



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 179

Qualité de vie chez les patients hémodialysés chroniques

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 07/06/2018

PAR

Mme. **Leila OUSSAIH**

Née Le 02 Décembre 1990 à Tiznit

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Qualité de vie – hémodialysés chronique – KDQOL-SF 36

JURY

Mme. **I. LAOUAD**

Professeur de Néphrologie

PRESIDENT

Mme. **W. FADILI**

Professeur agrégé de Néphrologie

RAPPORTEUR

M. **N. ZEMRAOUI**

Professeur agrégé de Néphrologie

Mme. **N. ADALI**

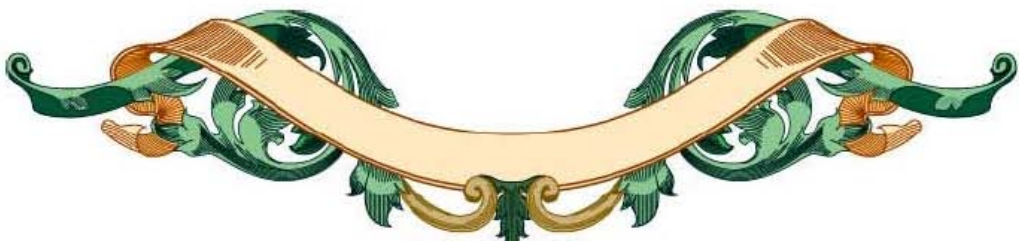
Professeur agrégé de Neurologie

} JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبّنت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948

LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto– rhino– laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato– orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique

ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie–obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie

BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie

ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo– phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo– phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto–Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie

BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie – pathologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio–organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



DÉDICACES

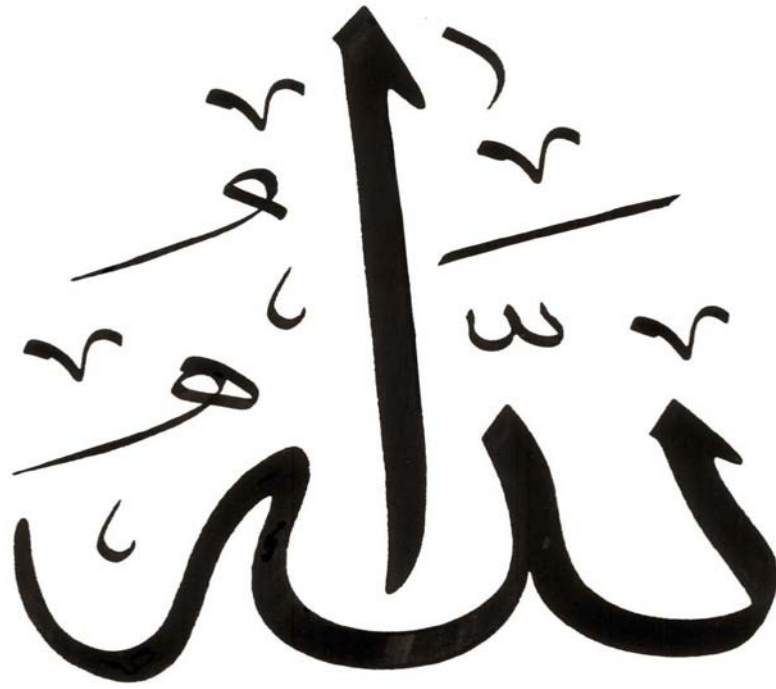




ورد في رواية الترمذي عن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي ﷺ قال

(مَنْ لَمْ يَشْكُرِ النَّاسَ لَمْ يَشْكُرِ اللَّهَ)

Je dédie cette Thèse ...



A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A la mémoire de mon grand-père maternel, BBA,

Cela fait un bon moment que tu n'es plus parmi nous. BBA, tes paroles, ta sévérité, et ta personnalité aussi forte et généreuse ne quitteront jamais ma mémoire. Tu es un homme unique, qui a marqué ma vie et celle de toute personne qui t'a rencontré un jour. Grace à toi que je suis devenue médecin, ton rêve qui est devenu le mien. Je sais que tu es fier de moi comme tu l'as toujours été. Je te souhaite d'être bien accueillie dans le royaume de Dieu. Dort en paix, BBA.

A ma très chère mère Fatma,

A celle qui m'a mis sur la bonne voie en me rappelant que la persévérance et la volonté font toujours les grandes personnes. Tes prières et tes encouragements ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études. Que dieu te garde.

A mon très cher père Lahcen,

Aucun mot ne saurait exprimer mon amour et ma considération pour ta personne, pour les sacrifices que tu as consentis pour mon éducation, mon instruction et mon bien être. Ton honnêteté, ta droiture, ton ardeur au travail, tes grandes qualités humaines pour moi un bon exemple. Puisse dieu, le tout puissant te procurer bonheur, Santé et longue vie.

A ma très chère grand-mère maternelle Fatima, MMA,

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour toi. Je te remercie MMA pour tout le soutien exemplaire et l'amour exceptionnel que tu me portes depuis mon enfance et j'espère que ta bénédiction m'accompagnera toujours. Que Dieu te garde et te procure santé et bonheur éternel.

A mes très chers frères Abderrahmane et Ayoub,

Vous avez toujours été avec moi, par votre esprit et votre cœur et rien ne saurait traduire le fond de mes sentiments envers vous. J'espère que vous allez trouver dans ce travail, le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Puisse Allah, vous protéger, vous procurer bonne santé, vous aider à réaliser vos vœux les plus chers et consolider notre fraternité.

A ma chère tante Rachida, à mes chers oncles Jaouad, Khalid et Abdellah et leurs petites familles,

Vous m'avez beaucoup soutenu et vous étiez toujours là pour moi malgré la distance qui nous sépare mais que vous avez toujours su réduire dès qu'une occasion s'offre à vous. Merci pour votre aide précieuse et votre générosité. Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus respectueux. Puisse Dieu vous procurer bonheur et prospérité et que ce lien familial ne se brise jamais.

A mon cher mari Chihab,

Pour ton soutien inconditionnel, ta présence, ta loyauté et ton aide précieuse, en particulier dans ce travail. Pour tout ce que tu m'apprends chaque jour par ta sagesse et ton amour. Parce que la vie est un bonheur à tes côtés...

A ma chère tante Fatima Lhoussein et ses parents Lhaj Lhoussein et Lhaja Fadma,

Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragement, et affection. J'espère que vous trouverez, à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

A ma chère Jamila,

Tu as été pour moi une sœur et une vraie amie. Merci d'avoir toujours été présente et de m'avoir très souvent aidé à faire face à toutes les épreuves imposées par ce long parcours. Je te souhaite tout le bonheur du monde parce que tu mérites le meilleur.

A mes chères Saadia et Rabiaa,

Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien, encouragement, et affection. J'espère que vous trouverez, à travers ce travail, le témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et de bonheur.

A ma grande mère paternelle, à tous mes oncles, tantes et leurs conjoint(e), à mes cousins et cousines maternels et paternels, à toutes les familles OUSSAÏH et ABILLOUCH,

En témoignage de mon attachement et de ma grande considération. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime et le respect que je porte à votre égard et soit la preuve du désir que j'avais depuis toujours de vous honorer. Je vous souhaite une vie pleine de bonnes choses.

A ma chère belle famille BOUYAALI,

Je remercie Dieu de m'avoir procurée une belle famille autant affectueuse et chaleureuse, de m'avoir considérée comme l'une des vôtres, et Merci encore pour vos encouragements, vos prières et votre amour. Je vous dédie ce travail en guise de reconnaissance, de respect et de gratitude.

A Dr Zineb AIT LAHCEN et Pr Latifa ADERMOUCH,

Ce travail est le fruit avant tout de votre effort, tout le louange est pour vous. Merci pour votre encouragement aide et orientation. Je vous souhaite une vie familiale et professionnelle pleine de réussite et de joie.

A tous mes chers amis, amies et collègues.....

Je n'ai pas écrit de noms, car chaque personne sait parfaitement sa précieuse place dans mon cœur.

Vous êtes pour moi plus que des amis, Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte.

Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.

*J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.
Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en souvenir des agréables moments passés ensemble.*

A tous les médecins et le personnel du service de Néphrologie -

Hémodialyse du CHU Med VI,

Au centre d'hémodialyse public « Ibn Tofail »,

Au centre d'hémodialyse privé « Atlas » et toute l'équipe de Dr. LISRI,

Au Département de Santé Publique, Médecine Communautaire et

Epidémiologie de la FMPM,

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

A toute personne que j'ai rencontrée et qui, d'une manière ou d'une autre, a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

***Mme Professeur Inass LAOUAD,
Professeur et chef de service de néphrologie-hémodialyse au CHU
Mohammed VI Marrakech,***

L'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde reconnaissance pour vos qualités humaines et professionnelles. J'avais l'honneur de vous côtoyer au service, tant que maître et professeur proche de ses étudiants. Vous étiez toujours l'exemple d'abnégation et de gentillesse extrême.

Veillez trouver ici, l'expression de notre grande estime.

A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE

***Mme Professeur Wafaa FADILI,
Professeur agrégé de néphrologie au
CHU Mohammed VI Marrakech,***

*Pour tous les efforts inlassables et toute la patience que vous avez déployés pour que ce travail soit élaboré.
Pour toutes ces longues heures dépensées à m'expliquer, pour toutes ces informations si précieuses.*

Vos qualités scientifiques, pédagogiques et humaines, qui m'ont profondément ému, resteront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de ma profession.

Ce fut pour moi, un honneur et un grand plaisir d'avoir préparé ma thèse sous votre guidance et nul mot ne qualifie ma gratitude.

J'avais le privilège de passer par votre service pour lequel je garde les plus beaux souvenirs, j'ai beaucoup appris de votre égard, et en vous côtoyant.

