA

Directeur de Thèse : Pr KAYA Assétou SOUKHO

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Je dédie ce travail à **Dieu**, le tout puissant, le clément et le miséricordieux. Gloire à lui et à son prophète Mahomet que la paix et le salut éternel soit sur lui et ses disciples. Merci, de m'avoir donné la vie, la santé, et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail.

À mes parents :

À mon père Soumaila TRAORE,

Quelle fierté pour moi d'être ton enfant. Un homme cultivé, qui estime que le savoir est la plus grande richesse de ce monde. Tu as été pour nous, un exemple de courage, de persévérance et d'honnêteté dans l'accomplissement du travail bien fait. Tu as toujours été soucieux de l'avenir de toute la famille.

Papa, j'espère que tu seras fier de ton fils. Que Dieu te donne une longue vie sereine à nos côtés. Amen !

A ma très chère maman Kadia TANGARA,

C'est un immense bonheur pour moi d'être né de toi. Femme non scolarisée et pourtant n'ignorant point la valeur des études. Tu pousses sans cesse ton enfant vers la gloire. Tu te fais toujours des soucis pour tes enfants car tu es une vraie mère. Je t'aime et je te souhaite de vieillir dans tout le bonheur.

À mes tantes et oncles :

Je m'abstiens de citer des noms de peur d'en oublier.

Ce travail est le vôtre. C'est grâce à vos conseils et à votre participation accrue dans ma vie que j'ai pu réaliser ce travail. Je vous serai éternellement reconnaissant.

À mes frères et sœurs :

Diakaridia TRAORE, Ichaka TRAORE, Assitan TRAORE, Anna TRAORE, Fatoumata TRAORE, Mariam TRAORE, Kaniko TRAORE :

Puisse Dieu nous prêter encore longue vie et nous aider à rester unis pour la bonne marche de la famille. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez largement contribué !!!

À mes grands-parents

Quel regret que, j'ai de ne pas avoir connu certains d'entre vous.

Reposez-vous en paix et que Dieu puisse vous accueillir dans son paradis. Merci pour votre attention particulière et votre affection depuis mon jeune âge pour ceux dont j'ai eu la chance d'avoir connu.

À la famille

Famille TRAORE à Bamako, Ségou, et Kotoumou de la famille DIARRA à Dijcoroni Para, à la famille PLÉA à Kabalabougou merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, que Dieu consolide nos liens.

À mes cousins et cousines

Merci pour votre soutien, qu'Allah renforce le lien sanguin qui nous uni. Amen

À mes Camarades, Ami(es), Frères et Sœurs de FMOS

Recevez ici mon profond respect à vous tous et toutes. Je salue cette complicité naturelle que l'on a nouée entre nous et que l'on continue d'entretenir. Merci pour tout et bonne chance dans la vie.

Au personnel du Centre de Santé Communautaire de Sibiribougou.

Je n'aurai guère mots pour manifester toute ma reconnaissance à votre égard. Merci pour votre disponibilité et votre soutien, que Dieu vous récompense pour tout ce que vous faites pour la population.

REMERCIEMENTS

Au Mali :

Les Grecs disent : « nous sommes nés pour notre pays et devons mourir pour lui ». Merci d'avoir investi en moi pendant ces longues années d'études. Ma chère patrie, tu m'as donné des encadreurs de taille depuis l'école maternelle jusqu'à nos jours. Tu as créé les conditions favorables à ma formation. Je prie le Bon Dieu de pouvoir te servir avec honnêteté et loyauté. Tu nous rappelles dans l'hymne national : « ... Nous sommes résolus de mourir... pour l'Afrique et pour toi Mali... »

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie :

Monsieur le Doyen, recevez mes sincères remerciements pour la qualité de l'enseignement qui m'a été dispensé par les éminents enseignants de votre faculté. Je prie Dieu afin que vous et vos collègues voient en moi le digne élève. Merci chers maîtres.

À Monsieur le Professeur Mamadou Dembélé

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Votre patience et votre disponibilité m'ont beaucoup apporté. Je suis fière d'être votre élève et j'espère savoir transmettre tout ce que vous m'avez appris. Merci de m'accorder votre confiance en m'accueillant dans votre service.

À Monsieur le Docteur Issa Souleymane GOÏTA

Merci d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Votre disponibilité et votre attention durant ce travail m'ont beaucoup touché. Je retiens de vous un excellent formateur, permettez-moi de vous exprimer ma très profonde admiration.

À Monsieur le Docteur Oumar KONATE

Merci pour tout le soutien moral et l'accompagnement matériel que vous m'avez apporté durant tout le temps qu'a duré l'élaboration de cette thèse. Merci et longue vie à vous.

À toutes les sages-femmes, infirmières du centre de santé communautaire de Sibiribougou. Merci pour votre accueil, collaboration et disponibilité.

À tous mes aînés médecins du CSRéf de la Commune IV qui m'ont offert du temps pour l'enseignement et qui m'ont fait profiter de leur expérience, en particulier : Dr Jean Marie Koné, Dr Naman Keita, Dr Abdoulaye Diakité, et Dr Lassana Koulibaly.

À mon équipe de garde : Ibrahim Amadou Cisse, Alou Konate, Samba Sidibé, Cheik Oumar Sanogo, Amadoun Kassamara.

À vous mes amis, avec lesquels j'ai noué des relations de courtoisie et de complicité. Chaque jour passé auprès de vous était un jour d'apprentissage.

J'apprenais avec vous le savoir être. Vous êtes si nombreux à me soutenir. Je dirais merci à Dr Nouhoum Koné, Dr Soulyemane Traoré, Ibrahim Maiga, Seydou Dembélé, Abiba Berthe, Oumar N'Daou, André Pascal Somboro, Abdoul Aziz Diallo, Bakary Togola et Seibou Traoré.

Au personnel du Centre de Santé Communautaire de l'Hôpital Mali Gavardo.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Mamadou Dembélé

- **Maître de conférences agrégé de Médecine Interne ;**
- **Ancien Maître chargé de cours de sémiologie Médicale et de thérapeutique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Premier Coordinateur du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine de famille et de Médecine communautaire à la FMOS**
- **Ancien secrétaire général de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA)**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Honorable maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail et vos conseils font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur MENTA Djénébou TRAORE

- **Spécialiste en médecine interne ;**
- **Maitre assistante en Médecine interne ;**
- **Membre de la Société Malienne de Médecine Interne ;**
- **Praticienne hospitalière au CHU du point G ;**
- **Diplômée de l'Université Paris VI sur la prise en charge du VIH.**
- **Diplômée de formation graduée en hépato-gastro-entérologie
Mohamed V Maroc,**
- **Diplômée universitaire en drépanocytose à la FMPOS**

Cher maître,

Nous sommes très touchés par la confiance que vous nous avez accordée dans la réalisation de ce travail. Votre dynamisme, votre richesse intellectuelle et votre rigueur sont les qualités qui vous rendent admirable adjoint à cela une générosité débordante vous rendant inestimable.

Vos critiques, vos suggestions et vos encouragements ont été d'un apport capital dans la confection et l'amélioration de la qualité de ce travail.

Permettez-nous, de vous exprimer toute notre reconnaissance et notre respect.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Oumar Konaté

- **Médecin directeur technique au CSCCom de sibiribougou ;**
- **Médecin praticien au CSCcom de Sibiribougou ;**
- **Secrétaire Général du conseil de l'ordre des médecins de la commune IV du District de Bamako ;**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges. Nous sommes honorés de pouvoir bénéficier de vos compétences et conseils pour l'amélioration de ce travail. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

À NOTRE Maître ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Docteur Issa Souleymane GOÏTA

- **Spécialiste en médecine de famille et Médecine communautaire ;**
- **Diplômé universitaire en drépanocytose à la FMPOS;**
- **Maitre-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie**

Cher maître,

Vous nous avez honorés en acceptant de siéger à ce jury .Ce travail est avant tout le fruit de vos efforts. Nous avons apprécié vos qualités humaines et scientifiques tout au long de ce travail. Votre disponibilité constante ; votre simplicité, votre amour pour le travail bien fait et surtout votre patience font de vous un maitre respectable et admiré. Merci pour votre soutien et les conseils que vous nous avez prodigués. Permettez-nous cher maitre de vous formuler ici l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THÈSE

Professeur KAYA Assétou SOUKHO :

- **Maitre de conférences agrégé de médecine interne ;**
- **Première femme agrégée de médecine interne au MALI ;**
- **Chef de service de médecine interne au CHU du Point G ;**
- **Spécialiste en endoscopie digestive;**
- **Spécialiste en médecine interne de l'université de Cocody (Côte d'Ivoire) ;**
- **Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée;**
- **Diplômé de formation post graduée en gastro-entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-entérologie (OMGE) à Rabat (Maroc) ;**
- **Titulaire d'un certificat de formation de la prise en charge du diabète et complication à Yaoundé (Cameroun) ;**
- **Membre du bureau de la Société de la Médecine Interne du Mali (SOMIMA) ;**
- **Membre du bureau de la Société Africaine de Médecine Interne(SAMI),**

Chère maitre

Nous avons été profondément touchés par votre disponibilité et votre abord facile. Passionnée du travail bien fait ; soucieuse de notre formation ; vous êtes pour nous un modèle de réussite et surtout de courage. Nous avons été toujours impressionnés par vos qualités pédagogiques aussi bien à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et de la déontologie font de vous un maitre admiré et respecté.

