



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année 2022

N° : MS1802022

Mémoire de fin d'études

Pour l'obtention du Diplôme National de Spécialité
en : « Endocrinologie/Diabétologie et maladies métaboliques »

Intitulé

Evaluation de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2

Présenté par :

Docteur IHSSANE ABIDI

Sous la direction du :

Professeur HINDE IRAQI



قالوا سبحاننا لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم



سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ
الرَّحِيمِ

REMERCIEMENTS

A dieu

اللهم لك الحمد حتى ترضى و لك الحمد اذا رضيت و لك الحمد بعد الرضى

A ma très chère mère Mme NEZHA BELHAJ

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'amour que je vous porte. Vous êtes et vous serez toujours pour moi le symbole de L'honnêteté, de la gentillesse et de la simplicité. Que dieu tout puissant, vous protège et vous assure une bonne santé et longue vie.

A mon très cher père M. MOHAMMED ABIDI

Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection et de respect envers toi...

Que Dieu te protège et t'accorde santé et longue vie.

A MON AME SŒUR ET MARI : OUSSAMA BOUKARMA

Avec tout le respect, l'amour et la tendresse du monde je te remercie d'être toujours là pour

m'encourager et me soutenir.

A Mes sœurs et mon frère

Zineb, Abdelillah et Widad

*L'amour que je vous porte est sans égal... Votre soutien et vos encouragements
ont été d'un*

grand réconfort pour moi ...

Je vous dédie ce travail avec la plus grande reconnaissance

Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A RAHMA HONSALI

Une dédicace spéciale et un remerciement profond pour ton remarquable travail

*A MES CHERS PROFESSEURS : GHARBI MOHAMED HASSAN, IRAQI
HINDE*

et RIFAI KAOUTAR

*Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre soutien,
encouragements,*

et affection

A TOUS LES PATIENTS QUI ONT ACCEPTE DE FAIRE PARTIE DE NOTRE

ETUDE :

Je vous remercie infiniment

Sommaire

1-Introduction.....	1
2-Objectifs et type de l'étude	3
2-1. Objectif principal	3
2-2. Objectifs secondaires	3
2-3. Type de l'étude	3
3-Matériels et méthodes	4
4- Résultats.....	6
5-Discussion.....	10
6-Conclusion	13
7-Annexes.....	14
8-Résumé.....	15
9-Références.....	18

Liste des abréviations

ADDQoL	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life
ADS	Appraisal of Diabetes Scale
ADO	Antidiabétiques Oraux
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
AVC	Accident vasculaire cérébral
CT	Cholestérol Total
D-39	Diabetes-39
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DSQOLS	Diabetes Specific Quality of Life Scale
GAJ	glycémie à jeun
GH	General Health
HbA1c	hémoglobine glyquée
HDL	high-density lipoprotein
IDF	International Diabetes Federation
IDM	infarctus du Myocarde
IDPP4	inhibiteur de la Di-Peptidyl Peptidase 4

MCS	Mental Component summary scale score
MH	Mental Health
MOS	Medical Outcomes Study
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCS	Physical Component summary scale score
PF	Physical Functioning
QVLS	Qualité de Vie Liée à la Santé
RE	Role Emotional
RP	Role Physical
SF	Social Functioning
SF-12	12-Item Short Form Health Survey
SF-36	36-Item Short Form Health Survey
TG	Triglycérides
IMC	Indice de Masse Corporel
LDL	low-density lipoprotein

1-Introduction

Le DT2 est un problème majeur de santé publique, il est responsable d'une grande morbidité dans le monde. Au Maroc en 2016, 12% des décès totaux tous âges confondus sont dus au diabète [2]. Au Maroc la prévalence du diabète est forte ; cela a été objectivé dans l'étude STEO WISE en 2019 avec 10.6% d'atteinte chez les adultes de plus de 20 ans [39].

Il s'agit d'une pathologie accessible au dépistage qui s'avère indispensable pour une prise en charge précoce. Cette dernière permet de prévenir d'éventuelles complications en particulier les dégénératives qui font partie de l'histoire naturelle du diabète de type 2, et qui sont accélérées par le déséquilibre glycémique permanent.

La qualité de vie des patients diabétiques est étroitement liée aux complications, et au niveau d'acceptation de la maladie et de son traitement.

Cette qualité de vie a été définie par l'OMS en 1994 comme étant : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de 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 » [4].