Veillez accepter, cher maître dans ce travail mes sincères remerciements et mon profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

M. Professeur Nadir ZEMRAOUI,

Professeur agrégé de Néphrologie

A l'hôpital militaire Avicenne Marrakech,

*Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en
siégeant dans notre jury.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous
avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez croire, chère Maître, à l'expression de notre profond respect et de
notre haute considération.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

Mme Professeur Nawal ADALI,

Professeur agrégé de Neurologie au

CHU Mohammed VI Marrakech,

*Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en
siégeant dans notre jury.*

*Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous
avez accepté de juger notre travail.*

*Veillez croire, cher Maître, à l'expression de notre profond respect et de
notre haute considération.*



ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations :

ATCD	: Antécédent
AVC	: Accident vasculaire cérébral
CHU Med VI	: Centre hospitalier universitaire Mohamed VI
CNSS	: Caisse nationale de sécurité sociale
CRP	: C-reactive protein
DP	: Dialyse péritonéale
ET	: Ecart type
HD	: Hémodialyse
HTA	: Hypertension artérielle
HRQOL	: Health related quality of life
IDC	: Intervalle de confiance
IMC	: Indice de masse corporelle
IRCT	: Insuffisance rénale chronique terminale
KDQOL-SF	: Kidney disease quality of life – Short form
MCS	: Mental component summary
MCV	: Maladie cardio-vasculaire
MR	: Maladie rénale
OMS	: Organisation mondiale de la santé
OR	: Odds ratio
PCS	: Physical component summary
PMH	: Par million d'habitants
PTH	: Parathormone
QOL	: Quality of life
QV	: Qualité de vie
QVLS	: Qualité de vie liée à la santé
RAMED	: Régime d'assistance médicale
TA	: Tension artérielle
TDM	: Tomodesimétrie
TR	: Transplantation rénale



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS & MÉTHODES	3
I. Type d'études	4
II. Patients	4
1. Critères d'inclusion	4
2. Critères d'exclusion	4
III. PARAMETRES ETUDIES	4
1. Les variables analysées	4
2. Modalités de recueil	6
IV. Etude de la qualité de vie : le KDQOL- SF36 Tm	6
1. Le questionnaire SF-36	7
2. Des items spécifiques à la maladie rénale « KDSC » (Kidney Disease Component Summary)	7
3. Administration du questionnaire	8
V. Statistiques	9
RÉSULTATS	10
I. Données sociodémographiques	11
1. Données démographiques	11
2. Données sociales	11
II. Données cliniques	14
III. Données biologiques	15
IV. Résultats de la qualité de vie	15
1. Score global des composantes de santé physique et mentale	17
2. Score global des composantes spécifiques à la MR	17
3. Analyse univariée	18
4. Analyse multi variée	20
DISCUSSION	21
I. Introduction	22
II. Généralités	22
1. Prévalence de l'IRCT	22
2. Incidence de l'IRCT	24
III. Définition du concept de la qualité de vie et qualité de vie liée à la santé « Quality Of Life QOL et Related Health Quality Of Life »	25
1. La qualité de vie « QoL »	25
2. La Qualité de vie liée à la santé	25
IV. Les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé	26
1. Les questionnaires génériques utilisés en IRCT	26
2. Les questionnaires spécifiques aux patients dialysés	27
V. Les domaines de la qualité de vie liée à la santé	28
VI. Les facteurs influençant la HRQOL chez les patients hémodialysés chroniques	29
1. Facteurs sociodémographiques	29

2. Facteurs cliniques	31
VII. Pronostic et qualité de vie	32
CONCLUSION	33
ANNEXES	35
RESUMES	42
BIBLIOGRAPHIE	49



INTRODUCTION



L'insuffisance rénale chronique terminale est une maladie irréversible avec des conséquences lourdes sur la vie du malade et ressentie comme un handicap social et professionnel. La prise en charge de l'IRCT nécessite par conséquent non seulement un contrôle des symptômes et de la morbi mortalité, mais également une amélioration de la qualité d vie de ces patients.

La qualité de vie (QV) se définit, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme la perception de l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes [1].

Le KDQOL-SF (Kidney disease quality of life short form) est un instrument d'évaluation de la qualité de vie des patients avec une maladie rénale qui étudie des domaines plus spécifiques à l'IRCT. Il permet donc d'apprécier de façon plus précise la qualité de vie dans cette population [2].

Le but de ce travail est d'étudier la qualité de vie des patients en hémodialyse chronique par l'échelle KDQOL-SF 36 Tm et d'objectiver les facteurs influençant cette qualité.

MATÉRIELS & MÉTHODES

I. Type d'études :

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale réalisée entre Mars et Mai 2016.

II. Patients :

Cette étude a concerné une cohorte de 100 patients en insuffisance rénale chronique terminale dialysés, suivis à l'unité de dialyse du CHU Med VI et dans un centre de dialyse privé.

1. Critères d'inclusion :

- Age > 18 ans.
- En hémodialyse depuis plus de trois mois.

2. Critères d'exclusion :

- Difficulté de compréhension de la langue Arabe dialectale.
- Hospitalisation durant les trois mois précédant la collecte des données.
- Refus de participer à l'étude.
- Suivi pour des troubles psychiatriques

III. PARAMETRES ETUDIES :

1. Les variables analysées :

Les paramètres susceptibles d'influencer la qualité de vie (QV) chez les patients en IRCT ont été étudiés :

1.1. Les données sociodémographiques :

- L'âge.
- Le sexe.
- Le niveau d'étude : analphabète, primaire, collège, lycée, enseignement supérieur.
- Le statut professionnel (ou autre occupation).
- Revenu :

Malade actif : travaille au foyer ou à l'extérieur ou étudiant.

Malade non actif : au chômage, retraité, invalide.

- Le statut marital : célibataire, marié, divorcé, veuf.
- Conditions de vie : seul, en famille.
- Habitudes alcool tabagiques.

1.2. Les données cliniques :

1 / La néphropathie causale.

2 / Les comorbidités : présence de maladie non rénale dans les antécédents du malade :

- HTA : malade sous traitement antihypertenseur ou TA $\geq$ 14/09 cmHg sur plus de 3 prises tensionnelles en pré-dialyse.
- Diabète : malade sous insulinothérapie, antidiabétiques oraux.
- Maladie cardiovasculaire : coronaropathie, insuffisance cardiaque, ou toute autre cardiopathie documentée.
- Antécédent d'AVC documenté (TDM cérébrale).
- Antécédent d'artériopathie périphérique documenté.
- Cancer connu.
- Maladie de système évolutive connue.
- Prise médicamenteuse.

3/ Paramètres de suppléance rénale :

- Durée de traitement par hémodialyse.
- Type de suppléance antérieure (TR, DP) et durée de traitement par cette méthode.
- Poids sec, prise de poids inter dialytique, IMC.
- Abord vasculaire.
- Diurèse résiduelle.

4/ Hospitalisation durant l'année en cours – nombre d'hospitalisations – Durée cumulée d'hospitalisations.

1.3. **Les données biologiques :**

- Le taux d'hémoglobine
- CRP : marqueur de l'inflammation et de malnutrition
- PTH, Ca²⁺, PO₄ : marqueurs du métabolisme phosphocalcique au cours de l'IRCT.
- Taux albumine, protides, bilan lipidique, glycémie à jeun.

2. **Modalités de recueil :**

- Les données sociodémographiques ont été complétées durant l'interrogatoire du malade.
- Les données cliniques et biologiques ont été recueillies à partir du dossier médical des patients (données récentes datant de moins d'un mois).

IV. Etude de la qualité de vie : le KDQOL– SF36 Tm

Le questionnaire utilisé a été le KDQOL–SF 36 Tm qui comporte 76 items divisés en 19 échelles (8 échelles génériques, 11 échelles spécifiques à la maladie) et un score globale de santé.

1. Le questionnaire SF-36 :

Comme son nom l'indique, le questionnaire SF-36 est utilisé dans les enquêtes concernant l'IRC et comporte 36 questions qui explorent 8 domaines permettant une approche des deux composantes mentales et physiques de la santé.

Ces 8 domaines sont les suivants :

- Activité physique ou PF
- Limitations dues à l'état physique ou RP
- Douleurs physiques ou BP
- Santé perçue ou GH
- Vitalité ou VT
- Vie et relations avec les autres ou SF
- Santé psychique ou MH
- Limitations dues à l'état psychique ou RE

La composante santé physique « PCS » (Physical Component Summary) évaluée est reflétée par les domaines « Activité Physique », « Limitations dues à l'état physique », « Douleurs Physiques » et « Santé Perçue ».

La composante santé mentale « MCS » (Mental Component Summary) est évaluée à travers les scores des domaines « Vitalité », « Vie et Relations avec les autres », « Santé Psychique », « Limitations dues à l'état psychique ».

2. Des items spécifiques à la maladie rénale « KDSC » (Kidney Disease Component Summary) :

Cette partie inclut 05 dimensions et 29 items :

- Liste des symptômes / problèmes (12 items)

- Les effets de la maladie rénale (8 items)
- Le poids de la maladie rénale (4 items)
- La qualité de l'interaction sociale (3 items)
- La fonction sexuelle (2 items)

Le KDQOL-SF est par ailleurs constitué de 13 types de réponses préétablies dans le questionnaire. Selon la réponse des malades, chacun des items est converti sous forme d'un score entre 0 et 100.

- Les items sont ensuite regroupés pour calculer le score de chaque domaine de la qualité de vie.
- Un score élevé correspond à une qualité de vie meilleure.
- Le manuel de scoring du KDQOL-SF comportant le programme permettent de convertir les réponses des malades en score est disponible sur le site officiel du KDQOL (<http://gim-med.ucla.edu/kdqol>)

3. Administration du questionnaire :

- Après consentement des participants, deux modalités d'administration du questionnaire sont possibles :
- Auto administration du questionnaire durant la séance d'hémodialyse : lorsque les patients sont capables de lire seuls le questionnaire.
- Administration orale au cours d'une séance d'hémodialyse : la plupart de nos patients sont incapables de lire et de remplir le questionnaire (analphabète ou niveau d'étude bas, cécité)

L'interview a été alors menée par un enquêteur entraîné à lire le questionnaire et conscient des règles imposées par le KDQOL concernant les modalités de l'interview [[http :
//www.gim.med.ucla.edu / kdqol](http://www.gim.med.ucla.edu/kdqol)]:

L'interview a été menée par l'enquêteur au cours de la séance de dialyse.

- Les conditions à respecter par l'enquêteur sont les suivantes :
- Il doit lire en entier les items et les différentes réponses proposées même s'il est interrompu par le malade.
- Il ne doit en aucun cas influencer la réponse du malade. Si le malade donne une réponse ne correspondant pas aux propositions du questionnaire, l'enquêteur devra relire les différentes propositions.

V. Statistiques :

- La description des données cliniques, sociodémographiques et biologiques a été réalisée en utilisant les fréquences pour les variables qualitatives et les moyennes avec écart type pour les variables quantitatives.
- L'association entre les différents paramètres sociodémographiques et clinico biologiques, et la qualité de vie est évaluée par analyse uni et multi variée.
- L'ajustement de la qualité de vie par rapport aux variables de l'analyse univariée est réalisé par le modèle de régression logistique.
- Une valeur de $p < 0,05$ dans un intervalle de confiance $> 95\%$ est considérée comme statistiquement significative.
- L'analyse a été effectuée par la version du logiciel SPSS 22.



RÉSULTATS



I. Données sociodémographiques :

Tous les patients recrutés pour notre étude ont accepté de remplir le questionnaire.

Parmi les 100 patients répondants :

- Tous les patients étaient en HD chronique.
- Vingt-six patients dans le secteur public (26%).
- Soixante-quatorze patients sont dans le secteur privé (74%).