Veillez recevoir cher maitre l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

ABREVIATION

ADA: American Diabètes Association

ASACODJENEKA : Association Santé Communautaire de Djénékabougou

ASACODJIP : Association Santé Communautaire de Djikoroni Para

ASACOHAM: Association Santé Communautaire d'Hamdallaye

ASACOKALABAM: Association Santé Communautaire de Kalabambougou

ASACOLA1 : Association Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 3

ASACOLAB5 : Association Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 5
Bougoubani Taliko

ASACOLA2 : Association Santé Communautaire de Lafiabougou Secteur 1 et 2

ASACOLABASAD : Association Santé Communautaire de Lassa Sanakoro

ASACOSEK : Association Santé Communautaire de Sébénikoro et
kalabambougou

ASACOSEKASI : Association Santé Communautaire de Sebenikoro Extension
Sibiribougou, Kalabambougou.

CS : Centre de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPN: Consultation Périnatale

CSRéf CIV: Centre de Santé de Référence de la Commune IV

CSCom : Centre de Sante Communautaire

DG : Diabète Gestationnel

DT1 : Diabète de Type 1

DT2 : Diabète de Type 2

FID : Fédération Internationale du Diabète

HGPO : Hyperglycémie Provoquée Orale

IEC: Information Education Communication

IAPDSG: International Association of the Diabetes and pregnancy Study
Groups

IMC: Indice de Masse Corporelle

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

SA: Semaine d'Aménorrhée

Liste des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau I : Critère récents utilisés par les différentes associations pour le diagnostic du diabète gestationnel..... | 14 |
| Tableau II: répartition du personnel en fonction de la qualification professionnelle..... | 25 |
| Tableau III: répartition du personnel en fonction de l'expérience professionnelle de travail..... | 25 |
| Tableau IV: répartition du personnel selon qu'il ait reçu une formation sur le diabète gestationnel | 26 |
| Tableau V : répartition du personnel en fonction de leur connaissance sur la définition du diabète gestationnel | 26 |
| Tableau VI : Répartition du personnel en fonction de leur connaissance sur les facteurs de risque du diabète gestationnel..... | 27 |
| Tableau VII: répartition du personnel selon leur connaissance sur la période idéale pour le dépistage du diabète gestationnel | 27 |
| Tableau VIII : Répartition du personnel selon leur connaissance sur les moyens biologiques de dépistage du diabète gestationnel | 28 |
| Tableau IX: répartition du personnel selon leur connaissance sur le moment de réalisation d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) | 28 |
| Tableau X: répartition des gestantes en fonction de l'âge | 29 |
| Tableau XI: Répartition des gestantes en fonction de la profession..... | 29 |
| Tableau XII: Répartition des gestantes en fonction du niveau d'instruction..... | 30 |
| Tableau XIII: Répartition des gestantes en fonction des antécédents de diabète familial..... | 30 |
| Tableau XIV: Répartition des gestantes en fonction des antécédents de macrosomie..... | 31 |
| Tableau XV: Répartition des gestantes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) au moment de l'enquête..... | 31 |
| Tableau XVI: Répartition des gestantes en fonction de la méthode de dépistage | 32 |

| | |
|--|----|
| Tableau XVII: Répartition des gestantes en fonction du type de diabète..... | 32 |
| Tableau XVIII: répartition des cas de diabète gestationnel enquêtés en fonction de l'âge | 33 |
| Tableau XIX: répartition des cas de diabète gestationnel enquêtés en fonction des antécédents de diabète familial | 33 |
| Tableau XX: répartition des cas de diabète gestationnel enquêtés en fonction des antécédents de macrosomie | 34 |
| Tableau XXI: répartition des cas de diabète gestationnel enquêtés en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) au moment de l'enquête | 34 |

Table des matières

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 2 |
| OBJECTIFS..... | 5 |
| - Objectif général..... | 5 |
| - Objectifs spécifiques :..... | 5 |
| 1- GENERALITES..... | 7 |
| 1-1 –Définition du diabète sucré | 7 |
| 1-2- Diagnostic du diabète sucré..... | 7 |
| 1-3 Classification étiologique du diabète sucré (selon ADA et OMS 1998)..... | 7 |
| A. Diabète sucré de type 1 | 7 |
| B. Diabète sucré de type 2 (résistance à l’insuline et défaut de sécrétion d’insuline)..... | 7 |
| C. Types spécifiques de diabète | 7 |
| D. Diabète gestationnel | 8 |
| 1-3-1-Diabète type 1..... | 8 |
| 1-3-3-Diabète gestationnel (DG)..... | 11 |
| 1-3-3-1 Physiopathologie du diabète gestationnel..... | 11 |
| 1-3-3-2 Critères de diagnostics du diabète gestationnel | 13 |
| 2 -METHODOLOGIE..... | 16 |
| 2-1 Cadre d’étude | 16 |
| 2-2 Type d’étude | 19 |
| 2-3 Période d’étude | 19 |
| 2-4 Population d’étude: | 19 |
| 2-5 Techniques et outils de collecte des données..... | 19 |
| 2-6-Aspects éthiques | 22 |
| 2-7 Saisie et analyse des données..... | 23 |
| 3. RESULTAT : | 25 |
| 3-Résultats globaux | 25 |
| 3-2. Résultats spécifiques aux personnels enquêtés..... | 25 |
| 3-3 RESULTATS SPECIFIQUES AUX GESTANTES | 29 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 4 - DISCUSSION ET COMMENTAIRES | 36 |
| - CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 39 |
| - CONCLUSION | 39 |
| - RECOMMANDATIONS | 39 |
| REFERECENCES..... | 42 |
| ANNEXES | 47 |
| FICHES D'ENQUETES | 47 |
| Fiche signalétique..... | 50 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 52 |

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'association diabète et grossesse est une situation fréquente qui constitue un vrai problème de santé publique dans de nombreuses régions à travers le monde. C'est une grossesse à très haut risque en raison des complications maternelles et fœtales qui lui sont inhérentes, et qui peuvent mettre en jeu le pronostic materno-fœtal aussi bien fonctionnel que vital.

Le diabète gestationnel se définit Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme tout degré d'intolérance glucidique ayant débuté ou ayant été mis en évidence pour la première fois durant la grossesse indépendamment du traitement nécessaire ou de l'évolution en post partum. Le diabète gestationnel est dépisté en principe au 2e trimestre de la grossesse entre la 24e et 28e semaine d'aménorrhée (SA) [1]. Les symptômes manifestes d'hyperglycémie au cours de la grossesse sont rares et peuvent être difficiles à distinguer des symptômes normaux de la grossesse. L'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) est recommandée pour le dépistage du diabète gestationnel entre la 24ème et la 28ème semaine d'aménorrhée (SA) de la grossesse.

Les valeurs pathologiques de (HGPO) sont une glycémie à jeun entre la 24ème et la 28ème SA $\geq 0,92$ g/l ou glycémie à 1 h après ingestion de 75 g de glucose $\geq 1,80$ g/l ou glycémie à 2h après ingestion de 75 g de glucose \geq à 1,53 g/l [2].

La prévalence du diabète gestationnel plus souvent estimée entre 2 et 6 %, peut atteindre des valeurs de 10 à 20 % dans certaines populations à haut risque [3]. En 2017, d'après les estimations de la Fédération Internationale du Diabète (FID), sur 21,3 millions d'enfants nés vivants, 16,2 % ont une mère ayant développé une forme quelconque d'hyperglycémie pendant la grossesse. Selon les estimations, 86,4 % de ces cas étaient dus au diabète gestationnel (DG), 6,2% à un diabète détecté avant la grossesse et 7,4 % à d'autres types de diabète (notamment le diabète de type 1 et de type 2) détectés pour la première fois pendant la grossesse [4].

Au Mali, une étude descriptive rétrospective de 5 ans (2003 à 2007) chez des femmes enceintes avec le diabète pré gestationnel de type 1 ou type 2 ou

gestationnel, a trouvé une prévalence globale de 0,94%. Le nombre de cas était en constante progression : 8% en 2003, 19% en 2005, 26% en 2006 et 39% en 2007. Plus des 2/3 des femmes avaient des antécédents familiaux d'avortement spontané : 41,4% (n=29 /70), de macrosomie fœtale: 25,7%(n =18 /70), de mort fœtale in utero : 32,8% (n=22 /70). Les multipares occupaient le premier rang avec 46%, les primipares le 3^{ème} rang avec 11% et nullipares le 4^{ème} rang avec 6%. Le diabète était gestationnel dans 13% et pré gestationnel dans 87% dont 30 cas de DT1 et DT2 [5].

Les conséquences néfastes de cette pathologie sont multiples, autant chez la mère que chez le fœtus. Pour la mère, le diabète gestationnel peut être associé, entre autres, à un accouchement par césarienne ou prématuré, à de l'hypertension artérielle, à une toxémie gravidique [6]. Les complications peuvent avoir un caractère plus durable avec le développement d'un diabète de types 1 et 2 après l'accouchement [7,8] ou réapparition d'un diabète gestationnel lors d'une autre grossesse [9,10]. Pour le fœtus, le risque n'est pas moindre. Il peut se manifester à la naissance par une macrosomie [10], une hypo-glycémie néonatale, un ictère, une détresse respiratoire, un risque de blocage des épaules à cause d'un accouchement difficile. À long terme, un enfant né de mère ayant présenté un diabète gestationnel a un risque plus important d'obésité et de diabète à l'âge adulte [11].