Pas ailleurs, la qualité de vie liée à la santé est une entité qui est difficile à évaluer.

Les outils de mesure sont nombreux, particulièrement les questionnaires (génériques ou spécifiques) auto-administrés ou remplis lors d'un entretien par un professionnel de santé.

Les questionnaires génériques sont applicables à tous types de pathologies puisqu'ils donnent une estimation générale de leur qualité de vie liée par rapport au vécu et permettent ainsi de faire des comparaisons d'établir des hypothèses. Le plus utilisé est le MOS « Medical Outcomes Study » Short Form General Health Survey [6].

Les questionnaires spécifiques sont utilisés pour une évaluation plus précise de la qualité de vie des patients qui présentent une pathologie bien définie.

La qualité de vie des patients diabétiques de type 2 est un sujet peu étudié en Afrique. Cela justifie notre étude observationnelle portant sur 50 patients DT2 recrutés au niveau du centre médical des maladies non transmissibles Hay Ennahda II Extension III de Rabat ; Et dont l'objectif était d'utiliser ces questionnaires, spécifique au diabète « D-39 » et un autre générique « le « SF-12 » pour évaluer la qualité de vie de nos patients marocains diabétiques de type 2 .

2- Objectifs de l'étude

2-1/ Objectif principal :

- Utiliser les questionnaires D-39 spécifique au diabète et le SF-12 pour évaluer la qualité de vie de nos patients marocains diabétique de type 2 , en utilisant l'échantillon des patients reçus en consultation du centre ENNAHDA Rabat ; et de définir l'impact de leur diabète sur cette qualité de vie.

2-2/ Objectifs secondaires :

- Analyser des données cliniques, paracliniques et sociodémographiques, de nos patients diabétiques de type 2.
- Définir les facteurs qui ont un impact sur la qualité de vie des patients marocains diabétiques.

2-3/Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et analytique

3-Matériels et méthodes

Contexte de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et analytique, qui a comme objectif d'utiliser les questionnaires D-39 spécifique au diabète et le SF-12 pour évaluer la qualité de vie de nos patients marocains diabétique de type 2.

Cadre de l'étude : Le recrutement des patients a été fait en consultation spécialisée hebdomadaire au centre NAHDA par les médecins du service d'Endocrinologie et ceci du mois de Juin à décembre 2018. Un consentement signé et éclairé a été obtenu ; ensuite les questionnaires sont administrés chez les patients pour auto réponse pour les patients alphabètes. Dans le cas contraire, l'aide d'un personnel de santé ou d'un membre de la famille a été sollicité.

L'étape suivante était de rassembler les données cliniques, paraclinique et sociodémographiques à partir des questionnaires et du cahier d'observation. Elles ont été saisies sur le logiciel SPSS avec la version d'étude descriptive et analytique 23.

Participants :

Critères d'inclusion : age adultes, diabète type 2, suivis au centre Hay Ennahda, entre le janvier et juin 2018.

Critères d'exclusion : autres types de diabète, les décompensation métabolique aigue, troubles mentaux, les patients refusant de participer.

Nombre de patients : 50 patients

Variabes : les paramètres recueillis ont inclus l'âge, le sexe, l'ethnies, statut marital, nombre d'enfants, éducation, la profession, la couverture sociale, revenu du ménage, l'histoire du diabète et de sa prise en charge, les antécédents médicaux et le bilan métabolique et dégénératif récent.

Source de données : le recueil a été fait à partir des participants.

Collecte et analyse des données : la collecte et l'analyse des données a été faite à partir de deux questionnaires :

*** Auto-questionnaire générique : le SF-12**

Ce questionnaire est la version raccourcie du SF 36. Il a été validé par plusieurs organismes pour l'évaluation générique de la qualité de vie.

Sa version arabe est validé également dans plusieurs études.

***Auto-questionnaire spécifique : D-39 : Diabetes-39**

Le D-39 est un questionnaire spécifique au diabète que ça soit type 1 ou 2, et ceci pour une évaluation plus cibler de leur qualité de vie.

Biais : biais d'information chez les patients analphabètes.

Taille de la population d'étude : la taille de l'échantillon a été déterminée par le nombre des patients ayant satisfait aux critères d'inclusion sans avoir d'élément des critères d'exclusion.