1. Données démographiques :

L'âge moyen de l'ensemble de nos patients était de 49,71 +/- 15,20 ans avec des extrêmes de 19 à 87 ans et une prédominance masculine (53%).

Les données sociodémographiques de notre population d'étude sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques des patients de notre étude :

Caractéristiques	Valeurs
Nombre total	100 cas
Age moyen +/- ET (ans)	49,71 +/- 15,20
Hommes (%)	53%
Femmes (%)	47%
Sexe ratio H/F	0,9

2. Données sociales :

Les patients en HD chronique étaient peu instruits. Plus de 50% des patients n'ont pas eu leur baccalauréat avec 28% d'analphabète. (Figure 1)

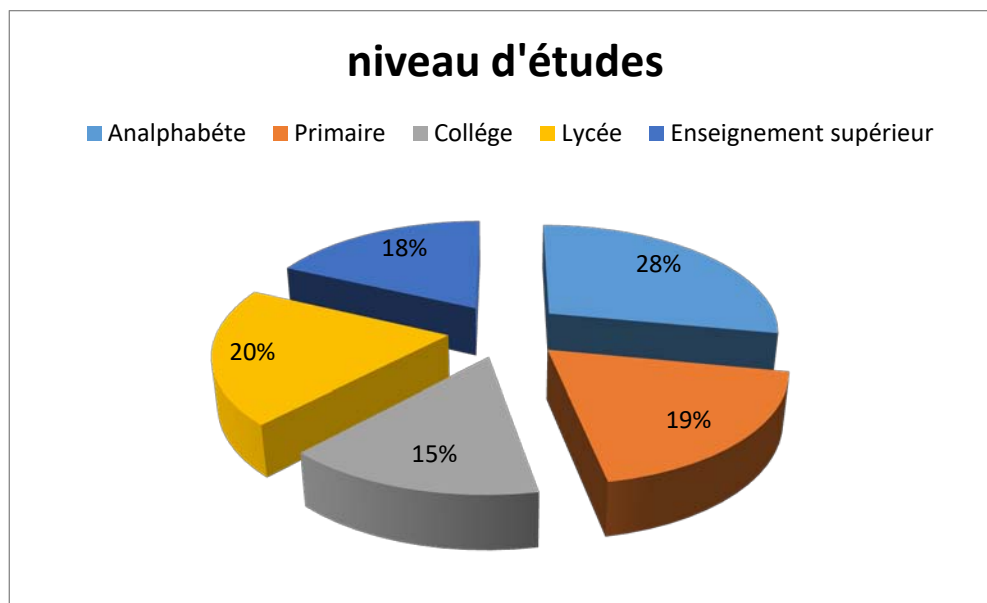


Figure 1 : Niveau d'études des insuffisants rénaux en HD

Nos patients étaient sans emploi dans 54% des cas et 34% avaient un emploi stable (fonctionnaire, libéral ou retraité). (Figure 2)

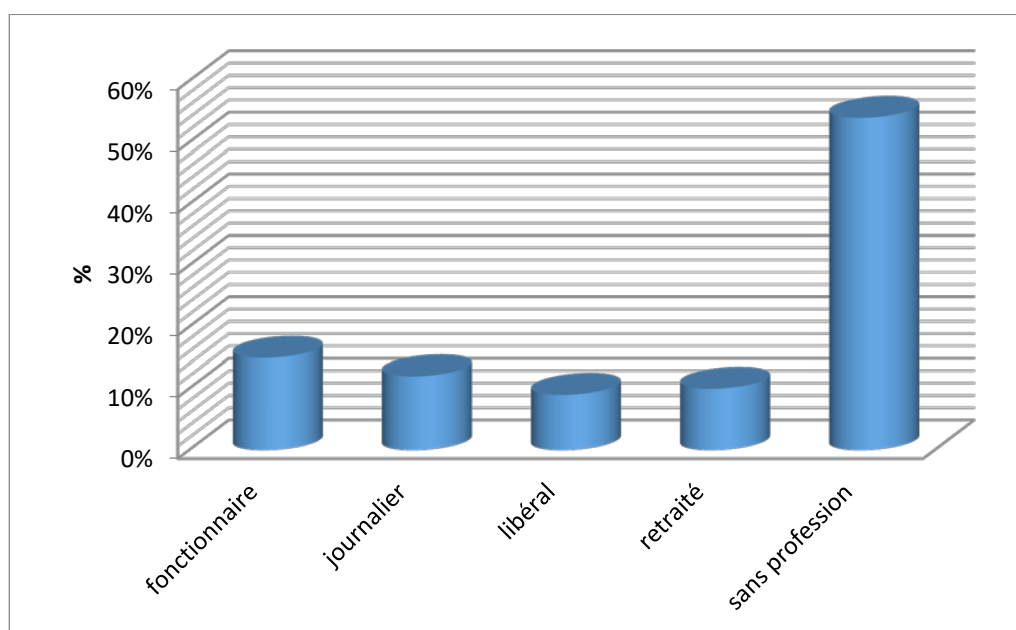


Figure 2 : Statut professionnel des insuffisants rénaux en HD

La majorité de nos patients étaient mariés (70% des patients) et 97% des patients vivaient en famille. (Figure 3)

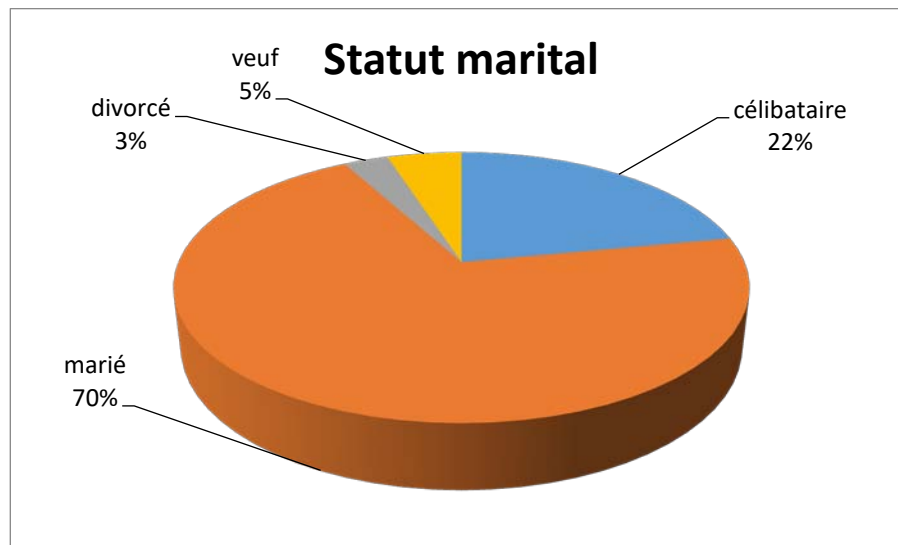


Figure 3 : Statut marital des insuffisants rénaux en HD

Nos patients avaient une couverture médicale dans 98% des cas répartie entre RAMED (35%), assurance et mutuelle (63%). La majorité ayant la CNSS. (Figure 4)

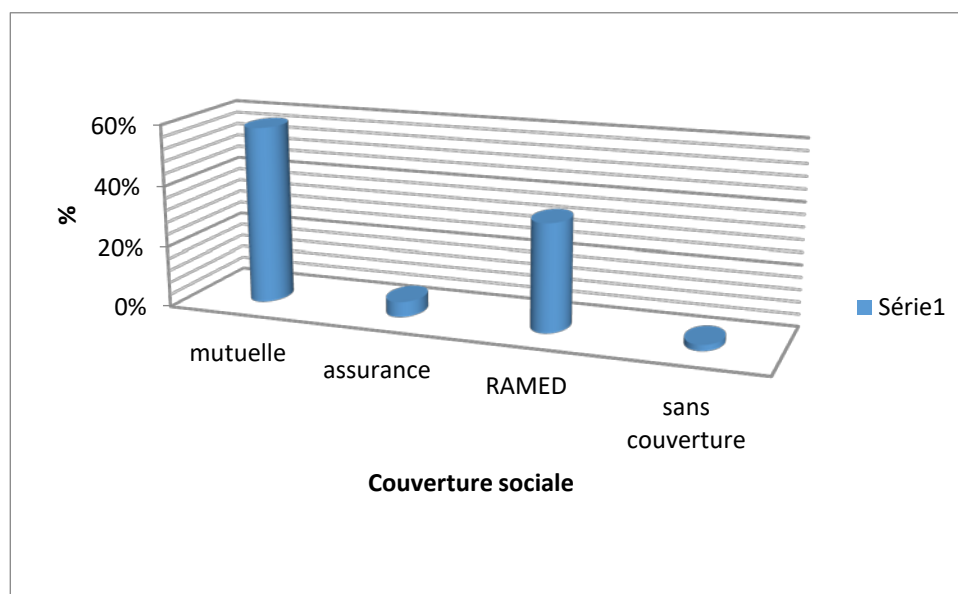


Figure 4 : Couverture médicale des insuffisants rénaux en HD

Uniquement 4 patients de notre série avaient des habitudes toxiques à type de tabagisme, aucun malade ne consommait de l'alcool et un seul malade avait d'autres habitudes toxiques associées (consommation de cannabis).

II. Données cliniques :

Les données cliniques de notre étude sont résumées dans le tableau II.

Tableau II : Données cliniques des patients de notre étude

Les signes cliniques	%
NEPHROPATHIE CAUSALE (%)	
-Glomérulaire	12
-Vasculaire	25
-Indéterminées	50
-Tubulo-interstitielle	3
-Urologique	3
-Autres	7
COMORBIDITES (%)	
-HTA	73
-Maladie CV	19
-ATCDs artériopathie	5
-ATCDs AVC	4
-Diabète	12
-Maladie de système	3
-Cancer connu	2
-Habitudes alcool-tabagiques	4
METHODES DE SUPPLEANCE (Moy +/- ET)	
-Ancienneté (ans)	8,34 +/- 6,07
-Nombre de séances / sem	2,59
-Kt/V	1,397
-Poids (Kg)	64,05
-Prise de poids (Kg)	2,456
-Taille (m)	1,637
-IMC (Kg/m ²)	23,628

La néphropathie causale était indéterminée dans 50% des cas. La majorité des patients de notre étude avaient une HTA sous traitement (73% des cas). Deux cas avaient un cancer connu (leucémie et tumeur recto-vaginale).

L'ancienneté moyenne en hémodialyse était de 8,34 +/- 6,07 ans et la majorité des patients bénéficiaient de 2 séances / semaine.

La majorité des patients avaient une FAV distale 70% et 67% des patients n'avaient plus de diurèse résiduelle.