Une prise en charge étroite et un suivi rigoureux multidisciplinaire entre le diabétologue et l'obstétricien pendant la conception mais surtout en préconception, sont donc indispensables pour limiter les complications, d'où l'importance de la programmation de la grossesse en cas de diabète pré gestationnel et du dépistage précoce du diabète gestationnel en cas de facteur de risque.

PROBLEMATIQUE

La prise en charge correcte du diabète gestationnel pose d'énormes problèmes en Afrique qui s'expliqueraient selon la littérature par [12] :

- le manque de formation du personnel et des structures de prise en charge adéquate ;
- l'insuffisance des capacités de dépistage ;
- le coût important d'accès aux soins.

Cela engendre un retard de diagnostic et de prise en charge.

Par ailleurs, la prévalence du diabète gestationnel en milieu hospitalier était de 13% selon une étude rétrospective réalisée au CHU du point G et à l'hôpital Gabriel TOURE qui sont des structures de quatrième référence [5].

Autant de facteurs et l'absence de données sur le dépistage du diabète gestationnel au niveau des structures sanitaires de premier échelon qui nous ont amené à faire cette étude portant sur l'évaluation de la pratique du dépistage du diabète gestationnel à la maternité du CSCOM de Sibiribougou pour apprécier la connaissance du personnel et la fréquence de cette pathologie ainsi les facteurs de risque qui y sont liés.

OBJECTIFS

- Objectif général

Évaluer la pratique du dépistage du diabète gestationnel à la maternité du CSCCom de Sibiribougou

- Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence du diabète gestationnel,
- ✓ Déterminer les facteurs de risque du diabète gestationnel chez les gestantes
- ✓ Déterminer le niveau de connaissance du personnel sur le diabète gestationnel,
- ✓ Déterminer les méthodes de dépistage utilisées au CSCCom.

GÉNÉRALITÉS

1- GÉNÉRALITÉS

1-1 –Définition du diabète sucré

Définition du diabète : Le diabète sucre, ou plus simplement le diabète, est une maladie chronique qui se développe lorsque le taux de glucose dans le sang augmente parce que l'organisme ne parvient pas à produire suffisamment D'insuline ou à l'utiliser de manière efficace [1]. À jeun, la glycémie normale est comprise entre 0,80 et 1,10 g/l [13].

1-2- Diagnostic du diabète sucré

Le diagnostic du diabète sucré peut être établi de trois façons différentes, qui, en l'absence d'une hyperglycémie évidente devront être confirmées par une deuxième mesure :

- Symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement inexplicable, somnolence voire coma etc.) et glycémie quelle que soit l'heure $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L),
- Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L (7,00 mmol/L),
- Glycémie 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L) [14].

1-3 Classification étiologique du diabète sucré (selon ADA et OMS 1998)

A. Diabète sucré de type 1

- a. auto-immun (trouble des cellules β),
- b. idiopathique (rare, sans élément pour facteur auto-immun),

B. Diabète sucré de type 2 (résistance à l'insuline et défaut de sécrétion d'insuline)

C. Types spécifiques de diabète

- a. Défaut génétique de la fonction des cellules β (Maturity Diabetes of the Young: MODY).
- b. Défaut génétique dans l'action de l'insuline (résistance à l'insuline de type A, Lepréchaunisme, syndrome de Rabson-Mendenhall: défaut des récepteurs à l'insuline, diabète lipo-atrophique, autres).

- c. Maladies du pancréas exocrine (pancréatite, néoplasie, fibrose kystique, hémochromatose, pancréatopathie fibro-calculuse, autres).
- d. Endocrinopathies (acromégalie, syndrome de Cushing, phéochromocytome, syndrome de Conn, autres).
- e. Induit par les médicaments (stéroïdes, pentamidine, acide nicotinique, diazoxyde, thiazides, inhibiteurs de la protéase, autres).
- f. Infections (rougeole congénitale, oreillons, virus Coxsackie, cytomégalovirus)
- g. Formes rares de diabète immunogène (syndrome de Stiff-Man, anticorps anti-insuline-récepteurs, autres).
- h. Autres syndromes génétiques associés au diabète (trisomie 21, syndrome de Klinefelter, syndrome de Turner, dystrophie myotonique, autres).

D. Diabète gestationnel

1-3-1-Diabète type 1

Le diabète de Type 1 est provoqué par une réaction auto-immune au cours de laquelle le système immunitaire de l'organisme attaque les cellules des îlots du pancréas qui produisent l'insuline. L'organisme devient alors incapable de produire l'insuline dont il a besoin, ou alors en quantité très faible, avec pour conséquence une déficience relative ou absolue en insuline. Les causes de ce processus destructeur ne sont pas totalement comprises, mais une susceptibilité génétique combinée à des facteurs déclencheurs environnementaux, tels qu'une infection virale, des toxines ou certains facteurs alimentaires, est impliquée [15]. La maladie peut se développer à tout âge, mais le Type 1 apparaît le plus souvent à l'enfance ou à l'adolescence. Les personnes atteintes de cette forme de diabète ont besoin d'insuline chaque jour pour maintenir leur glycémie sous contrôle et ne peuvent survivre sans insuline. Pour peu qu'elles bénéficient d'un traitement approprié quotidien à base d'insuline, surveillent leur glycémie et adoptent une alimentation et un style de vie sains, ces personnes peuvent mener une vie saine et retarder ou éviter de nombreuses complications associées au diabète.

Le diabète de Type 1 est diagnostiqué par un taux de glycémie élevé avec les Symptômes suivants : **soif excessive et bouche sèche, urines abondantes, Manque d'énergie, fatigue, faim constante, perte de poids soudaine, Incontinence nocturne, et vision trouble.**

Fondamentalement, pour la constitution du diabète de type 1, il faut:

- une prédisposition immunogénétique, c'est-à-dire des caractéristiques particulières système HLA;
- un facteur déclenchant (facteur environnemental) ;
- ainsi qu'une réaction auto-immune dirigée contre les cellules β , à laquelle participent des lymphocytes T auto-réactifs cytotoxiques, des cytokines et des auto-anticorps [16].

Le diagnostic peut être pose sans HGPO si les éléments suivants sont présents : Une concentration de glucose plasmatique veineuse aléatoire $\geq 11,1$ mmol/l ou une concentration de glucose plasmatique à jeun $\geq 7,0$ mmol/l (sang total $\geq 6,1$ mmol/l ou HbA1c $\geq 6,5$ %) [2].

1-3-2-Diabète Type 2

Le diabète de type 2 est le type le plus courant et il représente environ 90 % de l'ensemble des cas de diabète dans le monde. Dans le cas du diabète de type 2, au départ les cellules sont moins sensibles à l'insuline, ce qui provoque l'hyperglycémie, une situation appelée insulino-resistance. Lorsqu'il y a résistance à l'insuline, l'hormone est inefficace et, le moment venu, cela provoque une augmentation de la production d'insuline. Avec le temps, la production d'insuline devient anormale en raison de l'incapacité des cellules bêta du pancréas à répondre à la demande. Le diabète de type 2 se manifeste le plus souvent chez les personnes âgées, mais on l'observe de plus en plus chez les enfants et les jeunes adultes eu égard à la progression de l'obésité, du manque d'activité physique et d'une mauvaise alimentation.

Le diabète de type 2 peut présenter des symptômes similaires à ceux du diabète de type 1 notamment une soif excessive, des urines abondantes, la fatigue, une cicatrisation lente des plaies, des infections récurrentes et des fourmillements ou

un engourdissement des mains et des pieds. Mais, en général, cette pathologie est beaucoup moins aigue et le patient peut être complètement asymptomatique. En outre, il est généralement impossible de déterminer le moment exact de l'apparition du diabète de type 2. Par conséquent, la période précédant le diagnostic est souvent longue et entre un tiers et la moitié des personnes vivant avec le diabète de type 2 peuvent ne pas être diagnostiquées. Si le délai précédant le diagnostic est long, des complications telles la rétinopathie ou un ulcère du membre inférieur qui ne guérit pas peuvent être présentes au moment du diagnostic [2]. Les causes du diabète de Type 2 ne sont pas totalement comprises, mais il existe un lien étroit avec le surpoids et l'obésité, de même qu'avec l'augmentation de l'âge, l'ethnicité et les antécédents familiaux. Parmi les principaux facteurs de risque modifiables, citons une adiposité excessive (obésité), une mauvaise alimentation/nutrition, le sédentarisme, le pré diabète ou l'intolérance au glucose (IG), le tabagisme et des antécédents de DG avec exposition du fœtus à une glycémie élevée pendant la grossesse. Sur le plan des facteurs alimentaires, des données probantes récentes ont également laissé entendre l'existence d'un lien entre une consommation élevée de boissons sucrées et le risque de diabète de Type 2 [4].

Le diabète de Type 2 est diagnostiqué par les Symptômes suivants :

- Symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement inexplicé, somnolence voire coma) et glycémie quelle que soit l'heure $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L),
- Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L (7,00 mmol/L),
- Glycémie à 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L) [13].

Pour L'OMS, un taux d'HbA1c $> 6,5$ % est un critère de diagnostic du diabète, l'assurance de la qualité de mesure de l'HbA1c n'est pas disponible à l'échelle mondiale. Actuellement, l'OMS recommande une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) à deux heures pour détecter une intolérance au glucose et une anomalie de glycémie à jeun [2].