Analyses statistiques :

- Pour l'analyses statistiques descriptive, nous avons utilisé :
 - Pour les variables qualitatives : Calcul des effectifs et des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives : Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes et médianes) et des mesures de dispersion (écart-type et interquartile)
- le logiciel SPSS version 23 est celui qui est utilisé dans notre étude avec un seuil de signification fixé à 0.05.

4- Résultats :

La taille de notre échantillon est de 50 sujets, constitué de 39 femmes (78%) et 11 hommes (22%). L'âge moyen est de 62.54 ± 7.55 ans, avec des extrêmes allant de 44 à 82 ans. 30 (soit 60%) de nos patients sont mariés. La moyenne d'enfants est de 3.82 ± 2.55 avec des extrêmes allant de 0 à 10 enfants.

Les patients analphabètes constituent 64% (32) et 46 (92%) des patients sont sans emploi. Pour la couverture sociale, 41 (82%) de nos patients en bénéficient, dont 38 sont affiliés au RAMED et 3 patients à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) alors que 9 (18%) n'ont pas de couverture sociale. Tous nos patients vivent en milieu urbain (100%).

L'évolution du diabète chez nos patients est en moyenne de 13.8 ± 8.15 ans soit un maximum de 36 ans et un minimum de 2 ans ; 26 de nos patients (52%) ne rapportent pas d'hypoglycémie, 13 de nos patients ressentent moins d'une hypoglycémie par semaine (26%) et 11 patients (22%) ressentent plus d'une hypoglycémie par semaine.

Pour les antécédents médicaux, l'hypertension artérielle est présente chez 30 (60%) de nos patients alors que 32 (64%) souffrent de dyslipidémie. 8 de nos patients sont tabagiques dont 6 (12%) sevrés, tous de sexe masculin. L'éthylisme ne concerne aucun de nos patients et le cannabisme 2 patients de sexe masculin (4%) dont un patient (2%) sevré.

Sur nos 50 patients, 34 (69,4%) ont des antécédents de diabète dans la famille (parents, frères et/ou sœurs), alors que 15 (30,6%) patients n'ont pas d'antécédents de diabète familial. L'hémoglobine glyquée de nos patients est en moyenne de 8.68 ± 1.8 % avec 22% des participants qui ont une valeur inférieure à 7%.

Le cholestérol total de nos patients est en moyenne de 2.17 ± 0.35 g/l, le cholestérol LDL de 1.36 ± 0.30 g/l, et le cholestérol HDL de 0.52 ± 0.09 g/l. Le taux de triglycérides est en moyenne de 1.58 ± 0.55 g/l.

Le DFG est supérieur à 60 ml/min/1,73m² chez 43 patients (86%) contre 6 patients (12%) qui ont une insuffisance rénale.

La complication micro-angiopathique la plus fréquente est la rétinopathie avec 30% des participants

, 18% ont une néphropathie, et 20% présentent une neuropathie avec un score DN4 supérieur à 4.

L'accident vasculaire cérébral, n'a été trouvé chez aucun des participants alors que l'infarctus du myocarde est retrouvé chez 4 patients. Concernant AOMI 12 (24%) des participants ne pouvant marcher au-delà de 200m sans s'arrêter, et 38 ayant un périmètre de marche supérieur à 200m.

L'auto surveillance glycémique est faite par 2 de nos patients (4%).

La prise en charge de nos patients est multidisciplinaire. Le traitement du diabète est basé sur l'adoption d'un mode de vie sain avec un traitement médical ;14 (28%) des patients sont sous ADO uniquement, 5 sont sous association ADO et de l'insuline lente, et 32 (64%) sous insuline avec ou sans metformine.

Les dépenses pour le traitement sont moins de 300 DH par mois pour 86% des patients, contre 12% qui dépassent 300DH.

Nos résultats ont pu montrer une association significative entre la qualité de vie de nos patients et le sexe ($p=0,007$, et $p=0,012$), le statut marital ($p=0,006$), l'ethnie ($p=0,04$ et $p=0,01$), les comorbidités ($p= 0,01$ et $p=0,01$) , les autres antécédents médicaux ($p=0,04$ et $p=0,07$), l'indice de masse corporelle (IMC)($p=0,004$ et $p= 0,02$), la neuropathie diabétique ($p=0,02$ et $p=0,04$) et l'AOMI ($p=0,02$ et $p=0,009$), la prise d'antihypertenseurs ($p=0,02$), de statine ($p=0,01$), d'aspirine ($p=0,02$ et $p= 0,04$), ainsi que la prise d'autres traitements ($p=0,005$ et $p=0,003$).