Vingt-huit pourcent des patients ont été hospitalisés durant l'année en cours avec un nombre moyen d'hospitalisation de 1,428 et un séjour moyen en hôpital de 9 jours

III. Données biologiques :

Tableau III : Données biologiques de notre étude

Paramètres	Moyenne
Hb (g/dl)	10,824
CRP (mg/l)	12,505
PTH (pg/l)	1143,294
Ca (mg/l)	88,718
Phosphorémie (mg/l)	52,142
Albuminémie (g/l)	42,916
Protidémie (g/l)	69,044
LDL (g/l)	1,715
HDL (g/l)	0,782
TG (g/l)	1,645
Glycémie (g/l)	2,897

La moitié de nos patients avaient un taux d'hémoglobine inférieure à 10g/dl et 39% des patients avaient une hyperparathyroïdie avec un taux de PTH > 450pg/ml.

IV. Résultats de la qualité de vie :

Le tableau IV résume les scores des différents paramètres du questionnaire KDQOL- SF 36 Tm :

Tableau IV : Les scores des différents paramètres du questionnaire KDQOL-SF Tm 36

Paramètres	Score moyen
SANTE	
I 1 : Santé générale	42,5
Limitation des activités :	
➤ I 2 : Activités modérés	68,5
➤ I 3 : Monter les escaliers	68,68
Difficultés au travail :	
➤ Suite à des problèmes physiques	
I 4 : Travail incomplet	48
I 5 : Type d'activité	18
➤ Suite à des problèmes émotionnels	
I 6 : Travail incomplet	60
I 7 : Type d'activité	46
I 8 : Interférence entre la douleur et l'activité normale	48
Vitalité :	
➤ I 9 : Sentiment de calme et de paix	62
➤ I 10 : Energie	62
➤ I 11 : Sentiment de découragement	57
I 12 : Interférence entre la santé physique ou émotionnelle avec l'activité sociale	67
MALADIE RENALE	
I 13 : Interférence entre la MR et la vie	41
I 14 : Le temps consommé par la MR	37
I 15 : La frustration liée à la MR	56
I 16 : Le sentiment de fardeau par rapport à la famille	78
La gêne ressentie suite à :	
I 17 : Les douleurs musculaires	35
I 18 : Les douleurs thoraciques	33
I 19 : Les crampes	36
I 20 : Prurit	32
I 21 : La sécheresse cutanée	61
I 22 : Dyspnée	28
I 23 : Vertige	30
I 24 : Anorexie	59
I 25 : Fatigue	41
I 26 : Engourdissement	41
I 27 : Les nausées	38
I 28 : Problèmes d'accès vasculaires	67

Tableau IV : Les scores des différents paramètres du questionnaire KDQOL-SF Tm 36 « suite »

Paramètres	Score moyen
CONSEQUENCES DE LA MR SUR LA VIE QUOTIDIENNE	
La gêne ressentie suite à :	
I 29 : Restriction hydrique	65
I 30 : Restriction diététique	83
I 31 : Capacité à faire les travaux à la maison	47
I 32 : capacité de voyager	46
I 33 : dépendance du staff médical	62
I 34 : Stress et inquiétude causés par la MR	66
I 35 : La vie sexuelle	71
I 36 : apparence personnel	63

1. Score global des composantes de santé physique et mentale :

Le score moyen des différentes composantes de la santé physique et mentale de nos patients sont résumés dans le tableau V.

49% de nos patients avaient un score > 39 pour PCS, 47% avaient un score > 46 pour MCS et seulement 15 % avaient un score au-delà de 50 pour PSC et 25% pour MSC.

Le score maximum atteint était de 62 pour la composante physique et 69 pour la composante mentale, alors qu'aucun patient n'a pas dépassé un score de 70.

Tableau V : Scores globaux des composantes physique et mentale de nos patients

Echelles	Médiane	Moyenne	Nombre de réponse
Composante physique-SF12	39,67	39,81 ± 10,48	93
Composante mentale-SF12	45,23	46,62 ± 13,04	93

2. Score global des composantes spécifiques à la MR :

Le score moyen des composantes des symptômes et problèmes liées à la MR, des conséquences de la MR sont résumés dans le tableau VI.

Quarante-trois pourcent de nos patients avaient un score > 40 pour les symptômes et problèmes liés à la MR, 46% avaient un score > 68 pour les conséquences liés à la MR et 58%

avaient un score > 50 pour le poids de la maladie rénale avec au maximum 10 patients qui atteignaient un score maximal de 100.

Tableau VI : Scores globaux des composantes liés aux symptômes et problèmes liés à la MR, des conséquences de la MR et le poids de la MR

Echelles	Médiane	Moyenne	Nombre de réponse
Symptômes / Problèmes	46,86	40,45 ± 26,71	100
Conséquences de la MR	63,51	68,75 ± 29,58	93
Poids de la MR	52,88	50 ± 28,87	100

3. Analyse univariée :

Différents facteurs pouvant influencer la qualité de vie de nos patients ont été étudiés en analyse univariée et sont résumés dans le tableau VII.

En analyse univariée, l'étude comparative de différentes composantes du score, on a trouvé une association statistiquement significative entre la composante mentale du scoring et l'âge, niveau d'étude, qualité de dialyse (Kt/V) et taux sérique de la PTH>300pg.

Par contre, l'ancienneté de la MR et l'anémie étaient associées à un poids plus important de la MR et à la composante physique.

Tableau VII : Les différents facteurs influençant la QDV de nos patients (Analyse univariée p)

Paramètres	Age	Sexe	Statut marital	Niveau d'étude	Profession	Couverture médicale	HTA	MCV	Diabète	Ancienneté	Kt/V	Hospitalisation durant l'année en cours	Nombre d'hospitalisations	Anémie	PTH
Symptômes/Problèmes	0,174	0,192	0,192	0,530	0,568	0,058	0,449	0,063	0,272	0,118	0,553	0,972	0,596	0,3	0,266
Conséquences de la MR	0,174	0,192	0,192	0,530	0,568	0,058	0,449	0,063	0,272	0,118	0,553	0,972	0,596	0,3	0,266
Poids de la MR	0,879	0,424	0,424	0,617	0,723	0,428	0,966	0,420	0,231	0,048	0,909	0,907	0,340	0,067	0,081
Composante physique SF-12	0,953	0,376	0,376	0,761	0,140	0,668	0,712	0,111	0,404	0,057	0,109	0,567	0,220	0,032	0,209
Composante mentale SF-12	<0,001	0,305	0,305	<0,001	0,178	0,984	0,989	0,219	0,075	0,367	0,002	0,329	0,273	0,844	0,023

4. Analyse multi variée :

Dans l'analyse multi variée, nous avons pris en compte tous les paramètres dont le p était > 0,2 en analyse univariée. Les résultats sont résumés dans le tableau VIII.

La présence de MCV a multiplié par 5 le risque d'avoir une mauvaise QV sur le plan des symptômes et sur le plan des conséquences de la MR.

Aucune variable n'a significativement influencé le poids de la MR.

L'âge > 60 ans a multiplié par 28 le risque d'avoir une mauvaise QV sur le plan de la composante mentale avec un OR très élevé à cause de la taille de 'échantillon. Au contraire, avoir une profession a été un facteur impactant positivement la QV sur le plan mental.

Par contre, l'ancienneté > 5 ans en hémodialyse a été associé à une bonne QV sur le plan physique.

Tableau VIII : Résultats de l'analyse multivariée de notre étude

Composantes		Régression logistique OR [IDC]			
		MCV	Age	Profession	Ancienneté
Symptômes/Problèmes		4,985 [1,506–16,501] p=0,009	–	–	–
Conséquences de la MR		4,985 [1,506–16,501] p=0,009	–	–	–
Poids de la MR		–	–	–	–
Composante physique	SF-12	–	28,378 [3,119– 258,209] p=0,003	0,232 [0,067–0,805] p=0,021	–
Composante mentale	SF-12	–	–	–	0,352 [0,126–0,982] p=0,042



DISCUSSION



I. Introduction :

La maladie rénale chronique est une condition chronique irréversible responsable d'une série d'anomalies biochimiques, cliniques et métaboliques qui sont directement ou indirectement liées à des taux élevés d'hospitalisation et de morbi-mortalité [3].

En plus du choc émotionnel ressenti au moment du diagnostic et au cours du traitement, les patients souffrent de plusieurs difficultés professionnelles, sociales, sexuelles et psychologiques [3].

Les manifestations de la maladie rénale chronique, en association aux répercussions psychosociales de la maladie augmentent le niveau de stress et peuvent impacter la qualité de vie des patients [3].

La complexité et l'étendue des conséquences de la maladie rénale chronique ont motivé la réalisation d'un grand nombre d'études qui analysent l'impact de l'IRC sur la qualité de vie des patients dans différents domaines [3].

La qualité de vie du patient constitue un objectif important de la prise en charge thérapeutique qui doit permettre à ces patients d'avoir une vie proche de la normale, à la fois en durée et en qualité [4].

II. Généralités :

1. Prévalence de l'IRCT :

La prévalence de l'IRCT traitée par hémodialyse (HD) a été estimée en 2004 par les premières données du registre national de dialyse de greffe « MAGREDIAL » [5], à 162 par million d'habitants. (Figure 5)

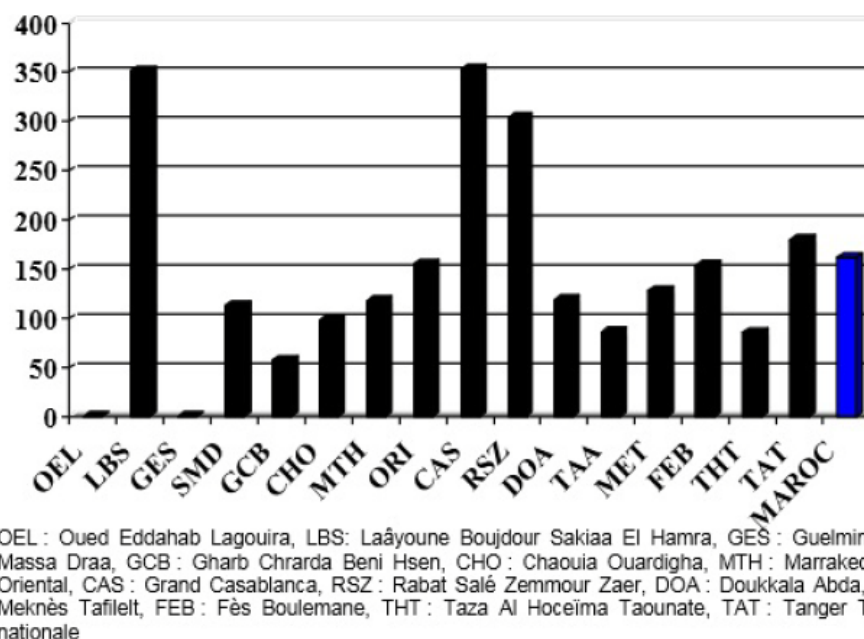


Figure 5 : Nombre de cas prévalent traités selon les régions du Maroc [6]

A la même période, elle était estimée à 513pmh en France, 1217pmh aux USA et 1570pmh au Japon. Dans les régions périphériques du Royaume, elle ne dépassait pas 100pmh, alors qu'elle était supérieure à 250pmh dans les régions centrales. [6]

Selon des données non encore publiées de Pr. Benghanem « Maremar » sur la prévalence des hémodialysés au Maroc en 2017, ils sont estimés à 783pmh.

Tableau IX : Prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale 2004

Pays	Prévalence de l'IRCT (pmh)
Japon	1570
USA	1217
France	513
Maroc	162

En 2008, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traité a été estimée par une étude menée par Pr. Benghanem Gharbi M. [6] à 197,8pmh et en 2010 à 335,79pmh par Pr. C.Couchaud et Pr. Benghanem Gharbi M. [7] (Figure 6)

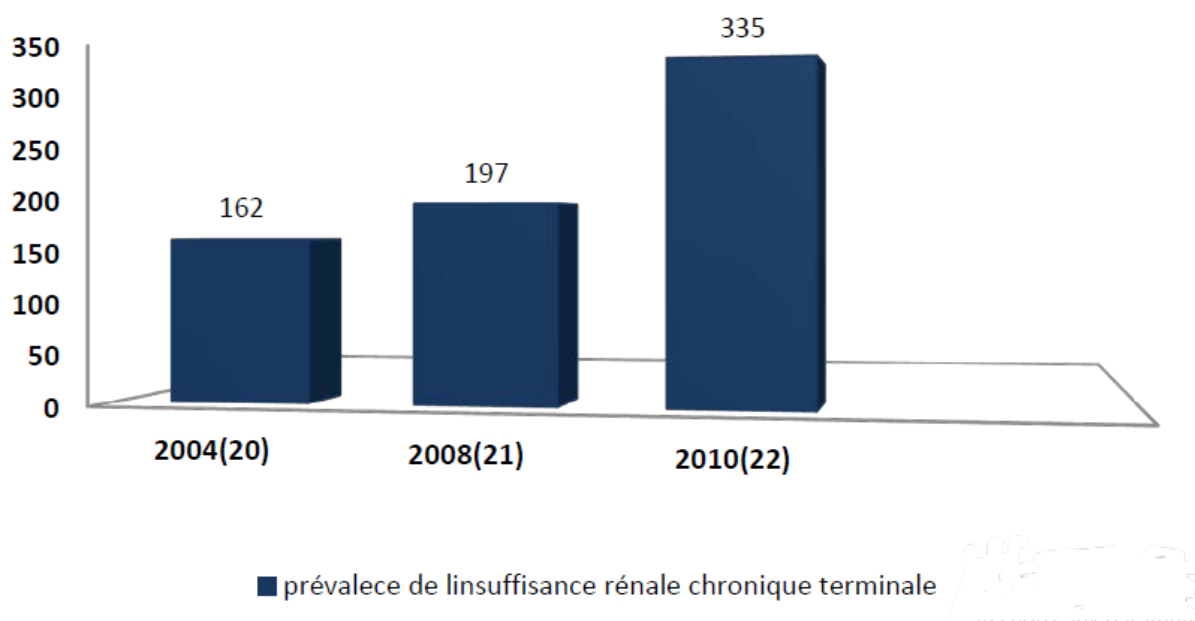


Figure 6 : Evolution de la prévalence de l'IRCT au Maroc

2. Incidence de l'IRCT :

Selon les premiers résultats du registre MAGREDIAL, l'incidence de l'IRCT se situerait entre 100 et 150 patients par million d'habitant, c'est-à-dire, plus de 3000 marocains arriverait chaque année au stade terminal de la MRC [5].

Peu d'études de QV ont été réalisées dans la population générale marocaine, Une seule étude de la qualité de vie a été menée chez la population de la ville de Tétouan objectivant l'influence du niveau d'études et l'état matrimonial sur le score global de la QV [8]. De même, une seule étude de qualité de vie liée à la santé a été réalisée à Rabat chez une série de patients hémodialysés chroniques dans le cadre de validation du questionnaire KDQOL-SF 1,3 en arabe dialectal [9].

III. Définition du concept de la qualité de vie et qualité de vie liée à la santé « Quality Of Life QOL et Related Health Quality Of Life » :

1. La qualité de vie « QoL » :

L'organisation mondiale de la santé « OMS » a défini en 1994 la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement [10].

La globalité de l'approche proposée est un frein à l'élaboration d'une définition consensuelle. La qualité de vie est ainsi synonyme de bien-être, de santé perceptuelle et de satisfaction de vie.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de 4 dimensions physiques, somatiques, psychologique et sociale [11].

2. La Qualité de vie liée à la santé :

Contrairement au concept plus global de la qualité de vie, la qualité de vie liée à la santé se focalise sur l'impact de la maladie et plus spécifiquement du traitement sur la qualité de vie [12].

La qualité de vie liée à la santé est multidimensionnelle dans la mesure où l'état de santé de l'individu peut influencer les aspects physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux ou spirituels de la vie. Elle est également dynamique pouvant évoluer au cours du temps et subjective se basant sur les valeurs, les désirs et les attentes de chaque patient [13].

Chaque individu utilise un standard personnel pour évaluer une situation comme désirable ou indésirable. L'évaluation personnelle de sa propre qualité de vie liée à la santé est absolument nécessaire pour permettre au professionnel de la santé de comprendre réellement l'impact d'une maladie chronique sur la vie du patient, et qui peut être parfois totalement différente de l'évaluation « objective » de l'état de santé du patient.

La qualité de vie liée à la santé est un double concept qui inclut aussi l'aspect positif et négatif de la santé. Les aspects négatifs comprennent la maladie et les dysfonctions, alors que les aspects positifs s'intéressent aux sentiments de bien-être mental et physique, une capacité complète de fonctionnement, d'aptitude physique, d'adaptation et d'efficacité [12].

IV. Les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé :

Les instruments de la qualité de vie sont des questionnaires dont les questions peuvent être regroupées en dimensions et ils peuvent être classés en fonction de la population ciblée : questionnaire « générique » utilisée en population générale et questionnaire « spécifique » ciblant par exemple une tranche d'âge ou une pathologie [14].

1. Les questionnaires génériques utilisés en IRCT :

Ces questionnaires ont été utilisés dans le cadre de l'IRCT quel que soit le type de prise en charge, greffe ou dialyse.

1.1. Le « Sickness Impact Profile » (SIP) [15] :

D'origine anglo-saxonne, son objectif est de mesurer l'impact de la pathologie dans 12 domaines de santé : le sommeil, l'alimentation, le travail, la gestion du foyer, les loisirs, la mobilité, la marche, l'attention portée au corps, les activités sociales, la vivacité, le comportement émotionnel et la communication.

1.2. Le Short Form 36 (SF36) [16] :

Cette échelle comporte 36 items explorant 8 domaines différents (activité physique, limitations liées à l'état physique, douleur physique, vie sociale et relationnelle, santé psychique, limitations liées à la santé physique, vitalité et santé générale). Elle donne 2 scores, l'un relatif à la santé physique et l'autre à la santé psychique. Chaque dimension est notée de 0 à 100 et plus

le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Dans le cadre de l'IRCT, le SF 36 est le questionnaire générique le plus fréquemment utilisé.

Le SF-12 représente un sous type de SF-36 développé pour obtenir un questionnaire d'une seule page de 02 minutes que reproduit les mesures de l'état de santé physique et mentale du questionnaire SF-36 avec une fiabilité de 90%.

1.3. Nottingham Health Profil (NHP) [17] :

L'objectif de cette échelle est double, d'une part déterminer des critères médicaux, et d'autre part de développer un indicateur de santé utilisable pour la surveillance de la santé de la population. Elle comporte 38 questions et se divise en 2 parties. La 1^{ère} partie comprend des questions se rapportant à 6 dimensions : énergie, mobilité physique, sommeil, douleur, réactions émotionnelles, isolement social. La 2^{ème} partie est relative aux problèmes observés dans le travail, la vie domestique, familiale, sociale, le loisir et la fonction sexuelle. Les scores sont calculés de 0 à 100, plus le score est proche de 0 plus la santé perçue est bonne.

1.4. The EuroQol ou EQ-5D [18] :

Peu utilisée dans l'étude de qualité de vie portant sur l'IRCT, cette échelle fournit un profil descriptif et une valeur d'index pour le statut de santé qui peuvent être employés dans l'évaluation clinique et économiques des services médicaux.

2. Les questionnaires spécifiques aux patients dialysés : [19]

2.1. Le « Kidney Disease Quality of life Instrument » (KDQOL) :

Développé en 1994, il se base sur le SF36, avec un module complémentaire spécifique aux dialysés. Il comporte 134 items et 19 domaines (dont 8 issus du SF36) réparties en 4 dimensions.

- Une dimension santé physique relative à la fonction physique, au statut professionnel, aux limitations liées à l'état physique, à la douleur, à la santé perçue et à l'énergie.

- Une dimension santé mentale relative au bien-être, à la qualité de vie relationnelle, au poids de la maladie, au soutien social et aux limitations liées à la santé psychique.
- Une dimension spécifique à la dialyse ayant trait aux fonctions cognitives, à l'absence / présence de symptômes, au handicap de la dialyse sur la vie quotidienne, à la fonction sexuelle et au sommeil.
- Une dimension relative à la satisfaction du patient sur sa prise en charge avec une question concernant la satisfaction en général et une autre à propos du soutien de l'équipe soignante.

La dimension spécifique à la dialyse est la plus sensible pour évaluer le niveau de santé perçue des dialysés. Il existe une forme courte du questionnaire (KDQOL-SF) comportant 79 items.

2.2. Le « Kidney Disease Questionnaire » (KDQ) :

Cette échelle cible uniquement les patients traités par hémodialyse. Il comporte 26 questions (cotées de 1 à 7) réparties en 5 dimensions les symptômes physiques, une dimension physique, une dimension dépression, une dimension vie sociale et une dimension frustration.

2.3. The « Choice Health Experience Questionnaire » (CHEQ) [20] :

Le CHEQ est le questionnaire le plus récent. Créé en 2001, il s'adresse aux patients dialysés, quel que soit le type de dialyse. Il contient les 8 domaines du questionnaire générique SF36 et 13 domaines spécifiques aux patients IRCT qui sont la santé mentale, la santé mentale, la santé physique, la liberté, le trajet, les fonctions cognitives, les finances, le travail, les loisirs, l'image corporelle, la fonction sexuelle, le sommeil et la qualité de vie en général.

V. Les domaines de la qualité de vie liée à la santé :

Les domaines de la qualité de vie influencés par l'état de la santé et l'utilisation de médicaments ou de technologies médicales peuvent correspondre à 4 éléments clés que sont :

- La santé physique qui inclut l'énergie et la fatigue, la douleur, l'inconfort et enfin le sommeil et le repos.

- La santé psychologique représentée par l'image du corps et l'apparence, les sentiments négatifs, les sentiments positifs, l'estime de soi et la pensée, l'apprentissage, la mémoire et la concentration.
- Le niveau d'indépendance correspondant à la mobilité, les activités de la vie quotidienne, la dépendance des médicaments et de l'aide médicale et la capacité à travailler.
- Les relations sociales avec comme items les relations personnelles, le support social et l'activité sexuelle.

Dans notre étude, le score des différentes données de la QV ont été en moyenne de 39,81 pour la composante physique, 46,62 pour la composante mentale, 40,45 pour les symptômes et problèmes liés à la MR, 40,45 pour les conséquences de la MR et 50 pour le poids de la MR. Ces résultats sont proches de celles trouvées dans une étude faite sur 3 continents : l'Europe, Japon et les états unis USA et qui sont résumé dans le tableau X. [21]

Tableau X : Score moyen des différentes composantes de la QVLS [21]

	Euro- DOOPS	Japon	USA	Rabat [9]	Notre étude
PCS	35,5	41,8	33,1	68	39,81
MCS	43,2	44	46,6	61	46,62
Symptômes/Problèmes	69,9	75,8	71,1	66	40,45
Conséquences de la MR	57,3	67,7	62,5	63	68,75
Poids de la MR	35	28,6	40,8	43	50

VI. Les facteurs influençant la HRQOL chez les patients hémodialysés chroniques :

1. Facteurs sociodémographiques :

Plusieurs études ont montré que les facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le sexe, l'ethnicité, le statut socioéconomique, le statut relationnel et l'emploi sont associés à la

QVLS. En général, la QVLS physique semble se détériorer avec l'âge, comme dans la plupart des études des patients dialysés [22]. Cependant, il a été également démontré que la qualité de vie émotionnelle peut être élevée chez les patients hémodialysés âgés [23.24]. Les différences dans les attentes en matière de santé et la capacité à accepter et à s'adapter à l'aggravation de l'état de santé et de l'infirmité peuvent expliquer les différences de qualité de vie entre les patients dialysés plus âgés et plus jeunes. Les patients âgés peuvent montrer une plus grande résilience à la détérioration de la santé car cela est considéré comme une conséquence normale et attendue du vieillissement.

Dans notre étude, en analyse univariée, on a trouvé une relation entre la QV mentale et l'âge, le niveau d'étude, la qualité de dialyse (Kt/V) et l'hyperparathyroïdie. Par contre, l'ancienneté de la MR et l'anémie ont été associée à un poids plus important de la MR et à la QV physique.

La recherche sur l'ethnicité et la qualité de vie a été un peu moins concluante. Les études ont montré que les Afro-Américains en HD signalent un meilleur état et une meilleur QV par rapport au Caucasiens [25]. En revanche, d'autres chercheurs ont constaté que les patients Afro-Américains en HD ne rapportent pas une meilleure QV perçue par rapport à leurs homologues caucasiens [26]. Dans une autre étude, ils ont constaté que les Européens en HD rapportent de meilleurs résultats en matière de santé physique, de santé mentale et des problèmes spécifiques de la maladie rénale par rapport aux Asiatiques.

Chez les patients hémodialysés chroniques, plusieurs études ont démontré que les niveaux de scolarité faibles étaient corrélés avec des scores de SF-36 inférieurs [27.28].

Il est également intéressant de noter que certaines études ont rapporté que les patients hémodialysés mariés étaient susceptibles de présenter de meilleurs résultats de la QVLS par rapport aux patients qui n'étaient pas mariés [29], alors que d'autres études n'ont trouvé aucun effet du mariage [30].

2. Facteurs cliniques :

Différentes études ont identifié des marqueurs cliniques et biochimiques associé à la QVLS, principalement pour les dimensions physiques de la QV. L'anémie, complication habituelle de l'IRCT, est fortement associée au fonctionnement physique et au bien-être [31.32]. L'augmentation des niveaux d'hémoglobine grâce à l'érythropoïétine ont montré une amélioration concomitante des niveaux d'énergie et d'endurance, et une plus grande participation à la vie [33.34].

Les biomarqueurs nutritionnels comme l'albumine, le taux catabolique des protéines et l'indice de masse corporelle sont étroitement associés aux scores physiques SF-36 (PCS) [35.36]. Une nutrition protéique inadéquate a été également associée à un mauvais fonctionnement physique de KDQoL [37]. En outre, d'autres recherches ont montré que les scores réduits de SF-36 sont corrélés avec des scores d'appétit plus faibles [38].

Des interventions structurées autour de la nutrition et du soutien alimentaire ont également donné une amélioration significative des scores de la qualité de vie [39]. En revanche, les indices du métabolisme minéral tels que le produit phosphocalcique (une mesure d'adhérence à l'alimentation et aux médicaments) et les taux sériques de la parathormone (une mesure des niveaux du calcium dans le sang) se sont révélés être faiblement associés à la QVLS [22].

En analyse univariée, l'ancienneté de la MR et l'anémie étaient associées à un poids plus important de la MR et à la composante physique.

La variable la plus régulièrement associée à la qualité de vie est la charge de comorbidité et multi-morbidité. C'est compréhensible que l'augmentation du nombre de la comorbidité (par exemple : maladies cardio-vasculaires, maladies vasculaires périphériques, l'hypertension et le diabète) affecte négativement la qualité de vie physique [40] et peut également affecter les émotions de la QV [41].

Dans notre étude, la présence d'une MCV a multiplié par 5 le risque d'avoir une mauvaise QV sur le plan des symptômes et conséquences de la MR.

VII. Pronostic et qualité de vie :

Une étude réalisée dans plusieurs pays à l'aide du questionnaire KDQOL-SF36 a montré une relation inverse significative entre QVLS et le nombre d'hospitalisation et nombre de décès [42].

Pour notre étude, le taux d'hospitalisation n'était pas significativement associé à la QV.



CONCLUSION



Au cours de l'insuffisance rénale terminale, on ne consiste pas seulement au contrôle des symptômes et de la morbi mortalité, mais également à une amélioration de la qualité de vie de ces patients.

La qualité de vie est une notion complexe qui résulte d'une interaction en plusieurs composantes : la maladie elle-même, les traits psychologiques du malade et le comportement du malade face à sa maladie, le soutien social...

Malgré cette complexité, elle doit être considérée comme un critère d'évaluation des moyens de suppléance proposés en IRCT.

Elle constitue aussi un objectif important de la prise en charge thérapeutique qui doit permettre à ces patients d'avoir une vie plus proche à la normale.

Plusieurs facteurs influencent la notion de qualité de vie, ainsi que la complexité et l'évaluation standardisée de cette notion, ce qui explique la multiplicité des échelles et scores d'évaluation. Notre étude tente à faire une évaluation la plus adoptée possible.

L'objectif ultime de notre étude est d'apprécier les variables modifiables agissant sur la qualité de vie, pour planifier des actions d'amélioration de la qualité de vie de nos patients.



ANNEXES



Service de Néphrologie–Hémodialyse

Encadrant : Pr. W.FADILI

Transplantation rénale

CHU Med VI Marrakech

Fiche d'exploitation : QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTSHEMODIALYSESCHRONIQUES

Données sociodémographiques

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : _____ F ☐ _____ M ☐
Age : _____
Niveau d'étude : Analphabète ☐ Primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Enseignement sup. ☐
Statut professionnel : Fonctionnaire ☐ Journalier ☐ Libéral ☐ Sans profession ☐
Statut marital : Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐
Conditions de vie : Seul ☐ En famille ☐
Couverture médicale : Mutuelle ☐ Assurance ☐ RAMED ☐ Sans couverture ☐

Données cliniques

Néphropathie causale : Glomérulaire ☐ Tubulo-interstitielle ☐
Vasculaire ☐ Urologique ☐
Indéterminée ☐ Autres ☐
Comorbidités : HTA ☐ Diabète ☐
Maladie CV ☐ Maladie de système ☐
ATCD d'artériopathie Cancer connu ☐
ATCD d'AVC
Polymédication : Oui _____ Nombre : ☐
Non _____
Autres :.....
Signes associés : Douleur ☐ Prurit ☐
HTA ☐ HPT ☐
Anémie ☐ Dénutrition ☐
Habitudes alcool-tabagiques : Oui ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Autres : ☐ Non ☐

Ancienneté de traitement par HD : _____ Nombre de séances : /semaine _____ Kt/V : _____
 Type de suppléance antérieur : TR ☐ DP ☐ Durée de traitement : _____
 Poids sec : _____ Prise de poids interdialytique : _____
 Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____
 Abord vasculaire : ☐ FAV proximale ☐ FAV distale ☐ Kt tunnelisé jugulaire
☐ Diurèse résiduelle : Ouicc/24h
 Non _____
 Hospitalisations durant l'année en cours : Non ☐
 Oui >Nombre d'hospitalisations : ☐
 >Durée cumulée d'hospitalisations : _____

Hb=Anémie:	Oui ☐	Non ☐
CRP=		
PTH=	Ca2+=	PO4=
Albuminémie=		
Protidémie=		
Bilan lipidique:>LDL=		
>HDL=		
>TG=		
Glycémie=		

العنوان: دراسة حول جودة الحياة لمرضى الدياليز

❖ شئو هو الهدف من هاد الدراسة:

هاد الدراسة تنفذت بالتعاون دىال المرضى والأطباء، والهدف منها هو تقييم جودة حياة مرضى الكلى.

❖ شئو هو المطلوب مني:

بغيناك تعمر إستشارة حول الصحة دىالك و كيفاش كتحس، وبعض المعلومات.

❖ سرية المعلومات:

ما غاديش نسلو على سميكتك، الأجوبة دىالك مع الأجوبة د الآخرين غادي نستعملوها فالنتائج دىال الدراسة، أي معلومة تقدر تبين الهوية دىالك هي سرية للغاية. بالإضافة إلى ذلك كل المعلومات اللي غادي نجمعوها كتستعمل فقط لغرض الدراسة، و ما يمكنش نستعملوها لأي هدف آخر بدون الرضى دىالك.

❖ شئو هيا الإستفادة دىالي من المشاركة؟

المعلومة اللي غادي تعطينا غادي تبين لبنا الشعور دىالك حول الرعاية اللي كتلقاها، وفهم تأثيرها على صحة المرضى وتقييمها.

❖ هل المشاركة دىالي ضرورية:

أنت ماشي مجبر تشارك وممكن ترفض تجاوب على أي سؤال، وهاد القرار ما غاديش يآثر فالرعاية المقدمة ليك.

صحتك:

هاد الاستمارة كتضمن مجموعة من الأسئلة حول الصحة والحياة دىالك. وحنا مهتمين بالشعور دىالك حولهم.

1- بصفة عامة، الصحة دىالك:

❖ ممتازة

❖ مزيانة بزاف

❖ مزيانة

❖ مقبولة

❖ *ضعيفة

الأسئلة التالية حول النشاطات دىالك اللي كنتديرها فيوم عادي.

واش الحالة الصحية دىالك نقصات من إمكانيات النشاطات دىالك؟ وشحال نقصات

2- النشاطات المتوسطة بحال تحرك الطيلة، التشطاب:

❖ نعم نقصات بزاف

❖ نعم نقصات شوية

❖ لا ما نقصاتش

3- الطلوع فالدروج:

❖ نعم نقصات بزاف

❖ نعم نقصات شوية

❖ لا ما نقصاتش

في أربعة أسابيع الأخيرة، واش عانيتي من واحد من هاد المشاكل فالعمل أو شي نشاط يومي بسبب حالتك الصحية؟

4- أقل من اللي بغيتي:

❖ نعم

❖ لا

5- حصرات طبيعة العمل أو الأنشطة الأخرى:

❖ نعم

❖ لا

في أربعة أسابيع الأخيرة، واش عانيتي من أي مشكل في العمل دىالك أو أنشطتك اليومية بسبب مشاكلك العاطفية (بحال الشعور بالاكتئاب أو القلق)؟

6- أقل من لي كتمنى:

❖ نعم

❖ لا

7- ما كاديرش العمل ديالك أو الأنشطة الأخرى بنفس العناية المعتادة:

- ❖ نعم
- ❖ لا

8- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، كيفاش أثر الألم على عملك العادي (عملك بالخارج وداخل المنزل):

- ❖ على الإطلاق
- ❖ قليلا
- ❖ متوسط
- ❖ بزاف
- ❖ بزاف كاع

هاد الأسئلة حول الشعور ديالك خلال الأربعة أسابيع الأخيرة وكيفاش كانت أمورك:

9- واش حسيتي براسك هادي وف أمان؟

- ❖ طوال الوقت
- ❖ أغلب الوقت
- ❖ معظم الوقت
- ❖ قليلا
- ❖ قليلا جدا
- ❖ أبدا

10- واش عندك طاقة كبيرة؟

- ❖ طوال الوقت
- ❖ أغلب الوقت
- ❖ معظم الوقت
- ❖ قليلا
- ❖ قليلا جدا
- ❖ أبدا

11- واش حسيتي براسك مقبوض ومقلق؟

- ❖ طوال الوقت
- ❖ أغلب الوقت
- ❖ معظم الوقت
- ❖ قليلا
- ❖ قليلا جدا
- ❖ أبدا

14- خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، شحال من مرة أثرات حالتك الصحية والنفسية على الأنشطة الاجتماعية ديالك (زيارة الأصدقاء والأقارب):

- ❖ طوال الوقت
- ❖ أغلب الوقت
- ❖ معظم الوقت
- ❖ قليلا
- ❖ قليلا جدا
- ❖ أبدا

مرض الكلى:

بالنسبة ليك، شنو اللي صحيح و اللي خاطئ ف هاد الحالات:

- 13- مرض الكلى أثر بزاف على حياتي
- 14- بزاف ديال الوقت كابضيع فالمرض ديالي
- 15- كانهس براسي عييت بالمرض ديالي
- 16- كانهس براسي متقل على عائلتي

❖ صحيح تماما

❖ صحيح غالبا

❖ ماعرفتش

❖ غلط غالبا

❖ غلط تماما

خلال الأربعة أسابيع الأخيرة، لأي درجة كانهس براسك متضايق من:

- 17- الحريق فالعضلات ديالك
- 18- الحريق فالصدر
- 19- الكلكاج
- 20- الحكة
- 21- جلدك ناشف
- 22- ضيق فالنفس
- 23- الدوخة والسخفة
- 24- الشهية مسدودة
- 25- عيان ومسوخ
- 26- التئمال فاليد أو الرجل
- 27- الضران فالمعدة، كاتنوض عليك خاطرك
- 28- أ- فقط لمرضى الدياليز:

مشاكل مع المكانة

ب- خاص بمرضى الدياليز د الكرش
تأثير مرض الكلى على حياتك اليومية

❖ متضايق

❖ متضايق شوية

❖ متضايق متوسط

❖ متضايق بزاف

❖ متضايق بزاف كاع

تأثير مرض الكلى على الحياة اليومية

بعض الناس كاتمل من تأثيرات مرض الكلى على حياتهم اليومية

29- نقص السوائل

30- نقص الماكلة

31- القدرة دياك على الشقى فالدار

32- القدرة دياك على السفر

33- الاعتماد دياك على الأطباء و المساعدين دياهموم

34- القلق والضغط بسبب مرض الكلى

35- حياتك الجنسية

36- مظهرك الشخصي

❖ متضايق

❖ متضايق شوية

❖ متضايق متوسط

❖ متضايق بزاف

❖ متضايق بزاف كاع

شكرا لجوابك على الأسئلة



RÉSUMÉS



Résumé

L'évaluation de la qualité de vie est une nouvelle approche du malade en IRCT. Le but de ce travail est d'étudier la QV des patients par l'échelle KDQOL-SF 36 Tm et d'objectiver les facteurs influençant cette qualité.

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale réalisée entre Mars et Mai 2016 incluant 100 patients hémodialysés chroniques évalués par un questionnaire spécifique de la maladie rénale traduit et validé en arabe dialectale : KDQOL – SF36 Tm.

Les données sociodémographiques et cliniques susceptibles d'influencer la QV ont été recueillies à partir du dossier médical du patient.

La recherche des facteurs prédictifs de la QV a été réalisée par une analyse uni et multi variée.

L'âge moyen des patients était de 49,71 +/- 15,20 avec un sex ratio 0,9

Plus de 50% des patients n'ont pas eu leur baccalauréat et 54% sans emploi avec 34% ayant un emploi stable.

La néphropathie causale était indéterminée dans 50% des cas. La majorité des patients de notre étude avaient une HTA sous traitement (73%). Deux cas avaient un cancer connu. L'ancienneté moyenne en hémodialyse était de 8,34 +/- 6,07 ans et la majorité des patients bénéficiaient de 2 séances / semaine. La moitié de nos patients avaient une anémie et 39% des patients avaient une hyperparathyroïdie.

En analyse uni variée, l'étude comparative des différentes composantes du score a trouvé une association statistiquement significative entre la composante mentale du scoring et l'âge, le niveau d'étude, la qualité de dialyse (Kt/V) et taux sérique de la PTH>300pg. Par contre, l'ancienneté de la MR et l'anémie étaient associées à un poids plus important de la MR et à la composante physique.

En analyse multi variée, la présence de MCV a multiplié le risque de mauvaise QV sur le plan des symptômes et des conséquences de la MR et l'âge > 60 ans a multiplié le risque d'avoir une mauvaise QV. Au contraire, avoir une profession est un facteur de bonne QV sur le plan mental et l'ancienneté en HD > 5ans avait impacté positivement la QV sur le plan physique.

La QV est une notion complexe qui résulte d'une interaction de plusieurs composantes, ce qui explique la multiplicité des échelles et des scores d'évaluation.

Abstract

The evaluation of the quality of life is a new approach of the patient in IRCT. The aim of this work is to study patients QoL by the KDQOL-SF scale and to objectivate the factors influencing this quality.

This is a cross-sectional observational study conducted between March and May 2016, including 100. Evaluated by a specific kidney disease questionnaire translated into Arabic dialect: KDQOL – SF36.

The sociodemographic and clinical data likely to influence QoL were collected from the patient's medical file. The search for predictive factors of QoL was carried out by a uni and multi-varied analysis.

The mean age of the patients was 49.71 ± 15.20 with a sex ratio of 0.9

More than 50% of patients did not have their bachelor's degree and 54% were unemployed with 34% having a stable job.

Causal nephropathy was indeterminate in 50% of cases. The majority of patients in our study had HTA on treatment (73%). Two cases had known cancer. Average seniority in hemodialysis was 8.34 ± 6.07 years and the majority of patients had 2 sessions / week. Half of our patients had anemia and 39% of patients had hyperparathyroidism.

In a varied univariate analysis, the comparative study of different components of the score found a statistically significant association between the mental component of scoring and age, level of study, quality of dialysis (Kt / V), and PTH > 300pg. In contrast, seniority of KD and anemia were associated with a greater burden of KD and the physical component.

In multi-variate analysis, the presence of CVD increased the risk of poor QV in terms of symptoms and consequences of KD, and age > 60 years increased the risk of having poor QoL. Contrariwise, having a profession is a factor to have a good mental QoL and seniority in HD > 5 years had positively impacted QoL on the physical component.

QoL is a complex notion that results from an interaction of several components, which explains the multiplicity of scales and evaluation scores.

ملخص

إن تقييم جودة حياة مرضى القصور الكلوي هي مقارنة جديدة. يهدف هذا العمل إلى دراسة جودة حياة المرضى باستعمال سلم جودة حياة مرضى الكلى المزمن وتحديد العوامل المؤثرة في هذه الجودة.

هي دراسة رصدية مستعرضة ما بين مارس وماي 2016 ل 100 مريض بالقصور الكلوي المزمن بواسطة استمارة الاستبيان الخاصة بمرض الكلى ترجم وتم اعتماده للغة العربية الدارجة المغربية (جودة حياة مرضى الكلى - النسخة المختصرة 36).

تم جمع المعلومات السريرية والسوسيوديمغرافية من خلال ملفات المرضى التي من شأنها التأثير على جودة الحياة. العوامل المؤثرة في جودة الحياة تمت بتحليل أحادي ومتعدد المتغيرات.

متوسط عمر المرضى كان $49.71 + 15.20$ ومؤشر الجنس كان 0.9. أكثر من 50 في المئة من المرضى لم يحصلوا على البكالوريا و 54 في المئة بدون عمل فقط 34 في المئة بعمل قار.

في 50 في المئة من الحالات لم يحدد المسبب للقصور الكلوي. أغلب المرضى لديهم ارتفاع الضغط الدموي (73 في المئة). حالتين كان لديهم سرطان معروف. متوسط تصفية الدم كان $8,34 + 6,07$ سنة وأغلب المرضى يستفيدون من حصتين في الأسبوع. نصف المرضى لديهم فقر الدم و 39 كان لديهم ارتفاع في هرمون الغدة الجنب درقية.

في التحليل أحادي المتغير، دراسة مقارنة لمختلف مكونات السلم أوجدت علاقة إحصائية بين الحالة العقلية والعمر، المستوى الدراسي، جودة غسيل الكلى، والمعدل الدموي لهرمون الغدة الجنب الدرقية. على العكس قدم المرض الكلوي وفقر الدم كانت مرتبطة بتأثير أكبر للمرض الكلوي وبالجانب الجسدي،

في التحليل المتعدد المتغيرات، وجود أمراض القلب والشرابين ضاعف خطورة جودة حياة أقل على مستوى الأعراض، مضاعفات مرض الكلي والعمر فوق 60 سنة ضاعف خطورة جودة حياة أقل. على العكس، التوفر على العمل هو عامل جودة أحسن على المستوى النفسي وقدم غسيل الكلي أكثر من 5 سنوات أثر إيجابا على جودة حياة المرضى جسديا.

جودة الحياة هي مفهوم معقد وينتج عن تفاعل مجموعة من العوامل، مما يفسر كثرة السلاسل للتقييم.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Comparison of two national quality of life surveys for patients with end stage renal disease between 2005–2007 and 2011:**
Indicators slightly decreased. Davy Beauger, Ste´phanie Gentile, Christian Jacque linet, Bertrand Dussol, Serge Brianc ,on.
Néphrologie & Thérapeutique. 2015.
2. **Quality of Life in Chronic Kidney Disease (CKD): A Cross-Sectional**
Analysis in the Renal Research Institute-CKD Study. Rachel L. Perlman ,Fredric O. Finkelstein, Lei Liu, Erik Roys, Margaret Kiser, George Eisele, Sally Burrows-Hudson, Joseph M. Messana, Nathan Levin, Sanjay Rajagopalan, Friedrich K. Port, Robert A. Wolfe, Rajiv Saran. The National Kidney Foundation, Inc. 2005
3. **AP. Berger Oliveira, DB. Schmidt, TM. Amatneeks, JC.Dos Santos, LH. Raittz Cavallet, RB. Michel.**
Quality of life in hemodialysis patients and the relations hip with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. J Bras nephrol 2016 ; 38(4) : 411–420.
4. **S . Gentile, J-Ch. Delaroziere, C.Ferrandez, S. Tardair, B. devictor, B. Dussol, J-P Daurès, Y.Berlard, R. Sambuc.**
Qualité de vie et insuffisance rénale chronique terminale : le point sur les différents questionnaires existants.
Néphrologie 2003, Vol 24, N° 6 : 291–299.
5. **Registre de l'insuffisance rénale terminale**
La lettre de MAGREDIAL, édition n° 2005
6. **Société marocaine de néphrologie.**
Recommandations pour une stratégie globale de la prise en charge de l'IRCT 2005.
7. **CKD Awareness and Blood Pressure Control in the Primary Care**
Hypertensive Population. Maura Ravera, Giuseppe Noberasco, Ursula Weiss, MichelaRe, Anna Maria Gallina, Alessandro Filippi, RossellaCannavò, Giambattista Ravera, Claudio Cricelli, Giacomo Deferrari.
The national kidney foundition, Inc. 2010
8. **L.EL EMRANI, A. BENDRISS, M.SENHAJI.**
Assessment of health-related quality of life in the population of Tetouan (Morocco) using the SF-36: the influence of level of education and marital status.
International Journal of Innovation and Applied Studies ISSN 2028–9324 Vol. 7 No. 2 Aug. 2014, pp. 815–822.

9. **B. Boudida, H. Rhou , F. Ezaitouni , N. Ouzeddoun , R. Bayahia , K. Elhajji et al.**
Translation, Cultural Adaptation and Validation of the Kidney Disease Quality of Life Short Form 1.3 in an African Country.
Transplantation Proceedings, 46, 1295–1301 (2014).
10. **WHOQOL Group,**
« developpement of the WHOQOL rationale and current statut », International journal of mental health, n° 23, 1994, p. 24–56.
11. **Alain Leplège ;**
Mesure de santé perceptuelle et la qualité de vie : méthodes et applications. ESTEM, 2001, p333.
12. **Lin, X.-J., Lin, I.M., Fan, S.-Y (2012).**
Methodological issues in measuring health-related quality of life, Tzu-Chi Medical Journal, in press, corrected proof, p1.
13. **Pallini S., Bove G., &Laghi, F. (2011).**
Classification of professional values based on motivational content: an exploratory study on Italian Adolescents. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 44, 16–31.
14. **Néphrologie Vol 24, n° 6, 2003**
15. **Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS.**
The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. Med Care 1981; 19: 787–805.
16. **Ware JE Jr, Sherbourne CD.**
The MOS 36-item short-form health survey(SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30: 473–83.
17. **Hunt SM, McKenna SP, Williams J.**
Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems: A study of patients with osteoarthritis. J Epidemiol Community Health 1981; 35: 297–300.
18. **Anonyme.**
EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy 1990 ; 16: 199–208.

19. **Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB.**
Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument.
Qual Life Res 1994 ; 3 : 329–38.
20. **Wu AW, Fink NE, Cagney KA, Bass EB, Rubin HR, Meyer KB, Sadler JH, Powe NR.**
Developing a health-related quality-of-life measure for end stage renal disease: The Choice Health Experience Questionnaire.
Am J Kidney Dis 2001; 37 : 11–21.
21. **S. FUKUHARA, A.A. LOPES, J.BRAGG-GRESHAM, K. KUROKAWA, D.L. MAPES, T. AKIZAWA et al.**
Health-related quality of life among dialysis patients on three continents : the dialysis Outcomes and Practice Patterns Study.
Kidney international, vol. 64 (2003), pp, 1903–1910.
22. **Mingardi, G., Cornalba, L., Cortinovis, E., Ruggiata, R., Mosconi, P., & Apolone, G. (1999).**
Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group.
Nephrology, Dialysis, Transplantation, 14, 1503–1510.
23. **Afsar, B., Elsurur, R., Sezer, S., & Ozdemir, N. F. (2009a).**
Does metabolic syndrome have an impact on the quality of life and mood of hemodialysis patients.
Journal of Renal Nutrition, 19, 365–371. doi:10.1053/j.jrn.2009.01.016
24. **Álvares, J., Cesar, C. C., Acurcio, F. D. A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2012).**
Quality of life of patients in renal replacement therapy in Brazil: Comparison of treatment modalities.
Quality of Life Research, 21, 983–991.
25. **Hicks, L. S., Cleary, P. D., Epstein, A. M., & Ayanian, J. Z. (2004).**
Differences in health-related quality of life and treatment preferences among Black and White patients with end-stage renal disease. Quality of Life Research, 13, 1129–1138.
doi:10.1023/B:QURE.0000031350.56924.cc
26. **Kutner, N. G., Zhang, R., & Brogan, D. (2005).**
Race, gender, and incident dialysis patients' reported health status and quality of life.
Journal of the American Society of Nephrology, 16, 1440–1448.
27. **Caskey, F. J., Wordsworth, S., Ben, T., De Charro, F. T., Delcroix, C., Dobronravov, V., Van Hamersvelt, H., et al. (2003).** Early referral and planned initiation of dialysis: What impact on quality of life? Nephrology, Dialysis, Transplantation, 18, 1330–1338.

28. **Kao, T.-W., Lai, M.-S., Tsai, T.-J., Jan, C.-F., Chie, W.-C., & Chen, W.-Y. (2009).**
Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in northern Taiwan: A multicenter study.
Artificial Organs, 33, 61–68.
29. **Mingardi, G., L. Cornalba, et al., (1999).**
Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey.
Nephrology Dialysis Transplantation 14(6): 1503–1510.
30. **Lopes, A. A., J. L. Bragg-Gresham, et al., (2007).**
Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS.
Quality of Life Research 16(6): 1095–1095.
31. **Mujais, S. K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., Mendelssohn, D. C., et al. (2009).**
Health-related quality of life and hemoglobin levels in chronic kidney disease patients.
Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 4, 33–38.
32. **Plantinga, L. C., Fink, N. E., Jaar, B. G., Huang, I.-C., Wu, A. W., Meyer, K. B., & Powe, N. R. (2007).**
Relation between level or change of hemoglobin and generic and disease-specific quality of life measures in hemodialysis.
Quality of Life Research, 16, 755–765.
doi:10.1007/s11136-007-9176-6
33. **Chan, R., Brooks, R., Erlich, J., Gallagher, M., Snelling, P., Chow, J., & Suranyi, M. (2011).**
Studying psychosocial adaptation to end-stage renal disease: The proximal-distal model of health-related outcomes as a base model.
Journal of Psychosomatic Research, 70, 455–464. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.11.005
34. **Hansen, R. A., Chin, H., Blalock, S., & Joy, M. S. (2009).**
Predialysis chronic kidney disease: Evaluation of quality of life in clinic patients receiving comprehensive anemia care.
Research in Social & Administrative Pharmacy, 5, 143–153.
35. **Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G., & Humphreys, M. H. (2001).**
Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis.
Journal of the American Society of Nephrology, 12, 2797–2806.

36. **Spiegel, B. M. R., Melmed, G., Robbins, S., & Esrailian, E. (2008).**
Biomarkers and health-related quality of life in end-stage renal disease: A systematic review.
Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 3, 1759-1768.
doi:10.2215/CJN.00820208
37. **Ohri-Vachaspati, P., & Sehgal, A. R. (1999).**
Quality of life implications of inadequate eprotein nutrition among hemodialysis patients.
Journal of Renal Nutrition, 9, 9-13.
doi:10.1016/S1051-2276(99)90016-X
38. **Zabel, R., Ash, S., King, N., Juffs, P., & Bauer, J. (2012).**
Relationships between appetite and quality of life in hemodialysis patients.
Appetite, 59, 194-199.
39. **Campbell, K. L., Ash, S., & Bauer, J. D. (2008).**
The impact of nutrition intervention on quality of life in pre-dialysis chronic kidney disease patients.
Clinical Nutrition, 27, 537-544.
40. **Diaz-Buxo, J. A., Lowrie, E. G., Lew, N. L., Zhang, H., & Lazarus, J. M. (2000).**
Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients.
American Journal of Kidney Diseases, 35, 293-300.
41. **Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L., & Maltais, D. (2004).**
Multimorbidity and quality of life in primary care: A systematic review.
Health and Quality of Life Outcomes, 2, 51.
42. **M.B. CALLABAN, W. FUNK-SHRAG, L. HALL, D.L. MAPES, P. McKEVITT, A. MOLZABN et al.**
Measuring dialysis patients' health-related quality of life with the KDQOL-36Tm. (2012)
Medical Education Institute (608) 833-8033



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

جودة حياة مرضى تصفية الكلي المزمن

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/06/07
من طرف

السيدة ليلى والسايح

المزداة في 02 دجنبر 1990 بتيزنيت

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

جودة الحياة - تصفية الكلي المزمن - جودة حياة مرضى الكلي

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام {

إ. العواد

أستاذة في أمراض الكلي

و. فضيلي

أستاذة مبرزة في أمراض الكلي

ن. الزمراوي

أستاذ مبرز في أمراض الكلي

ن. عدلي

أستاذة مبرزة في أمراض الجهاز العصبي

السيدة

السيدة

السيد

السيدة