1-3-3-Diabète gestationnel (DG)

Le diabète gestationnel se définit Selon l'ADA (American Diabètes Association) et par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme tout degré d'intolérance glucidique ayant débuté ou ayant été mis en évidence pour la première fois durant la grossesse indépendamment du traitement nécessaire ou de l'évolution en post partum [1]. D'après les estimations, la plupart des cas (75-90 %) de glycémie élevée pendant la grossesse sont imputables au diabète gestationnel [17]. Le DG est un type de diabète qui affecte généralement les femmes enceintes pendant les deuxième et troisième trimestres, même s'il peut survenir à tout moment pendant la grossesse. Chez certaines femmes, un diabète peut être diagnostiqué au cours du premier trimestre, mais la plupart du temps, il existait alors déjà avant la grossesse mais n'avait pas été diagnostiqué. Comme les symptômes évidents d'une hyperglycémie pendant la grossesse sont rares et parfois difficiles à distinguer des symptômes normaux de la grossesse, un test oral de tolérance au glucose (HGPO) est recommandé pour le dépistage du DG entre les 24^{ème} et 28^{ème} semaines de la grossesse. Chez les femmes à haut risque, ce dépistage doit être réalisé plus tôt [18]. Le HGPO consiste à mesurer la concentration de glucose dans le sang à jeun et deux heures après l'ingestion d'une boisson contenant 75 grammes de glucose.

1-3-3-1 Physiopathologie du diabète gestationnel.

La grossesse s'accompagne de modifications du métabolisme glucidique afin de répondre aux exigences énergétiques de l'unité Fœto-placentaire. Il se crée alors un état diabétogène physiologique, caractérisé par une insulino-résistance croissante, compensée par un hyperinsulinisme. Deux périodes successives sont distinguées : une phase d'anabolisme lors du 1er trimestre et une phase de catabolisme à partir du 2ème trimestre [19].

Ainsi, au cours des deux premiers trimestres de la grossesse, le fœtus est de petite taille et sa demande énergétique est faible. On observe un stockage maternel des réserves énergétiques après les repas, notamment au niveau des tissus adipeux, grâce aux hormones placentaires (œstrogènes et progestérone).

L'hyperphagie maternelle favorise également cette situation d'anabolisme, avec une prise de poids maternelle supérieure à la croissance fœtale. La glycémie postprandiale augmente régulièrement, tandis que la glycémie maternelle à jeun baisse progressivement, atteignant sa valeur la plus basse vers 17 semaines d'aménorrhées. Il existe donc un état d'hyperglycémie relative postprandiale, proche d'une intolérance au glucose [20]. De plus, au début de la grossesse, une hypersensibilité à l'insuline des tissus adipeux favorise le stockage des réserves énergétiques. Cette sensibilité diminue fortement pour se transformer, à partir de 24 Semaines d'aménorrhées, en une véritable insulino-résistance. Celle-ci est t-progressive au cours de la grossesse, maximale au troisième trimestre et réversible dans le post-partum. Elle est favorisée par l'augmentation des hormones placentaires : hormone lactogène placentaire et progestérone mais aussi par les hormones de la contre régulation : cortisol et leptine facilitant ainsi le stockage du glucose dans le foie.

À partir de 24 semaines d'aménorrhées, la croissance fœtale est maximale et les besoins énergétiques sont plus importants. Une mobilisation rapide des réserves maternelles est alors nécessaire. Elle est assurée par le phénomène de catabolisme. Les deux derniers trimestres de la grossesse s'accompagnent ainsi d'une augmentation de la glycémie postprandiale.

En cas de fonction pancréatique normale, l'insulino-résistance maternelle est compensée par une insulinosécrétion progressive, permettant de maintenir l'euglycémie.

En revanche, si l'insulino-résistance n'est pas compensée par une augmentation adaptée de la sécrétion d'insuline, un diabète gestationnel apparaît. Une hyperglycémie maternelle va alors se développer, du fait de la sécrétion insuffisante d'insuline. Cette dernière va induire une hyperglycémie fœtale par mécanisme de diffusion, facilité à travers le placenta. Il s'en suit un hyperinsulinisme fœtal réactionnel [21]. Dans le cadre du diabète gestationnel, il y a une perte de la fonction bêta pancréatique. Le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale pourra alors démasquer l'incompétence bêta propre de

la patiente. La physiopathologie du diabète gestationnel reste encore mal comprise. Elle peut refléter soit une prédisposition au diabète de type 2, soit une exacerbation des modifications métaboliques qui prévalent au cours de la grossesse. Diabète gestationnel et diabète de type 2 semblent proches dans leur physiopathologie. En effet, les anomalies métaboliques sont similaires, tout comme les facteurs de risque [20].

1-3-3-2 Critères diagnostiques du diabète gestationnel

Il existe beaucoup de critères de diagnostiques, ces critères restent encore controversés et régulièrement remis en question. Ils ne sont pas admis de manière universelle, en raison des coûts de traitement qu'ils occasionnent et de l'évidence limitée de bénéfice de traiter avec des valeurs seuils plus basses [22]. Ainsi, récemment, en 2015, l'association anglaise NICE (National Institute for Health and Care Excellence) a recommandé de nouvelles valeurs seuils pour le dépistage du diabète gestationnel, différentes des valeurs IADPSG.

Le dépistage du diabète gestationnel est classiquement recommandé entre 24 et 28 semaines, date à laquelle la tolérance au glucose se détériore au cours de la grossesse. Cependant l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 chez les femmes en âge de procréer fait que l'on recommande, chez les femmes à haut risque, un dépistage du diabète de type 2 à la première visite prénatale [23]. Le dépistage précoce du diabète gestationnel (avant 24 semaines), reste débattu et ne fait plus partie des recommandations actuelles [23,24]. Une étude récente [25] a montré que malgré un dépistage précoce du diabète gestationnel et un traitement adéquat, les patientes diagnostiquées précocement avec un diabète gestationnel gardaient de mauvais résultats durant la grossesse (pour les patientes dépistées <12 semaines de grossesse, les résultats étaient similaires à ce que l'on peut voir en cas de diabète de type 2 préexistant). D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des approches thérapeutiques pour améliorer les résultats dans ces grossesses à haut risque. La plupart des « guidelines », incluant celles de L'ADA en 2014 [23] (American Diabètes Association), recommandent un dépistage universel du diabète gestationnel,

mais d'autres organisations, comme l'association anglaise NICE (National Institute for Health and Care Excellence), en 2015, recommandent uniquement un dépistage ciblé sur les facteurs de risque de diabète gestationnel. Les facteurs de risque considérés par NICE en 2015 sont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², un antécédent de macrosomie de 4,5 Kg ou plus, un diabète gestationnel antérieur, une histoire familiale de diabète ou l'appartenance à une minorité ethnique avec une haute prévalence de diabète gestationnels 2013[26].

Tableau I : Critère récents utilisés par les différentes associations pour le diagnostic du diabète gestationnel

| | Critère OMS modifiés 1999 | ACOG 2001 | IADPSG OMS 2013 ADA 2014 | NICE 2015 |
|---------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | HGPO 75g 1 valeur Pathologique | HGPO 100g 2 valeurs pathologiques | HGPO 75g 1 valeur pathologique | HGPO 75g 1 valeur Pathologique |
| HGPO 0' | ≥ 110 mg/dl | ≥ 95 mg/dl | ≥ 92mg/dl | ≥101 mg/dl |
| HGPO 1h | | ≥ 180mg/dl | ≥180mg/dl | |
| HGPO 2h | 140mg/dl | ≥155mg/dl | ≥153mg/dl | ≥140 mg/dl |
| HGPO 3h | | ≥140mg/dl | | |

IADPSG: International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ADA: American Diabetes Association

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

HGPO: épreuve d'hyperglycémie orale provoquée

MÉTHODOLOGIE

2 -MÉTHODOLOGIE

2-1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la maternité du centre de santé communautaire (CSCOM) de SIBIRIBOUGOU située en commune IV du district de Bamako.

2-1-1 Présentation de la commune IV

La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes officiels. La majorité des ethnies du Mali est représentée en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) la population totale de la commune IV était estimée 395636 habitants en 2017.

2-1-2 Données géographiques :

La commune IV couvre une superficie de 37,68 km² soit 14,11% de la superficie du District de Bamako.

Elle est limitée :

- à l'Ouest par la limite Ouest du District qui fait frontière avec le cercle de Kati,
- à l'Est et au Nord par la partie Ouest de la commune III,
- au Sud le lit du fleuve Niger et la limite Ouest de la commune III

2-1-3 Les structures sanitaires de 1^{er} niveau :

Ils sont représentés par les centres de santé communautaire (CSCOM) au nombre de 11 ASACOSEK, ASACOLA1, ASACOLAB5, ASACOLA2, ASACODJIP, ASACOLABASAD, ASACOSEKASI, ASACODJENEKA, ASACOHAM, CS HAMDALLAYE ASACOKALABAM.