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de l'influence des différents paramètres étudiés sur la qualité de vie des patients DT2

En P :	SF-12		Diabetes- 39				
	MCS	PCS	Energie et mobilité	Contrôle du diabète	Anxiété et inquiétude	Limites sociales	Activité sexuelle
Sexe	0.51	0.61	0.15	0.69	0.57	0.75	0,00
Age	0.23	0.99	0.90	0.10	0.27	0.14	0.64
Ethnie	0.20	0.25	0.20	0,04	0,01	0.26	0.78
Statut marital	0.72	0.27	0.22	0.31	0.28	0.45	0,006
Nombre d'enfants	0.84	0.88	0.36	0.85	0.06	0.93	0.42
Education	0.76	0.052	0.36	0.12	0.051	0.19	0.36
Profession	0.26	0.40	0.94	0.30	0.12	0.62	0.47
Couverture sociale	0.42	0.92	0.51	0.43	0.09	0.27	0.24
Ancienneté (années)	0.23	0.61	0.30	0.26	0.19	0.15	0.25
Nombre d'hypoglycémie par semaine	0.53	0.36	0.35	0.30	0.81	0.47	0.30
Comorbidité : HTA	0.52	0,01	0.08	0.30	0.42	0.50	0.48
Comorbidité : dyslipidémie	0.43	0,01	0.17	0.58	0.30	0.92	0.57
Hérédité diabétique de type 2	0,01	0.53	0.72	0.67	0.63	0.42	0,01
Autres antécédents médicaux	0.14	0.17	0,04	0.46	0.41	0,07	0.16
IMC (kg/m ²)	0.75	0,004	0,02	0.36	0.90	0.32	0.46
GAJ (g/dl)	0.36	0.59	0.97	0.53	0.68	0.51	0.45
HbA1c (%)	0.67	0.75	0.76	0.35	0.97	0.40	0.21
Hypercholestérolémie (g/l)	0.86	0.45	0.75	0.15	0.53	0.30	0.63
Hypertriglycéridémie (g/l)	0.26	0.41	0.80	0,03	0.80	0.83	0.07
Débit de filtration glomérulaire (ml/min/1.73m ²)	NE	NE	0.55	0.97	0.64	0.95	0.06

Albuminurie
(mg/24h)

NE

NE

| 0.97

0.52

0.99

0.51

0.55

Rétinopathie diabétique	0.83	0.80	0.86	0.43	0.76	0.81	0.41
Néphropathie diabétique	0.98	0.06	0.31	0.69	0.71	0.83	0.36
Neuropathie diabétique	0,02	0.11	0.30	0,04	0.25	0.31	0.34
IDM	0.68	0.81	0.57	0.66	0.83	0.56	0.10
AOMI	0.10	0,02	0,009	0.67	0.75	0.64	0.87
Auto-surveillance glycémique par mois	0.70	0.45	0.25	0.55	0.42	0.98	0.76
Traitement médical	0.71	0.16	0.19	0.87	0.92	0.65	0.57
Nombre de comprimés et/ou sachets par jour	0.53	0.69	0.71	0.72	0.13	0.99	0.87
Nombre d'injection par jour	0.69	0.23	0.27	0.85	0.98	0.65	0.20
Anti-HTA	0,02	0.21	0.96	0.13	0.06	0.15	0.44
Statine	0.24	0,01	0.18	0.91	0.68	0.68	0.20
Aspirine	0.30	0.46	0.91	0,02	0.06	0,04	0.58
Autres traitements	0.20	0,005	0,003	0.27	0.58	0.29	0.07
charge moyenne financière du traitement par mois (DH)	0.13	0.56	0.76	0.48	0.45	0.19	0.15

5-Discussion :

L'évaluation de la qualité de vie (QDV) est un paramètre important à prendre en considération dans la prise en charge des maladies chroniques. Il s'agit d'un concept lié à la santé qui s'est développé en médecine qu'en 1980, et qui a suscité lors des 2 dernières décennies l'intérêt des praticiens. Le diabète étant la maladie chronique la plus répandue mondialement, le QDV représente un point de recherche d'actualité. Chez nos patients diabétiques marocains, ce concept a été peu évalué d'où l'intérêt de notre travail. A savoir que cette évaluation est difficile à obtenir puisqu'il s'agit d'un concept subjectif. La qualité de vie des patients diabétiques est globalement plus altérée que dans la population générale sans maladie chronique dans toutes les études qui sont faites dans ce sens. Concernant notre travail, les résultats seront discutés en fonction des paramètres étudiés :

La qualité de vie n'est pas liée au sexe dans notre étude, sauf pour le paramètre de l'activité sexuelle du D-39 où il est en faveur des femmes. Contrairement aux études au Pays-Bas, en Grèce, et en France [33, 34, 38].

L'âge n'a pas de lien significatif avec la qualité de vie de nos patients, A savoir qu'uniquement 8% de nos patients ont un âge supérieur ou égal à 75 ans. Dans la littérature l'âge avancé affecte significativement la qualité de vie [33, 34, 37, 38]. Cependant, les sujets âgés développent pathologies avec la dégénérescence physiologique qui peuvent expliquer également ce lien.

Concernant le statut marital de nos patients , le D-39 a objectivé une meilleure qualité de vie dans sa dimension sexuelle pour les participants non mariées. Ce résultat peut avoir un lien avec notre société qui classe le sujet de la sexualité comme tabou. Ce résultat est discordant avec d'autres études (Grèce et France) où vivre seul altère la qualité de vie.

L'ethnie affecte positivement la qualité de vie chez nos patients, en effet les patients d'origine berbère ont un meilleur contrôle du diabète et moins d'anxiété et d'inquiétude que les patients d'origine arabe. La culture berbère adopte probablement un mode d'alimentation plus sain et une meilleure adhérence au traitement.

Dans notre étude, nous n'avons pas objectivé un lien significatif entre la qualité de vie et le niveau d'éducation de nos patients. Alors que dans la littérature ce lien est significatif et il est expliqué par une meilleure compréhension de la maladie chez les lettrés dans l'étude de B. SENER en France. [34, 36, 38].

Par ailleurs, il n'existe pas de lien significatif entre l'ancienneté du diabète et la qualité de vie ce qui rejoint les résultats de B. Senez En France [38] et de Andrzej M. Fal en Pologne [35].

L'hypoglycémie chez nos patients, n'est pas liée à leurs qualités de vie ; toutefois, il faut mentionner que nos patients ne faisaient pas d'auto-mesure glycémique, et que le diagnostic d'hypoglycémie reposait sur la symptomatologie clinique. Contrairement à une étude réalisée aux Etats Unis qui a démontré que l'hypoglycémie a un impact négatif sur la qualité de vie globale, la productivité au travail et l'adhésion aux médicaments. La qualité de vie des diabétiques s'altère chez les patients ayant une hypoglycémie récente et elle s'altère d'avantage avec le temps [38].

Les comorbidités (HTA et dyslipidémie) altère de façon significative la qualité de vie physique, selon le SF-12, ce qui correspond aux résultats de la littérature. [34, 36].

L'hérédité diabétique a une influence significative positive sur la qualité de vie contrairement à la présence d'autres antécédents médicaux en particulier l'obésité dans la dimension de l'énergie et la mobilité, ce qui est concordant avec la littérature [33, 35, 38].

Nous n'avons pas objectivé de lien entre l'HbA1c et la qualité de vie de nos patients contrairement à la littérature. [37,38].

Dans notre étude, seules la neuropathie diabétique et l'artériopathie oblitérante des membres inférieures affectent la qualité de vie de nos participants. Alors que l'ensemble des complications dégénératives ont impacté la qualité de vie des patients diabétiques et spécialement et par ordre de fréquence la rétinopathie diabétique et l'infarctus du myocarde. [34, 38].

L'insuline n'a pas de lien avec la qualité de vie dans notre étude comme pour l'étude de Pologne [35], contrairement au France et au Pays bas où l'insuline a un effet négatif sur la qualité de vie [33, 38].

L'auto-surveillance glycémique n'a pas de lien avec la qualité de vie chez nos participants, comme pour A. Papadopoulos en Grèce [35] et B. Senez en France [38] ; ce résultat est du probablement au manque de moyens financés pour permettre des mesures pluriquotidiennes.

La prise d'antidiabétiques oraux chez nos patients n'a pas d'effet négatif sur la qualité de vie comme plusieurs études [37, 38], alors qu'elle a même un effet positif sur la qualité de vie pour les domaines environnementaux et somatiques dans l'étude de Andrzej M. Fal en Pologne.

Les points forts de notre étude : l'utilisation d'un questionnaire spécifique au diabète "le Diabetes-39", combiné à un questionnaire générique de la qualité de vie "le SF-12". La sélection des malades en ambulatoire et non pas en situation aigüe qui pourraient éventuellement avoir des répercussions sur notre évaluation.

Les limites de notre étude sont principalement représentées par son caractère transversal et la taille réduite de notre échantillon.

6- Conclusion

Le diabète de type 2 a un impact sur le bien-être physique et psychologique des patients. Il peut être responsable de complications dégénératives vasculaires macro ou micro-angiopathiques qui nuisent à la qualité de vie. Il constitue par ses complications chroniques, aiguë et son retentissement psychologique un fardeau pour les individus et la société en termes de morbidité et des coûts financiers.

Notre travail a permis d'évaluer la qualité de vie des patients diabétiques de type deux à l'aide des questionnaire générique "SF-12" et spécifique "Diabetes39", afin de déterminer les facteurs sociodémographiques, cliniques et paracliniques qui ont un lien avec leur qualité de vie.

Les résultats de notre étude ont montré que le diabète affecte négativement la qualité de vie des patients diabétiques d'une façon globale et cela dans la dimension sociodémographiques et pathologique (comorbidité, obésité, complications chroniques et dégénératives).

Concernant l'âge, la couverture sociale, l'éducation, l'ancienneté du diabète, les hypoglycémies, l'hémoglobine glyquée, le DFG, la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique, l'IDM, l'auto- surveillance glycémique et le traitement par insuline et/ou ADO, nous n'avons pas objectivé de lien statistiquement significatif avec la qualité de vie chez nos patients.

Cette étude a apporté beaucoup de données sur la qualité de vie de nos patients diabétiques de type deux ; Néanmoins, un échantillon plus grand pourra nous donner une analyse plus approfondie des facteurs qui l'influencent dans la perspective de mieux traiter le diabète et prévenir ses complications chronique.

7- Annexes

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Qu'est ce qui est connu sur ce sujet

La qualité de vie des sujets diabétiques est moins que les sujets non diabétiques. Plusieurs paramètres interviennent dans la détermination de la qualité de vie des sujets diabétiques.

Qu'est-ce que votre étude apporte de nouveau

Notre travail a permis d'évaluer la qualité de vie des patients diabétiques marocains et de déterminer certains facteurs qui l'influence.

Tableaux et figures :

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de l'influence des différents paramètres étudiés sur la qualité de vie des patients DT2

8- Résumé

Introduction :

Le diabète est une pathologie métabolique chronique et évolutive. Il constitue un problème majeur de santé publique, par sa grande morbi-mortalité dans le monde et au Maroc.

Méthodes :

Notre étude a permis d'utiliser les questionnaires D-39 spécifique au diabète et le SF-12 pour évaluer la qualité de vie de nos patients marocains diabétiques de type 2, en utilisant l'échantillon des patients reçus en consultation du centre ENNAHDA Rabat ; et de définir l'impact de leur diabète sur cette qualité de vie.

Résultats :

Les résultats de notre étude ont montré que le diabète a un impact négatif sur la qualité de vie de nos patients diabétiques marocains d'une façon globale et cela dans la dimension sociodémographiques et pathologique (comorbidité, obésité, complications chroniques et dégénératives).

Discussion :

A la différence de la littérature, Concernant l'âge, la couverture sociale, l'éducation, l'ancienneté du diabète, les hypoglycémies, l'hémoglobine glyquée, le DFG, la rétinopathie diabétique, la néphropathie diabétique, l'IDM, l'auto-surveillance glycémique et le traitement par insuline et/ou ADO, nous n'avons pas objectivé de lien statistiquement significatif avec la qualité de vie chez nos patients.

Conclusion :

Cette étude pilote introduit la question de la qualité de vie des personnes diabétiques à Rabat. Néanmoins, un échantillon plus grand pourra nous donner une analyse plus approfondie des facteurs qui influencent cette qualité de vie, dans la perspective de mieux traiter le diabète et prévenir ses complications chroniques.

Mots clés : diabète, questionnaires, qualité de vie.

Abstract

Introduction:

Diabetes is a progressive and severe chronic metabolic disease. It is a major public health problem, responsible for a high morbidity and mortality rate in the world and in Morocco.

Methods:

Our study made it possible to use the D-39 questionnaires specific to diabetes and the SF-12 to assess the quality of life of our Moroccan patients with type 2 diabetes, using the sample of patients received in consultation at the ENNAHDA Rabat center; and to define the impact of their diabetes on this quality of life.

Results:

The results of our study showed that diabetes negatively affects the quality of life of diabetic patients in a global way and that in the sociodemographic and pathological dimension (comorbidity, obesity, chronic and degenerative complications).

Discussion:

Unlike the literature, concerning age, education, social coverage, seniority of diabetes, hypoglycaemia, HbA1c, GFR, diabetic retinopathy and nephropathy, IDM, self- glycemic monitoring and treatment with insulin and/or ADO, we have not objectified a statistically significant link with the quality of life in our patients.

Conclusion:

This pilot study introduces the question of the quality of life of people with diabetes in Rabat. Nevertheless, a larger sample could give us a more in-depth analysis of the factors that influence this quality of life, with a view to better treating diabetes and preventing its chronic complications.

Key words : diabetes, questionnaires, quality of life.

ملخص

مقدمة

يعتبر الداء السكري مرضا استقلابيا مزمنا وخبما ذي تطور متفاقم، ويعد إشكالا كبيرا في الصحة العمومية مسؤولا عن مراضة ووفيات كبيرة في العالم وفي المغرب

الوسائل

نقدم في عملنا 50 مريضا بالداء السكري من النوع 2، يتابعون على مستوى المركز الطبي للأمراض الغير منقولة حي النهضة 2 ملحقة 3 بالرباط

النتائج

على اختلاف المراجع، توجد خصائص سوسيواقتصادية (السن، والمستوى التعليمي، و النشاط المهني، و أخرى مرتبطة بالداء السكري (أقدمية المرض و التوازن السكرمية) و كذلك التدبير العلاجي الذي لا يغير من جودة الحياة في دراستنا، وهو ما يمكن تفسيره بحجم العينة الدراسية

المناقشة

بينت النتائج من جهة أولى أن الداء السكري يؤثر سلبا على جودة حياة المرضى، إضافة إلى عوامل مصاحبة متعددة أخرى من جهة ثانية : كالعوامل المرتبطة بالخصائص السوسيوديموغرافية (الجنس و العرق والحالة العائلية)، والمراضات المصاحبة (ارتفاع الضغط الشرياني و خلل استقلاب الشحوم والمرتبكة بالداء السكري نفسه (السمنة)، و المضاعفات المزمنة التتكسية (العصاب السكري و اعتلال الشرايين المُسَدِّ للأطراف السفلى

خلاصة

يمكن اعتبار هذه الدراسة التمهيدية دراسة تجريبية تقدم مسألة نوعية حياة مرضى السكري في الرباط سيستمر الحصول على عينة أكبر من أجل دراسة خصوصيات المرضى المغاربة في هذا المجال بشكل أفضل

الكلمات المفتاحية

الداء السكري، استبيان، جودة الحياة

9-Références

- [1] WHO. Rapport mondial sur le diabète. 2016. <http://www.who.int/diabetes/global-report/fr>.
- [2] WHO Diabète:Profils des pays en 2016. 2016.http://www.who.int/diabetes/countryprofiles/mar_fr.pdf?ua=1
- [3] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. <http://www.diabetesatlas.org>
- [4] W.Group, Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *Int J Ment Health*. 1994 Sep 1;23(3):24–56.
- [5] M.Groot, Can lifestyle interventions do more than reduce diabetes risk? Treating depression in adults with type 2 diabetes with exercise and cognitive behavioral therapy. *Curr Diab Rep*. 2012 Apr;12(2):157–66.
- [6] R.Richard, Quality of Life and Diabetes. *DIABETES/METABOLISM RESEARCH AND REVIEWS*. 1999 (15): 205- 218
- [7] U.Bott, Validation of a diabetes-specific quality-of-life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 1998 May;21(5):757–69.
- [8] D.Wild, Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2005 Apr;8(2):94–104.
- [9] JE.Ware, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473–83.
- [10] J.Ware J, A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996 Mar;34(3):220–33.

- [11] B.Gandek, Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):1171–8.
- [12] A.Ware, “A 12-item short form health survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity”. *Med care*; 34:220-233. 1996.
- [13] SK. Gandhi, “Psychometric evaluation of the 12-item short-form survey (SF12) in osteoarthritis and rheumatoid arthritis clinical trials”. *Clinical Therapeutics*; 23: 1080 – 1098, 2001.
- [14] M. Hicham Sehli. « Adapation transculturelle du questionnaire SF-12 » Thèse doctorat médecine, Fès. 2009.
- [15] AM.Jacobson, The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care.* 1994 Apr;17(4):267–74.
- [16] TS.Tang, Assessing quality of life in diabetes: II - Deconstructing measures into a simple framework. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Apr; 126:286–302.
- [17]. Y.El Achhab , Disease-specific health-related quality of life instruments among adults diabetic: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008 May;80(2):171–84.
- [18] K. Watkins, Measurement of health-related QOL in diabetes mellitus. *PharmacoEconomics.* 2004;22(17):1109–26.
- [19] YS.Khader, The Arabic version of Diabetes-39: psychometric properties and validation. *Chronic Illn.* 2008 Dec;4(4):257–63.
- [20] ADDQoL: Audit of Diabetes Dependent Quality of Life - 19 Items. *Health Psychology Research.*
- [21] M. Garratt, and R. Fitzpatrick. “Patient-Assessed Health Outcome Measures for Diabetes: A Structured Review.” *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association* 19, no. 1: 1–11. January 2002.

- [22] I-Chan Huang, “Diabetes-Specific or Generic Measures for Health-Related Quality of Life? Evidence from Psychometric Validation of the D-39 and SF-36.” *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 11, no. 3. June 2008.
- [23] S.Yousef, The Arabic version of Diabetes-39: psychometric properties and validation. *Chronic illness*; 2008 (4): 257-263
- [24] J.Ware, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30: 473–483.
- [25] M.Melville, Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. *Heart* 2003; 89: 1445–1446.
- [26] S.Coons, Reliability of an Arabic version of the RAND- 36 health survey and its equivalence to the US-English version. *Med Care* 1998; 36: 428–432.
- [27] K.Sheikh, Reliability and validity of the Arabic version of the SF-36 health survey questionnaire in population of Khat Chewers-Jazan region-Kingdom of Saudi Arabia. *Appl Res Qual Life* DOI: 10.1007/s11482-013-9291-1, erratum in *Appl Res Qual Life* 2013; 10: 203.
- [28] Queiroz, “Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Instrument Diabetes - 39 (D-39): Brazilian Version for Type 2 Diabetes Mellitus Patients - Stage 1.” *Revista Latinoamericana De Enfermagem* 17, no. 5. October 2009.
- [29] Zulian, “Diabetes 39 brazil (2).” *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS* 34, no. 3. September 2013.
- [30] A. Khanna, “Hemoglobin A1c improvements and better diabetes-specific quality of life among participants completing diabetes selfmanagement programs: A nested cohort study”. *Health and Quality of Life Outcomes* 10. 2012
- [31] L.C Juan Manuel, “Adaptation and validation of quality of life instrument Diabetes 39 for Mexican patients with type 2 diabetes mellitus”. 2006.

- [32] H. Azanmasso, “Qualité de vie des patients diabétiques en Afrique: à propos d’une étude bi-centrique”. Octobre 2015 - Vol. 9 - N°6.
- [33] W. KEN REDEKOP, “Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes”. DIABETES CARE, VOLUME 25, NUMBER 3, MARCH 2002.
- [34] A. Angelos. “Predictors of health-related quality of life in type II diabetic patients in Greece”. BMC Public Health 2007, 7:186.
- [35] M. Andrzej “Type 2 diabetes quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic medication”. 2010.
- [36] C. Marcel “The impact of comorbid chronic conditions on quality of life in type 2 diabetes patients”. Qual Life Res (2016) 25:175–182.
- [37] K. Athanasia, “Diabetes-dependent quality of life (ADDQOL) and affecting factors in patients with diabetes mellitus type 2 in Greece”. Papazafiropoulou et al. BMC Res Notes (2015) 8:786.
- [38] B. Senez, “Évaluation de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 en médecine générale”. Presse Med 2004; 33: 161-6.