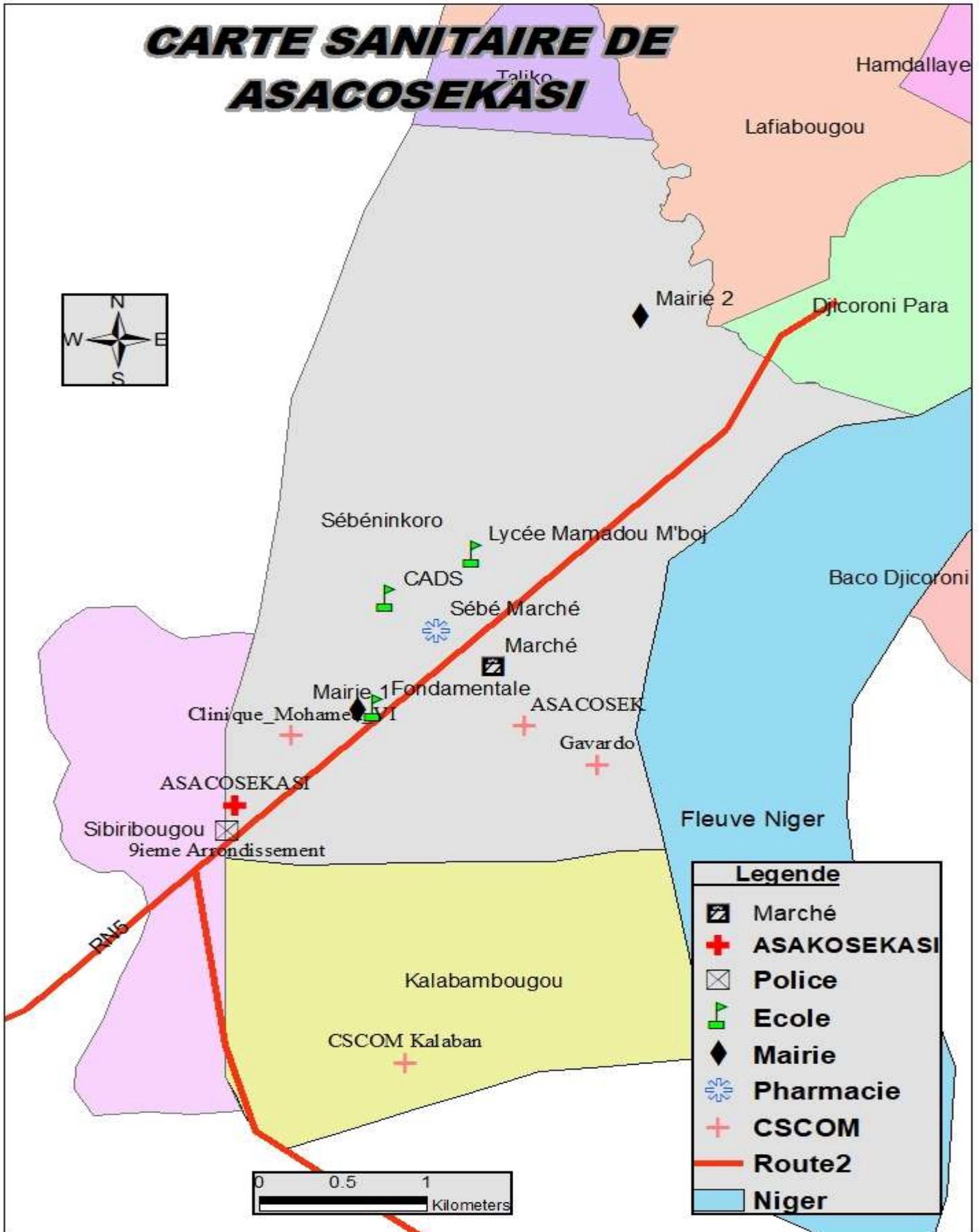
2-1-4 Les structures sanitaires de 2^{ème} niveau

Représentées par le Centre de Santé de Référence de Commune IV (CSRéf CIV) et l'hôpital Mali Gavardo

2-1-5 Présentation du CSCOM de SIBIRIBOUGOU

L'étude s'est déroulée au CSCOM de Sibiribougou en Commune IV du District de Bamako, situé à cheval entre Sébénikoro et Kanadjiguila. Ce CSCOM est opérationnel depuis le 02 février 2002. Ce Centre dispose des unités de

consultation médicale, de maternité, de laboratoire, de soins infirmiers, et de dépôt pharmaceutique. Vingt-quatre (24) personnes travaillent au compte du CSCOM sans compter les médecins de garde, les internes et les stagiaires. L'aire santé du CSCOM de Sibiribougou regroupe trois quartiers : Sibiribougou, Kariabougou et Sebenikoro. Sa population totale est estimée à 40 023 habitants dont 2 001 femmes enceintes soit 5% de la population, 8 805 femmes en âge de procréer soit 22% de la population, 2 001 femmes en post partum immédiat soit 5% de la population. La population est cosmopolite et presque toutes les ethnies du Mali s'y côtoient avec une parfaite symbiose.



2-2 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive à recueil prospectif

2-3 Période d'étude : elle s'est déroulée à la maternité du CSCOM de Sibiribougou dans la période allant du 29 juillet au 31 octobre 2019.

2-4 Population d'étude: notre étude a porté sur :

- ✓ **Les agents de santé impliqués dans les activités de la CPN**
- ✓ **Les femmes enceintes vues pour la CPN**

2-4-1. Critères d'inclusion : ont été inclus

- Tous les agents de santé impliqués dans les activités de consultations prénatales (CPN)
- Toutes femmes venant pour la consultation prénatale et ayant donné leur accord de participation

2-4-2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans l'étude :

- Les femmes ayant un diabète préexistant à la grossesse ;
- Les femmes ayant refusé de participer à l'étude ;
- Les agents de santé impliqués dans les activités de consultations prénatales n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

2-4-3. Méthode d'échantillonnage

Le recueil des informations s'est fait de manière exhaustive. Il a concerné d'une part les agents de santé impliqués dans la consultation prénatale et d'autre part les femmes enceintes s'adressant à la maternité du CSCOM pour CPN durant la période d'étude.

2-5 Techniques et outils de collecte des données

- Une rencontre avec le personnel sanitaire a été faite bien avant le début de l'enquête pour leur expliquer la méthodologie et demander son approbation.
- Les données ont été recueillies à partir de :

- ✓ Questionnaires standardisés développés spécifiquement pour les besoins de l'étude, adressés aux gestantes et aux agents de santé impliqués dans les activités de CPN.
- ✓ Résultats des analyses consignés dans le carnet de CPN ou la fiche de suivi de grossesse.

2- 5-1 Variables

2-5-1-1 Variables cliniques

2-5-1-1-1 Variables pour le personnel : les variables étudiées chez le personnel soignant sont :

- ✓ Qualification professionnelle,
- ✓ l'expérience professionnelle,
- ✓ formation sur le diabète gestationnel,
- ✓ la connaissance de la définition du diabète gestationnel,
- ✓ la connaissance des facteurs de risques du diabète gestationnel,
- ✓ la connaissance du moment idéal pour dépister le diabète gestationnel,
- ✓ la connaissance des moyens biologiques pour le dépistage.

2-5-1-1-2 Variables pour les gestantes

- ✓ Données sociodémographiques : activité socioprofessionnelle, le statut matrimonial, résidence sexe ;
- ✓ Facteurs de risque du diabète gestationnel FDR : Age, indice de masse corporelle IMC, antécédents familiaux de diabète, antécédents gynéco-obstétricaux et antécédents personnels de diabète gestationnel.

2-5-1-2 Variables para cliniques des gestantes

Les tests de dépistage et de diagnostic (glycémie à jeun, HGPO)

2-5-2 Définitions opérationnelles

- ✓ **La qualification professionnelle :** connaissance et compétence nécessaire pour l'exercice d'une activité professionnelle. Dans notre étude, c'est le diplôme qui a permis à l'agent de santé d'accéder à la fonction exercée. Elle est ici constituée par les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes

- ✓ **L'expérience professionnelle** : ensemble des connaissances acquises par une personne lors de l'exercice de sa profession. La durée d'activité de nos personnels lors de l'exercice de la profession.
- ✓ **Formation sur le diabète gestationnel** : c'est l'ensemble des sessions de formations reçues dans le cadre du renforcement de capacités professionnelles en rapport avec le diabète et la grossesse.
- ✓ **Les facteurs de risque du diabète gestationnel sont entre autre:**
 - Age maternel ≥ 35 ans,
 - Primipare âgée
 - Indice de masse corporelle (IMC) : c'est le rapport du poids sur la taille au carré (P/T^2). Lorsque ce rapport est ≥ 25 kg/m² en début de grossesse, cela constitue un facteur de risque pour le diabète gestationnel.
 - les antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré,
 - les antécédents personnels de diabète gestationnel,
 - les antécédents personnels de naissance d'enfant macrosome
- ✓ **La période idéale pour le dépistage du diabète gestationnel** : le dépistage doit se faire entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée (SA).
- ✓ **Les moyens biologiques de dépistage du diabète gestationnel** : la glycémie à jeun et hyperglycémie provoqué par voie orale HGPO
- ✓ **Le moment de réalisation de l'HGPO** : Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) est réalisée entre la 24 et 28 semaine d'aménorrhée si la glycémie à jeun $\leq 0,92$ g/l en présence de facteurs de risque (âges ≥ 35 ans, antécédent de diabète familiale, antécédent de macrosomie, obésité). Si glycémie normale ($< 0,92$ g/l) en présence des facteurs de risque, faire Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) : 1 heure après une charge orale de 75 g de glucose si glycémie supérieure ou égale à 1,80 g/l (10,0 mmol/l) ou glycémie 2 heures après la charge orale supérieure ou égale à 1,53 g/l (8,5 mmol/l) → diabète gestationnel [2].

- ✓ **Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) :** une HGPO est effectuée en mesurant la concentration de glucose plasmatique à jeun, puis une ou deux heures après avoir ingéré 75 grammes de glucose.
- ✓ **Les méthodes de dépistage :** nous avons considéré la recherche des facteurs de risque au plan clinique comme méthode de dépistage clinique. De même, la glycémie à jeun et ou HGPO ont été considérées comme méthodes biologiques
- ✓ **Critères diagnostiques du diabète gestationnel selon le document de politiques normes et procédure du Mali :** nos critères diagnostics ont été ceux du document de politiques, normes et procédures en matière de la santé de reproduction du Mali.
 - Entre 24 et 28 SA :
 - Glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) → diabète gestationnel (en présence ou non des facteurs de risque (âge ≥ 35 ans, antécédent de diabète familial, antécédent de macrosomie, obésité).
 - Si glycémie normale ($< 0,92$ g/l) en présence des facteurs de risque, faire Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) : 1 heure après une charge orale de 75 g de glucose si glycémie $\geq 1,80$ g/l (10,0 mmol/l) ou glycémie 2 heures après la charge $\geq 1,53$ g/l (8,5 mmol/l) → diabète gestationnel

2-6-Aspects éthiques

Une présentation détaillée a été d'abord fournie au personnel du centre de santé sur le déroulement de l'étude. Chaque femme répondant aux critères d'inclusion a été informée de l'objectif de l'étude et des modalités de recueil des données ; le consentement verbal éclairé des participantes a été systématiquement demandé avant leur inclusion. Le recueil des données ainsi que leur traitement statistique ont été effectués de manière anonyme.

2-7 Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS20.0. Cette analyse a consisté essentiellement à une description de notre population d'étude. Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et l'écart type et les variables qualitatives par les proportions, le test statistique

RÉSULTATS

3. RÉSULTATS :

3-1 Les résultats globaux

Notre étude, descriptive du 29 Juillet au 31 Octobres 2019 (3 mois) a porté sur 10 personnels qui faisaient la consultation prénatale et 481 gestantes qui sont venues pour les consultations prénatales. Parmi les 481 gestantes, 291 ont effectuées le dépistage de façon effective. Nous avons trouvé 12 cas de diabète gestationnel sur les 291 gestantes dépistées de façon effective soit 4 ,1%.

3-2. Résultats spécifiques aux personnels enquêtés

Tableau II: Répartition du personnel en fonction de la qualification professionnelle.

| Profession | Effectif(10) | Pourcentage (%) |
|----------------------------------|--------------|-----------------|
| Sage-femme | 9 | 90,0% |
| | 1 | 10,0% |
| Infirmière obstétricienne | | |
| Total | 10 | 100% |

Les sages-femmes représentaient 90% de l'équipe de CPN.

Tableau III: Répartition du personnel en fonction de l'expérience professionnelle de travail.

| Expérience professionnelle | Effectif(10) | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|--------------|-----------------|
| Inférieure à 2 ans d'activité | 5 | 50,0% |
| Entre 2 à 5 ans activité [2-5] | 1 | 10,0% |
| Supérieure à 5 ans activité | 4 | 40,0% |
| Total | 10 | 100% |

Cinquante pour cent (50%) des personnels avaient une expérience professionnelle inférieure à 2 ans

Tableau IV: Répartition du personnel selon qu'il ait reçu une formation sur le diabète gestationnel

| Formation sur le diabète gestationnel | Effectif(10) | Pourcentage (%) |
|--|---------------------|------------------------|
| Ayant reçu | 0 | 0,0% |
| N'ayant pas reçu | 10 | 100% |
| Total | 10 | 100% |

Aucun des prestataires n'avait reçu de formation sur le diabète gestationnel durant sa carrière.

Tableau V : Répartition du personnel en fonction de leur connaissance sur la définition du diabète gestationnel

| Définition du diabète gestationnel | Effectif(10) | Pourcentage (%) |
|---|---------------------|------------------------|
| Connaissait la définition | 7 | 70,0% |
| Ne connaissait pas la définition | 3 | 30,0% |
| Total | 10 | 100% |

La définition du diabète gestationnel était connue par 70% des personnels

Tableau VI : Répartition du personnel en fonction de leur connaissance sur les facteurs de risque du diabète gestationnel.

| Facteurs de risque | Effectif (10) | Pourcentage (%) |
|---------------------------|----------------------|------------------------|
| Âge >35 ans | 5 | 50,0% |
| Diabète familial | 10 | 100% |
| Antécédent macrosomie | 9 | 90,0% |
| Obésité et surpoids | 7 | 70,0% |
| primipare âgée | 2 | 20,0% |
| Sédentarité | 7 | 70,0% |

Parmi les facteurs, la notion de primipare âgée était la moins connue.

Tableau VII: Répartition du personnel selon leur connaissance sur la période idéale pour le dépistage du diabète gestationnel

| Période de dépistage du diabète gestationnel | Effectif (10) | Pourcentage (%) |
|---|----------------------|------------------------|
| Connaissait la période idéale | 2 | 20,0% |
| Ne connaissait pas la période idéale | 8 | 80,0% |
| Total | 10 | 100% |

La majorité du personnel enquêté ne savait pas la période idéale (80,0%).

Tableau VIII : Répartition du personnel selon leur connaissance sur les moyens biologiques de dépistage du diabète gestationnel

| Moyen de dépistage | Effectif (10) | Pourcentage (%) |
|---|----------------------|------------------------|
| Glycémie à jeun + HGPO au besoin | 3 | 30,0% |
| Glycémie à jeun seule | 7 | 70,0% |
| Total | 10 | 100% |

La glycémie à jeun seul était le moyen de dépistage biologique connu chez soixante-dix pourcent (70%) des enquêtés.

Tableau IX: Répartition du personnel selon leur connaissance sur l'indication de réalisation d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)

| Moment de faire HGPO | Effectif (10) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|----------------------|------------------------|
| Connaissait | 2 | 20,0% |
| Ne connaissait pas | 8 | 80,0% |
| Total | 10 | 100% |

Vingt pourcent (20%) du personnel savait qu'une HGPO devrait se faire lorsque la glycémie était inférieure 0,92 g/l en présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque.

3-3 RESULTATS SPECIFIQUES AUX GESTANTES

3-3-1. Données sociodémographiques des femmes enceintes

Tableau X: répartition des gestantes en fonction de l'âge

| Age | Effectif(481) | Pourcentage (%) |
|---------------|---------------|-----------------|
| ≤ 18 ans | 53 | 22,5% |
| [19 – 34 ans] | 394 | 70,4% |
| ≥35 ans | 34 | 7,1% |
| Total | 481 | 100% |

Sept pourcent (7,1%) des gestantes avaient un âge de 35 ans et plus.

L'âge moyen de nos gestantes était de 23,64 ± 5,805 ans avec les extrêmes de 15 et 43 ans.

Tableau XI: Répartition des gestantes en fonction de la profession

| Profession | Effectif(481) | Pourcentage (%) |
|-------------------------------|---------------|-----------------|
| Agent de la fonction publique | 17 | 3,5% |
| Élève / Étudiante | 48 | 10,0% |
| Commerçante | 29 | 6,0% |
| Femme au foyer | 361 | 75,0% |
| Agent de santé | 3 | 0,6% |
| Autres* | 23 | 4,8% |
| Total | 481 | 100% |

*Couturière, Teinturière, Coiffeuse.

Les ménagères représentaient 75% des gestantes.

Tableau XII: Répartition des gestantes en fonction du niveau d’instruction

| Niveau d’instruction | Effectif(481) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------|----------------------|------------------------|
| Non scolarisée | 138 | 28,7% |
| Primaire | 257 | 53,4% |
| Secondaire | 81 | 16,8% |
| Supérieur | 5 | 1,0% |
| Total | 481 | 100% |

Le niveau d’instruction primaire représentait 53,4% des gestantes

3-3-2. Facteurs de risque

Tableau XIII: Répartition des gestantes en fonction des antécédents de diabète familial

| Diabète familial | Effectif(481) | Pourcentage (%) |
|-------------------------|----------------------|------------------------|
| Oui | 46 | 9,6% |
| Non | 435 | 90,4% |
| Total | 481 | 100% |

Neuf virgule six pourcent (9,6 %) des gestantes avaient un antécédent de diabète familial.

Tableau XIV: Répartition des gestantes en fonction des antécédents de macrosomie

| Macrosomie | Effectif(481) | Pourcentage (%) |
|-------------------|----------------------|------------------------|
| Oui | 80 | 17,0% |
| Non | 367 | 83,0% |
| Total | 481 | 100% |

Dix-sept pourcent (17 %) des gestantes avaient un antécédent de macrosomie

Tableau XV: Répartition des gestantes en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) au moment de l'enquête

| Indice de masse corporelle | Effectif (481) | Pourcentage (%) |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|
| IMC \geq 25 kg/m ² | 156 | 32,4% |
| IMC < 25 kg/m ² | 325 | 67,6% |
| Total | 481 | 100% |

Un surpoids ou une obésité était notés chez trente-deux virgules quatre pourcent (32,4%) des gestantes.

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon la méthode de dépistage du diabète gestationnel

| Méthode de dépistage | Effectif (481) | Pourcentage (%) |
|---|----------------|-----------------|
| Dépistage clinique | 190 | 39,0% |
| Dépistage clinique + Glycémie à jeun | 291 | 61,0% |
| Total | 481 | 100% |

La proportion des gestantes ayant fait le dépistage de façon effective était de soixante un pourcent (61%).

Tableau XVII: Répartition des gestantes selon le résultat du dépistage

| Résultat du dépistage | Effectif (n=291) | Pourcentage (%) |
|---|---------------------|-----------------|
| Pas de diabète gestationnel | 279 | 95,9% |
| Diabète gestationnel | 12 | 4.1% |
| Diabète connu avant la grossesse | 0 | 0% |
| Total | 291 | 100% |

Parmi les 291 gestantes dépistées il y a eu 12 cas de glycémie anormale soit 4,1% de diabète gestationnel selon les critères du document de politiques normes et procédures en matière de la santé de reproduction du Mali.

Tableau XVIII: Répartition des cas de diabète gestationnel selon l'âge

| AGES | Effectif (n=12) | Pourcentage (%) |
|--------------|------------------------|------------------------|
| ≤ 18 ans | 0 | 0,0% |
| 19- 35 ans | 3 | 25,0% |
| ≥ 35 ans | 9 | 75,0% |
| Total | 12 | 100% |

Soixante-quinze pourcent (75%) des cas de diabète gestationnel avaient un âge supérieur ou égal à 35 ans.

Tableau XIX: Répartition des cas de diabète gestationnel selon les antécédents de diabète familial

| Diabète familial | Effectif (n=12) | Pourcentage (%) |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Oui | 7 | 58,3% |
| Non | 5 | 41,6% |
| Total | 12 | 100% |

Cinquante-huit virgules trois pourcent (58,3%) des cas de diabète gestationnel avaient un antécédent de diabète gestationnel.

Tableau XX: Répartition des cas de diabète gestationnel selon les antécédents de macrosomie foetal

| Antécédent de Macrosomie | Effectif (n=12) | Pourcentage (%) |
|---------------------------------|------------------------|------------------------|
| Oui | 4 | 33,3% |
| Non | 8 | 66,7% |
| Total | 12 | 100% |

Trente-trois pourcent (33,3 %) des cas de diabète gestationnel avaient un antécédent de macrosomie.

Tableau XXI: Répartition des cas de diabète gestationnel selon l'indice de masse corporelle (IMC) au moment de l'enquête

| Indice de masse corporelle | Effectif (n=12) | Pourcentage(%) |
|--|------------------------|-----------------------|
| IMC \geq 25 kg/m² | 10 | 83,3% |
| IMC < 25 kg/m ² | 2 | 16,7% |
| Total | 12 | 100% |

Quatre-vingt-trois pourcent (83%) des cas de diabète gestationnel avaient un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal 25 kg/m².

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

4 - DISCUSSION ET COMMENTAIRES

4-1 LES LIMITES DE L'ETUDE

Ce travail a permis de mettre en évidence les connaissances et les pratiques des agents de santé sur le dépistage du diabète gestationnel, la fréquence et les facteurs de risque du diabète gestationnel chez les femmes enceintes.

Notre travail a présenté cependant quelques limites parmi lesquelles :7

- Le dépistage était fait à tous les âges de la grossesse sans tenir compte des périodes indiquées dans la littérature. (la période du dépistage n'était pas ciblée) ;
- Aucun agent de la maternité n'avait reçu une formation sur le diabète gestationnel durant sa carrière.
- Toutes les patientes n'ont pas pu réaliser le bilan prénatal comprenant la glycémie expliquant la petite taille de l'échantillon.
- Les paramètres biologiques réalisés n'étaient pas toujours portés sur les carnets de CPN excluant certaine gestante de l'échantillon.

4-2. Connaissances du personnel sur le diabète gestationnel

Au cours de notre étude, la consultation prénatale était assurée par 9 sages-femmes et une infirmière obstétricienne. La moitié de ce personnel (50%) avait une expérience professionnelle inférieure à 2 ans. Malgré le manque de formation, 70% du personnel connaissaient la définition du diabète gestationnel. Parmi les facteurs de risque, l'âge était le moins connu. 50% du personnel ignoraient ce facteur de risque. Le niveau de connaissances des prestataires de soins de la maternité sur la période idéale pour la pratique du dépistage et les moyens biologiques de dépistage du diabète gestationnel était respectivement de 20% et 30%. Seulement 20% du personnel connaissait indication de réalisation d'hyperglycémie provoquée par voie orale HGPO.

4-3 Les gestantes

4-3-1 Âges

L'âge moyen de nos gestantes était de $23,64 \pm 5,805$ ans comparable à celui de VIALA. [27] qui était de $29,3 \pm 4,9$ ans et Amazian. [28]. de $28,4 \pm 6,1$ ans.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'âge de procréer selon l'agence de la biomédecine se situe entre 20 à 35ans [29] et aussi par le fait que l'âge légal du mariage des filles est de 18 ans dans notre société.

4-3-2 Niveau d'instruction des enquêtés :

Dans notre étude 28,7% étaient non alphabétisée ce taux est comparable à celui de **Amazian** [28] qui a rapporté 29,4%. Par contre on observe un écart avec le niveau d'étude secondaire dont nous avons rapporté 16.8% contre 29,4% dans l'étude **Amazian** [28].

4-3-2. Facteurs de risque

Concernant les facteurs de risque de diabète gestationnel, plus de 82% n'avaient aucun facteur de risque ce taux est supérieur à celui de **Amazian** [28] qui trouvait 59,8% indemne de tous facteurs de risque.

Parmi les 12 cas de diabète gestationnel dépistés, 83,3% avaient un indice de masse corporel supérieur ou égal à 25 ($IMC \geq 25$), 75% avaient un âge supérieur ou égal à 35 ans, 41,6 % avaient un antécédent familial de diabète et 33,3 % avaient accouché d'un nouveau-né macrosome ceux-ci pourraient expliquer l'importance du dépistage des facteurs de risque au cours de la grossesse.

4-3-3. Le dépistage du diabète gestationnel

Au cours de notre étude, le dépistage de diabète était systématique. Les gestantes ayant reçues le dépistage clinique n'ont pas toutes bénéficié du dépistage biologique, contrairement aux études de **JAMIN** [30] et **VIALA** [27] dont 100% des gestantes ont bénéficiés les deux prestations. Cette différence peut s'expliquer par le manque des moyens financiers de certaines gestantes pour réaliser le bilan biologique demandé ou prescrit.

Sur les 291 gestantes qui ont bénéficié du dépistage clinique et biologique il y a eu 12 cas de diabète gestationnel soit une fréquence de 4,1%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La prévention du diabète gestationnel est un défi majeur en matière de santé publique tant sur le plan international que local. Les transitions démographiques, épidémiologiques et nutritionnelles en font une pathologie en croissance constante. Cette étude malgré ses limites, a montré une fréquence non négligeable des facteurs de risque du diabète gestationnel. Elle a révélé aussi des défaillances quant aux pratiques du dépistage. Ainsi, il serait primordial de revoir l'approche nécessaire pour mettre en place des stratégies pertinentes, efficaces et permanentes pour faire face au diabète gestationnel.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes :

A la communauté (plus spécifiquement aux maris) :

- Encourager les femmes à faire les CPN de façon régulière
- Mettre les moyens à la disposition des gestantes pour la réalisation du bilan prénatal.

B. Aux autorités sanitaires

- Former le personnel soignant sur le dépistage du diabète gestationnel et sa prise en charge ;
- Mettre en place des stratégies pertinentes, efficaces et permanentes a la prise en charge du diabète gestationnel

C. Aux personnels sanitaires :

- Organiser périodiquement des séances d'IEC sur les facteurs de risque du diabète gestationnel lors des CPN ;
- Réaliser l'HGPO chez les patientes suspectes de diabète gestationnel ;
- Respecter le moment idéal de dépistage
- Participer à des formations continues des EPU, des colloques, des webinaires et des congrès sur la prise en charge du diabète gestationnel.

D. Au directeur technique du centre

- Former les 9 sages-femmes et l'infirmière obstétricienne sur le dépistage du diabète gestation.

RÉFÉRENCES

REFERECENCES

- [1]- Evers IM, TER Braak EW, DE Valk HW. Risk indicators for severe hypoglycaemia in the first trimester of type 1 diabetic pregnancy. *Diabetes care* 2002, 25: 554-559
- 2]Yuen L, Saeedi P, Riaz M, Karurang S, Divakar H, Levitt N, et al . International Diabete Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.*2019, 157:107841
- [3] Galtier F. Definitions, epidemiology, risk factors. *DiabetesMetab* 2010; 36(6):628-51.
- [4]Carracher AM, Marathe PH, Close KL. International diabetes Federation 2017.J *Diabetes.*2018, 10(5):353-35
- [5] A. Traoré Sidibé, Maiga I, A.soucko, I. Bocoum, I. Coulibaly, D.K. Minta, et al. P56-Diabéte et grossesse à Bamako.*Diabetes Metabab* 2011,37 :36-108
- [6]Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR et al. Hyper-glycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358(19):199-2002.
- [7] Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetesmellitus after gestational diabetes: a systematic review andmeta-analysis. *Lancet* 2009 ; 373(9677):1773-9.
- [8] Vambergue A, Dognin C, Boulogne A, Réjou MC, Biaisque S,Fontaine P. Increasing incidence of abnormal glucose tolerancein women with prior abnormal glucose tolerance during pre-gnancy: DIAGEST 2 study. *Diabet Med* 2008, 25(1):58-64.

- [9] Kim C, Berger DK, Chamany S. Recurrence of gestatio-nal diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care*2007; 30(5):1314-9.
- [10] Major CA, deVeciana M, Weeks J, Morgan MA. Recurrence of gestational diabetes: who is at risk *Am J Obstet Gynecol*1998;179(4):1038-42.
- [11] Haute Autorité de santé (HAS), Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel, juillet 2005.*gynecol obstet fertil.*2006,34(2), 167-73
- [12] ONG Santé Diabete ,rapport annuel 2013. *Santé Diabete* 2013
- [13]-GUILLAUSSEAU PJ. Diabète sucré de type 1 et 2 2003 ; 53 : 1463-1471
- [14] Drouin P, Blicke JF, charbonnel B, Eschwege E, Guillausseau PJ, Plouin PF, et al Diagnostic et classification du diabètes sucré les nouveau critère. *Diabetes Metab.*1999, 25(1):72-83.
- [15]. Lu FP, Lin KP, & Kuo HK. Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: a systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2009; 4(1): 4144
- [16] G. A. Spinass, R. Lehmann. Diabète sucré : Diagnostic, classification et pathogénèse .*Forum Med Suisse*, 20 16, (20) :519-526
- [17]. Guariguata L, Linnenkamp U, Beagley J, Whiting DR, Cho NH. Global estimates of the prevalence of hyperglycaemia in pregnancy. *Diabetes Res Clin Pract* 2014; 103(2): 176–85.

[18]. Expert committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2003, 26(1):5-20.

[19] Vambergue A, Le diabète gestationnel. *Medecine clinique endocrinologie et diabete* 2011 ; 50 :26-32.

[20] Fontaine P, Vambergue A. Diabète gestationnel In : *Traité de diabétologie*. Flammarion Médecine-sciences 2005; 30 : 784-90.

[21] Galtier F, Brunet C, Bringer J. Diabète et grossesse. Dans : Louis Monier, eds. *Diabétologie*. Masson; 2010 (4).305-16

[22]. Meek C, Patient C, Simmons D. Diagnosis of gestational diabetes mellitus: falling through the net. *Diabetologia* 2015; 58(9):2003-2012.

[23]. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes , *Diabetes care* 2016; 39 (1): 18-20 and 86-93.

[24]. Moyer V, on behalf of the U.S.Preventive Services Task Force. Screening for Gestational Diabetes Mellitus: U.S.Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* .2014; 160(6):414-20.

[25]. Sweeting A, Ross G, Hyett J, Molyneaux L, Constantinou early pregnancy: evidence for poor pregnancy outcomes despite treatment. *Diabetes Care* +M, Harding a et al. *Gestational diabetes mellitus* 2016; 39:75-81

[26]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Diabetes in pregnancy: management of Diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. *NICE guideline* 2015, 3: 39-40

[27] VIALA .M Évaluation de la qualité du dépistage du diabète gestationnel. Diplôme d'état de sage-femme. Université d'Auvergne – Clermont 1, Université d'Auvergne métropole 2017 :24-45

[28] Amazian.M., Ouahidi.I. Housni.A. Dépistage du diabète gestationnel : étude descriptive transversale dans des centres de santé marocains. Revue francophone internationale de recherche infirmière 2018, 4 : 64 -70

[29] L'Age de procréer .Agence de la biomédecine. conseil d'orientation 2017 :17-25

[30] Janin. M. Évaluation de la qualité du dépistage du diabète gestationnel. Mémoire diplôme d'état de sage-femme. Université de Versailles Saint-Quentin-qsen-Yvelines Discipline / spécialité, Versailles 2017 :24-46

ANNEXES

6. Résultat du Dépistages : 1 Glycémie à jeun: /_____/ 2
HGPO: /_____/
- B. 2^{ème} CPN
1. Age /_____/ 1= \geq 35 ans, 2= $<$ 35 ans
 2. Antécédents de macrosomie fœtale : /_____/ 1= oui ; 2= non
 3. Antécédents de diabète familial : /_____/ 1=oui ; 2= non
 4. Indice de masse corporel : /_____/ 1= \geq 25 kg/m²; 2= $<$ 25 kg/m²
 5. Méthode de dépistage : /_____/ 1= Dépistages cliniques
2=Glycémie à jeun ; 3 = HGPO
 6. Résultat du dépistage : 1= Glycémie à jeun /_____/ 2= HGPO: /_____/

Fiche d'enquête adressée aux personnels soignants

Date: / __/__/____/

Numéro d'identification: /_____/

Nom : Prénom :

I. Caractéristique des agents de santé

1. Age en année : /_____/
2. Sexe : /_____/ 1= Féminin ; 2= masculin
3. Profession : /_____/ 1= sage-femme 2= Infirmière
obstétricienne 3= médecin 4= autres à préciser

II. Formation reçue par les agents de santé sur le diabète gestationnel

Formation reçue : 1oui: /_____/ 2 non: /_____/

III. Définition du diabète gestationnel : on parle de diabète gestationnel si :

/_____/ 1= glycémie à jeun entre 24-28SA \geq 0,92 g/l ou glycémie à 1 h après ingestion 75 g de glucose \geq 1,80g/l ou glycémie à 2h après ingestion de 75 g de glucose \geq à 1,53 g/l

2= glycémie à jeun \geq 1,26 g/l seul et tout moment de la grossesse

3= glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l à tout moment de la grossesse

IV. Connaissances sur les Facteurs de risque : répondre par oui si le facteur cité est un facteur de risque pour le diabète gestationnel ou par non s'il n'est pas un facteur de risque.

1. Age ≥ 35 ans / _____/ 1= oui ; 2=non

2. Antécédents de diabète familial : / _____/ 1= oui ; 2= non

3. Antécédent de macrosomie : / _____/ 1= oui ; 2= non

4. Indice de masse corporel ≥ 25 kg/m² : / _____/ 1= oui ; 2=non

V Pratique du dépistage du diabète gestationnel

Moment de dépistage du diabète gestationnel : selon vous quel est le moment propice pour faire le dépistage du diabète gestationnel ? / _____/ 1= 1^{er} trimestre + grossesse entre 24-28 SA, 2= à tout moment de la grossesse

1. Moyens de dépistage

a. Selon vous quels sont les moyens de dépistage du diabète gestationnels au mali : / _____/ 1= glycémie à jeun et Hyperglycémie provoquée orale (HGPO), 2= Glycémie à jeun seul, 3= Hyperglycémie Provoquée orale seul ; 4= l'hémoglobine seul, 5= glycémie à jeun+ HGPO+ Hémoglobine glyquée

b. Selon vous, à quel moment il faut faire l'hyperglycémie provoquée par voie orale : / _____/ 1=si glycémie $< 0,92$ g/l avec facteurs de risque ; 2=si glycémie $\geq 0,92$ g/l

Fiche signalétique

Nom : TRAORE

Prénom : MALICK

Année Universitaire : 2019 -2020

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Titre de la thèse : Evaluation de la pratique du dépistage et la fréquence du diabète gestationnel à la maternité du CSCom de sibiribougou en 2019

Secteur d'intérêt : la santé communautaire, la gynécologie obstétrique et l'endocrinologie

E-mail :traoremaick@gmail.com **TEL :** 70054955 –61935397

RESUME

INTRODUCTION : L'association diabète et grossesse est une situation gestationnelle fréquente qui constitue un vrai problème de santé publique dans de nombreuses régions à travers le monde. Au Mali il n'y a pas eu une étude sur l'évaluation de son dépistage d'où l'intérêt de notre étude.

METHODOLOGIE : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale à recueil prospectif sur une période de 3 mois allant du 29 juillet au 31 octobre 2019.

RESULTATS : Cette étude a montré que 90% du personnel connaissaient déjà la définition du diabète gestationnel, plus de 50% connaissaient les facteurs de risques du diabète gestationnel. Par contre le moment de dépistage du diabète gestationnel n'était connu que par 20% du personnel. La glycémie à jeun seul représentait 70% des moyens biologiques de dépistage du diabète gestationnel.

Par rapport aux facteurs de risques chez les gestantes, 48,2% présentaient au moins un facteur de risque de diabète gestationnel et 20,2% des patientes avaient au moins deux facteurs de risque associés. Concernant ces facteurs de risque de diabète gestationnel, une obésité ou un surpoids étaient notés chez 32,4% des

femmes avec un IMC supérieur ou égal à 25 et 6,7% des patientes avaient un âge supérieur ou égal à 35 ans, un antécédent familial de diabète était présent chez 9,6 % des patientes et seulement 23,7% des patientes avaient déjà accouché d'un nouveau-né macrosome. Parmi les femmes dépistées, nous avons trouvé une fréquence de 4,1% de diabète gestationnel.

CONCLUSION : Cette étude malgré ses limites, a montré une fréquence non négligeable des facteurs de risque du diabète gestationnel. Elle a révélé aussi des défaillances quant aux pratiques du dépistage. Aussi, il serait primordial de revoir l'approche nécessaire pour mettre en place des stratégies pertinentes efficaces et permanentes pour faire face au diabète gestationnel.

Mots-clés : pratique du dépistage, diabète gestationnel, Centre de Santé Communautaire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !