

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique



CHU Tlemcen-service de médecine interne

Chef de service Pr.A.LOUNICI

Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du Diplôme de Docteur
en médecine

Thème

Qualité de vie et diabète

Présenté par : FEHAIMA Sarra

Encadré par : Dr.M.A.GHEMBAZA

Année universitaire : 2016-2017

Remerciements

- Grace au bon Dieu « ELHAMDOULLAH ».
- Grace à mes chers « ma mère et mon père » ; à eux et à ma chère sœur Imène et chères trois frères Yassine, Zakaria et Ali merci pour l'encouragement et le soutien physique et mental.
- A mon professeur A.LOUNICI chef de service de médecine interne.
- A Dr. M.A.GHEMBAZA maitre assistant en médecine interne.

Je vous remercie tous

RESUME

La qualité de vie devient maintenant un enjeu majeur dans le domaine de la santé, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté médicale de connaître la manière dont le patient vit sa maladie.

Le diabète est une maladie chronique qui affecte la qualité de vie des patients, d'où on a fait cette étude pour évaluer la QDV liée à la santé des 106 patients diabétiques type 1 et 2 suivis au sein de notre service, hospitalisés ou venant pour control annuel au sein d'unité d'exploration

Cette qualité de vie liée à la santé est influencée par plusieurs paramètres et variables, soit se sont des paramètres liés au patients lui même soit a sa maladie diabétique.

Il s'agit d'une étude transversale menée au service de médecine interne, de mois de septembre 2016 au mois de mars 2017. La population étudiée ont été recueillis les variables sociodémographiques, ainsi des paramètres liés au diabète (type, ancienneté, complications dégénératives, comorbidité, traitement antidiabétique).

Pour cette évaluation on a choisi un questionnaire pratique, c'est l'EQ5D (euro-qol 5 dimensions), qui mesure 5 dimension d'état de santé : la mobilité, l'autonomie, l'activité courante, la douleur et l'anxiété/dépression. On a évalué et interprété ce questionnaire selon un score de l'état de santé dont 1 est la meilleure qualité de vie et 0 est la mauvaise qualité. Mais on peut avoir des valeurs négatives marquant les qualités de vie les plus médiocres dont les études française les considèrent comme un état de santé pire que la mort⁽¹⁶⁾.

Notre étude a intéressé 106 patients (70 femmes et 36 hommes) l'âge moyen est de 54.13 ± 17.93 , 65.09% étaient mariés et 76.41% étaient d'origine urbaine, 67.92% étaient sans emploi.

La moyenne d'ancienneté de diabète était avec des extrêmes allant de 2 mois 0 26 ans, la majorité de nos patients avaient des maladies associées (55.66%), 21.69% avaient des complications dégénératives, 33.01% étaient sous insuline, 34.90% sous ADO, 30.14% sous association insuline /ADO et seulement 1.8% (2 patients) étaient sous régime seul, comme on les a considéré comme sous ADO puisque le pas prochain de la démarche thérapeutique était de les mettre sous ADO).

Cette étude a objectivé une influence et une relation entre le score d'état de santé et situation maritale ($P= 0.042$). La comorbidité ($P=0.028$), Complications dégénératives ($P= 0.018$) tandis que score d'état de santé n'est pas influence par l'âge le sexe, la situation professionnelle, l'origine urbaine ou rurale, le type de diabète, l'ancienneté, le traitement anti diabétique.

Concernant les 05 dimensions de questionnaire EQ5D elles sont différemment influencées par les variables liées au patient et sa maladie diabétique.

La mobilité est influencée par le sexe ($P=0.01$), par la situation maritale ($P= 0.01$), l'activité professionnelle ($P=0.003$), très influencées par l'âge ($P=0$), le type de diabète ($P=0$), la comorbidité ($P=0$), elles ne sont pas influencées par l'origine ($p=0.86$), par l'ancienneté ($P=0.3$), le traitement de diabète.

L'autonomie a une relation avec la comorbidité ($P=0.017$), l'existence des complications dégénératives ($P=0$), les autres paramètres de l'EQ5D n'ont pas d'influence sur l'autonomie.

L'activité courante dépend du sexe ($P =0.01$), par la situation maritale ($P=0.02$), l'activité professionnelle ($P=0.006$), La comorbidité ($P=0.008$), l'existence des complications dégénératives ($P=0.002$), la douleur et le gène sont influencées par le sexe ($P=0.01$), la situation maritale ($P=0.01$), l'activité professionnelle ($P=0.03$), l'âge ($P=0.009$), le type de diabète ($P= 0.005$), la comorbidité ($P=0.013$).

L'anxiété /dépression n'est influencée d'aucun paramètre, elle est marquée chez tous les patients de notre échantillon.

Notre étude a mis en évidence que Certains Paramètre comme la situation maritale, l'existence des maladies associées et les complications dégénératives altèrent significativement la qualité de vie de nos patients, tandis que certaines variables liées au patient ou de sa maladie altèrent certaines dimensions de la qualité de vie. L'activité courante, l'âge altère de manière très significative la perception de la qualité de vie de nos malades soit par la survenu d'affections diverses indépendantes de la maladie diabétique soit l'âge dégrade la qualité de vie par lui-même, chose décrite dans des différentes études.

Les patients mariés sont des patients qui ont une qualité de vie bonne que les patients ayant perdus leurs conjoints, de même pour les patients qui sont fonctionnaires ; souffrent moins de

problème dans leurs mobilité et autonomie et activité courante, l'origine n'a pas lien dans la perception de la qualité de vie.

Concernant le type de diabète, les diabétiques type 1 souffrent moins de problème de mobilité, d'autonomie ou de douleur, mais souffrent des problèmes psychiques tandis que les diabétiques type 2 souffrent des problèmes qui touchent les 05 dimensions de l'état de santé.

Ça peut être expliqué par le jeune âge chez le diabétique type 1 et la survenue brutale contrairement au diabétique type 2 dont l'installation est insidieuse où le diabète a déjà commencé ces dégâts et causé ses conséquences de même pour l'ancienneté de diabète, les patients avec un diabète ancien ont une QdV plus altérée qu'un diabète récent.

L'existence d'une maladie associée altère aussi la QdV de nos patients, comme l'HTA que notre étude a relevé quel existe chez 42.45% des patients diabétiques, c'est un facteur qui altère la qualité de vie, en plus de la maladie diabétique nos patients se trouve devant une polymédication et des prise en charge et des consultations en plus.

Concernant le traitement antidiabétique, lorsque le patient arrive à un point de se traiter avec les ADO +insuline, donc il a des problèmes extrêmes, et il a nécessité plus de soins que d'habitude, 87.9% des patients sous ADO/ insuline souffrent des douleurs dont 21.2% ont des douleurs permanente.

Les complications dégénératives de diabète altèrent de façon très significative la qualité de vie des patients, les AVC, la cécité, les amputations et l'IDM qui limite le patient dans sa mobilité, son autonomie et ses activités courantes.

Pour améliorer la qualité de vie de nos patients il faut un diagnostic précoce, une prise en charge multiple, des contrôles étroits et réguliers, un suivi de près et une éducation thérapeutique des patients et de son entourage, et surtout le respect des mesures hygiéno-diététiques.

Plan

Résumé	4
Introduction	10
PREMIERE PARTIE : QUALITE DE VIE ET DIABETE	12
Prévalence de diabète	12
Diabète et critères diagnostiques	14
1. Définition de diabète	14
2. Critères diagnostiques	14
3. Classification et étiologie de diabète	14
Problème de santé chez le diabétique	16
1. Introduction	16
2. Problèmes organiques	16
3. Problèmes psychologiques	18
Etat de santé et qualité de vie	19
1. Définition de l'état de santé	19
2. Définition de la qualité de vie	19
3. Qualité de vie et moyens de mesure	19
➤ Dimension de la qualité de vie	20
➤ Moyens de mesure	20
➤ Conditions d'utilisation des instruments de mesure de la qualité de vie dans une population	20
➤ Outils de décision	21
➤ Exemples d'instruments génériques	21
➤ Exemples d'instrument spécifiques	21

DEXIEME PARTIE : ETUDE PRATIQUE

But de l'étude	23
Matériels et méthodes	24
1. Type de l'étude	25
2. Patients	25
3. Les données socio-cliniques	25
4. Instruments de mesure	25
5. Valorisation de l'EQ5D	26
6. Analyse statistique	27
Résultats	28
1. Description de la population	29
a- Données sociodémographiques	29
b- Données liées à la maladie diabétique	32
2. Qualité de vie des patients selon l'EQ5D	37
a- Evaluation du score d'état de santé	37
b- Evaluation de la mobilité	37
c- Evaluation de l'autonomie	38
d- Evaluation de l'activité courante	38
e- Evaluation de la douleur/gène	38
f- Evaluation de l'anxiété/dépression	38
3. Qualité de vie liée à la santé et différents paramètres liés au patient et à sa maladie diabétique	41
A- association des paramètres sociodémographique à la qualité de vie	
1. sexe du patient et QDV	41
2. âge et QDV	42
3. situation maritale et QDV	43
4. origine et QDV	43
B- association des paramètres liés au diabète et QDV	58
1. type de diabète et QDV	58
2. ancienneté de diabète et QDV	58

3. complications dégénératives et QDV	59
4. comorbidité et QDV	59
5. traitement antidiabétique et QDV	60
DISCUSSION	75
1. Evaluation de la qualité de vie chez le diabétique	75
A-Pourquoi évaluer la qualité de vie	76
B-Choix de questionnaire	77
C- Limite de l'étude	78
2. association paramètres sociodémographique et QDV	78
a. sexe et QDV	78
b. l'âge et QDV	79
c. situation maritale et QDV	80
d. origine et QDV	81
3. association des paramètres liés au diabète à la QDV	81
a. type de diabète et QDV	81
b. ancienneté de diabète et QDV	81
c. complications dégénératives et QDV	82
d. comorbidité et QDV	82
e. Traitement antidiabétique et la QDV	83
4. Comment peut tant améliorer la qualité de vie de nos patients	83
a. Améliorer la prise en charge thérapeutique	83
b. Rôle de l'éducation thérapeutique	84
c. Relation médecin-malade et rôle de psychologue	85
Conclusion	86
Références bibliographiques	87

Introduction :

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'augmentation de l'exposition aux facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité, précarité), les maladies chroniques non transmissibles sont en augmentation dans le monde et rendent compte de 75% des années vécues avec handicaps et plus de 59% des décès ⁽¹⁾.

Les maladies chroniques, que se soient diabète ou autres sont des pathologies lourdes qui trainent dans le temps nécessitant des prises en charge étroites, lentes et multidisciplinaires et dont l'impact est très marqué et sur le patient et sur son environnement.

Le diabète parmi eux est un problème de santé publique majeur, l'OMS le décrit comme une épidémie qui connaît une expansion significative à l'échelle mondiale, il est aussi la 1^{ère} maladie non transmissible reconnue par les Nations-Unies comme menace pour la santé mondiale aussi grave que les épidémies infectieuses telles que le paludisme, la tuberculose et le sida ⁽²⁾.

Il se vit quotidiennement, touche tous les milieux et n'épargne aucun domaine de l'univers des patients, son impact est de telle ampleur, qu'il atteint aussi bien le patient sur le plan physique que sur les plans psychique et émotionnel sa prévalence est en nette augmentation, dans le monde les estimations de l'OMS étaient de 30 millions en 1985, 189 millions en 2003 et 324 millions en 2025⁽³⁾.

L'Algérie est un pays à forte endémie et cette pathologie vient en 2^{ème} position après l'hypertension artérielle⁽⁴⁾.

Le thème de la qualité de vie des maladies chroniques désormais une priorité sanitaire tant au plan national qu'international⁽⁵⁾.

La qualité de vie fait aujourd'hui partie des critères qu'intègrent volontiers ; les travaux d'évaluation en santé, cette notion qui a évolué depuis bien longtemps, n'est plus seulement une amélioration du niveau de vie ; L'OMS la définit comme « étant la perception qu'un individu de sa place dans l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes⁽⁶⁾ ».

C'est pourquoi la qualité de vie est devenue un élément important de la décision médicale au même temps que l'efficacité et l'innocuité des traitements.

Dans notre étude on a essayé de détailler un petit peu la notion de la qualité de vie et la notion d'état de santé et sa relation avec le patient diabétique et ses paramètres sociodémographiques, et les paramètres de la maladie elle-même (type, traitement, ancienneté, comorbidité et complications).

Prévalence de diabète selon l’OMS :

1-Mondiale:

Le diabète désormais comme pandémie mondiale : le diabète touche plus de 300 millions de personnes dans le monde et autant de pré diabétiques le pronostique ne sont guère rassurants, ce chiffre devrait augmenter à 500 millions en moins de 20 ans si aucune mesure n'est prise pour endiguer les cause de la maladie ⁽⁷⁾.

Principaux faits ⁽⁸⁾:

- Le nombre de personnes atteints de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014.
- La prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4.7% en 1980 à 8.5% en 2014.
- La prévalence a augmenté plus rapidement dans les pays a revenu faible ou intermédiaire.
- Le diabète est une cause majeur de cécité ; d’insuffisance rénale ; d’IDM, d’AVC et des amputations des membres inferieurs.
- En 2012 on a estimé que 1,5 million de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie.
- Prés de la moitié des décès sont du à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans.
- L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la 7ème cause de décès dans le monde.
- Un régime alimentaire sain, l'activité physique, les médicaments ; le dépistage régulier et le traitement des complications ; permettent de traiter le diabète est d'éviter ou de retarder les conséquences qu'il peut avoir.

2-En Algérie:

La prévalence du diabète a considérablement augmentée en Algérie pour passer de 8% en 1998 à 16% en 2013, l'étude nationale des indications multiples menée par le ministère de

la sante, de la population et reforme hospitalière en collaboration avec l'office national des statistiques et des représentations des nations unies a Alger, classe quand elle, la pathologie du diabète en 2eme position derriere l'hypertension artérielle selon ces données ⁽⁹⁾

Le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression elle est passé de 0,3% chez les sujets âgés moins de 35 ans a 41% chez les patients entre 35et 59 ans et à 12,5% chez les plus de 60 ans ⁽¹⁰⁾.

Cette pathologie affecte aussi les milieux défavorisés, révèle l'étude qui indique que le taux d'atteinte est 1% chez les familles démunies et de 3,5% chez les familles aisées.

La région du centre du pays vient en tête concernant le nombre de diabétiques avec 2,3% suivie de la région ouest ; (2,1%) pour ce qui est des complications entrainées par cette maladie le ministère a révéle en 2010 ⁽¹¹⁾ que:

- 14% des dialysés sont des diabétiques.
- 21,8% des rétinopathies sont d'origine diabétique.
- 33% des neuropathies sont diabétiques.
- 25% des artériopathies oblitérantes des membres inferieures.
- 50% des amputés diabétiques meurent dans les 5 ans qui suivent l'amputation.

Diabète et critères diagnostiques :

A- Définition de diabète :

Le diabète sucré est un groupe d'affections métaboliques caractérisé par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de sécrétion ou d'action de l'insuline ou des deux.

Il est associé aux complications aiguës, mais aussi aux complications à long terme touchant les yeux, les reins, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins.

B- Les critères de diagnostic (ADA , OMS) :

Concentration en glucose	g/L**	(mmol/L)**
<i>Diabète</i>		
- à jeun	≥ 1,26	(7,0)
ou		
- 2 h après charge en glucose ou les deux*	≥ 2,00	(11,1)
<i>Intolérance au glucose (I.T.G.)</i>		
- à jeun (si mesurée)	< 1,26	(7,0)
et		
- 2 h après charge en glucose	≥ 1,40	(7,8)
<i>Hyperglycémie modérée à jeun (H.M.J.)</i>		
- à jeun	≥ 1,10	(6,1)
et	< 1,26	(7,0)
- 2 h après charge en glucose (si mesurée)	< 1,40	(7,8)

- Glycémie a deux heures ≥ 2 g/l après une charge orale de 75 g de glucose au cours d'une HGPO⁽¹²⁾.
- symptômes d'hyperglycémie (polyurie, polydipsie, perte de poids inexplicée).

C- classification étiologique de diabète sucrés:

La classification étiologique des diabètes sucrés proposée par l'ADA et l'OMS est actualisé en fonction des données scientifiques récentes, le diabète type 1 et 2 remplacent les termes DID et DNID.

1- le diabète type 1: autre fois appelé insulino-dépendant ou encore diabète juvénile, ce diabète apparaît le plus souvent de manière brutale, c'est la cause la plus fréquente de diabète chez l'enfant, mais il peut survenir à toute âge sa forme la plus fréquente est la conséquence d'une maladie auto-immune, c'est-à-dire la destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans du pancréas par le système immunitaire, dont témoigne la présence d'anticorps dans le Sang⁽¹³⁾.

2- diabète type 2: autrefois appelé non insulino-dépendant ou diabète de l'âge mûr survient classiquement chez l'adulte de plus de quarante ans présentant dans 80% des cas une obésité ou du moins un excès pondéral, avec souvent des ATCD, familiaux de diabète type 2.

Au début de la maladie, la production d'insuline par le pancréas est normale (voire excessive), mais les organes chargés de capter et d'utiliser le glucose deviennent insensibles à l'insuline d'où une augmentation de la glycémie.

3- autre type de diabète:

➤ le diabète gestationnel: au cours des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la grossesse, les besoins en insuline de la femme enceinte sont de 2 à 3 fois plus importants qu'en temps normale. Le pancréas produit d'avantage d'insuline pour compenser ce besoin, chez certaines femmes, l'insuline ne joue plus son rôle régulateur, si la glycémie est > 0,9 g/l la femme est considérée comme représentante d'un diabète gestationnel⁽¹⁴⁾.

➤ Le MODY (maturity on set diabètes of the yong):

Est une forme de diabète rare qui se déclare généralement avant l'âge de 20 ans et chez les individus de poids normale, bien que ces caractéristiques correspondent habituellement au diabète type 1 ce dernier ressemble d'avantage au diabète type 2, il est en rapport avec une anomalie de régulation de la sécrétion d'insuline⁽¹⁵⁾.

➤ Le LADA (latent auto-immune diabètes in adults):

Il apparaît généralement chez les adultes de 30 à 50 ans, et comme le diabète type 1, il comporte une composante auto-immune, présence d'auto anticorps dans le sang. Il se distingue de diabète type1 par une progression lente vers la destruction complète des cellules bêta.

➤ Le diabète secondaire à la prise des médicaments:

Certains traitement des maladies peuvent faire apparaitre le diabète de façon temporaire ou permanente, tels que⁽¹⁶⁾ :

- Glucocorticoïdes
- Médicaments prescrits pour éviter le rejet suite à une transplantation d'organe.
- Médicament anti cancéreux.
- Les thiazides en cas d'hypertension.
- Médicaments pour traitement l'hypothyroïdie.
- Statine pour dyslipidémie.
- Les antiépileptiques.

➤ Diabète secondaire a certaines maladies:

- Les maladies pancréatiques (fibrose kystique, cancer du pancréas, pancréatite, pancréatectomie).
- Maladie endocriniennes (syndrome de cushing, acromégalie hyperthyroïdie).
- Syndrome génétique (syndrome de down, ataxie de Friedrich, syndrome de Turner).
- Infection virales (rubéole congénitale, cytomégalovirus)⁽¹⁷⁾

Problèmes de santé chez le diabétique:

1-Problèmes physiques et organiques:

a- Introduction:

Les complications associées au diabète a long terme affligent une proportion importante des diabétique environ 4/10 l'on souffre, indépendamment de type de diabète⁽¹⁸⁾.

Un taux de glucose (ou glycémie) trop élevé, même de façon périodique peut occasionner avec le temps de graves problèmes de santé.

Plus le diabète apparait tôt dans la vie, plus le risque de complications s'accroit, il est cependant tout à fait possible de retarder ou de prévenir la majorité des complications aigues qui sont des urgences médicales.

b- complication aiguë de diabète:

1- acide cétose diabétique:

État qui peut être fatal lorsque l'organisme manque d'insuline, il remplace le glucose par un autre carburant : les acides gras, cela produit des corps cétoniques, qui eux augmentent l'acidité de l'organisme.

2- Etat hyper osmolaire:

Lorsque le diabète type 2 n'est pas soigné, le syndrome hyper osmolarité hyper glycémiq ue peut se manifester, il s'agit là d'une véritable urgence médicale qui est fatale dans plus de 50% des cas.

c- complication à long terme:

Pratiquement toute les parties du corps peuvent subir les contre coups d'un diabète mal contrôlé: le cœur, les vaisseaux sanguins, les reins, les yeux, le système nerveux, etc ...

Autant d'organes peuvent être touchés car, avec le temps l'hyperglycémie affaiblit les parois des petits vaisseaux sanguins qui approvisionnent tous les tissus en oxygène et en éléments nutritifs.

- Troubles oculaires: le diabète peut conduire à une détérioration progressive de la vision, il peut aussi mener à la formation de cataracte et au glaucome, même à la perte de la vue, les troubles oculaires constituent la complication du diabète la plus fréquente , la rétine est la partie de l'œil la plus souvent touchée (point noir aux champs visuel, mauvaise perception des couleurs et de la vision en noirceur, sécheresse des yeux, perte de l'acuité visuelle jusqu'au cécité).
- Neuropathie: elle se forme dans les 10 premières années du diabète chez 40% à 50% des personnes diabétiques de type 1 et 2, elle découle d'une mauvaise circulation sang et du taux élevé de glucose qui altère la structure des neufs.
 - diminution de la sensibilité des douleurs, sensation de brûlure, picotement.
 - dysfonction érectile.
 - ralentissement de vidange de l'estomac, provoquant des ballonnent et RGO, incontinence urinaire, hypotension orthostatique.

- Sensibilité aux infections: l'élévation de glycémie et la fatigue parfois engendrée par la maladie rendent les diabétiques plus à risque d'infection périodique parfois difficiles à guérir, peut s'agir d'infection de la peau, des gencives, des voies respiratoires, du vagin ou de la vessie en outre le diabète peut ralentir le processus de cicatrisation ce qui peut causer des infections récalcitrantes dans les plaies, les infections aux pieds sont les plus fréquentes, en partie dues à la neuropathie, elles peuvent s'accompagner d'ulcères et parfois même nécessitent l'amputation de pieds en cas de gangrène.
- Néphropathie: comme le diabète qui pose des troubles vasculaires, les petits vaisseaux des reins peuvent être affectés en posant des divers problèmes allant de l'insuffisance rénale à la maladie rénale irréversible, l'hypertension annonce parfois le début de l'atteinte des reins.
- Maladies cardiovasculaires: elles sont 2 à 4 fois plus fréquentes chez les diabétiques que dans la population générale⁽¹⁹⁾, l'hyperglycémie contribue à la coagulation du sang, avec le temps le risque d'obstruction de vaisseaux sanguins près du cœur (IDM) ou du cerveau (AVC) augmente⁽²⁰⁾.

2-Mentale et psychique:

Et comme le diabète est l'une des maladies chroniques les plus contraignantes, le patient doit réaliser plusieurs auto-surveillances glycémiques quotidiennes associées aux multiples injections d'insuline entraînant de lourdes conséquences sociales et psychologiques, à cela s'ajoute la gestion des hypoglycémies qui constituent au minimum un inconfort mais pouvant occasionner de véritables angoisses, un évitement social, une frustration ou au contraire un sentiment de culpabilité ou de dépendance, le tout pouvant aboutir à des conflits professionnels ou familiaux.

Les diabètes dits instables constituent des situations préoccupantes en raison d'une variabilité glycémique imprévisible nécessitant des hospitalisations fréquentes et/ou prolongées, liées aux hypoglycémies sévères et aux épisodes de acidocétose, ils sont associés à des scores de qualité de vie plus faibles, ça peut provoquer (absence scolaire ou professionnelle et sociale, des complications micro et macro angiopathiques et gestationnelles plus importantes d'où l'installation des angoisses et des dépressions, avec un risque important de décès).

Etat de santé et qualité de vie:

1-Définition du l'état de santé:

D'après la définition de l'OMS, la sante définit comme étant un état de bien être complet, comprenant l'état physique; mentale; social et environnemental, donc la sante n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité, c'est une notion relative, ressentie par chaque individu, aucune mesure réelle ne peut mesurer la sante, puisque la sante est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels et sanitaires) en médecine la sante est l'absence de maladie ⁽²¹⁾.

2-Définition de la qualité de vie:

La qualité de vie est un concept difficile a traduire que l'OMS attente de définir en 1994 ⁽²²⁾, il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la sante 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 ⁽²³⁾.

Proche du terme " bien-être" la qualité de vie est une préoccupation centrale en politique et en économie qui se mesure en prenant en compte divers paramètres tels que les indicateurs socioéconomiques (dans l'indice de développement humain et le pouvoir d'achat), la liberté (économique, expression) , la sante, le bonheur, les droits de l'homme s'agissant pour beaucoup de paramètre subjectifs difficiles à mesurer, la qualité de vie et un concept qui alimente de nombreux débats ⁽²⁴⁾.

3-Qualité de vie et moyens de mesure:

Les analyses de qualité de vie ont commencé à être développées dans les années 1970 ⁽²⁵⁾ afin de décrire et mesurer l'impact de différents états sur la vie quotidienne des personnes, en prenant en compte l'aspect émotionnel et les fonctions sociales autant que les conditions

purement physique , dans cette perspective globale, les approches économiques, psychosociale et biomédicale de la qualité de vie coexistent .

Les chercheurs s'accordent tous de même à considérer la qualité de vie comme un concept multidimensionnel⁽²⁶⁾.

*Les dimensions de la qualité de vie:

- Etat physique: autonomie, capacité physique.
- Sensation somatique: symptômes ; conséquence des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs.
- Etat psychologique: émotivité, anxiété, dépression.
- Statut social: relations sociales et rapport avec l'environnement familial, amical ou professionnel⁽²⁷⁾.

*Moyens de mesures:

Concernant la qualité de vie liée à la sante, il existe deux grandes classes de tests de mesure de la QDV ⁽²⁸⁾ :

- Les instruments spécifiques sont centrés sur une pathologie ou un public particulier.
- Les instruments génériques dans les cas des pathologies variées et évaluent de façon assez globale l'état de sante, le fonctionnement psychologique et l'environnement social de sujet.

Les résultats obtenus sont classés selon des cotations de type index et profile suivant les règles de calcul de scores⁽²⁹⁾.

- a) Index: permet de calculer un score globale qui résume l'information en un seul nombre ce qui facilite les traitements statistiques mais difficile à interpréter.
- b) Profile: il fournisse un score pour chacune des différentes dimensions explorées de QOL liées a la sante sont combiner en un score unique. Les profiles de santé sont les mesures les plus fréquentes.

*Conditions d'utilisation des instruments de mesure de la qualité de vie dans une population :

- Le contenu: clarification des objectifs de la mesure de QOL, élaboration d'un ensemble de candidates, sélection des questions, émise en forme de questionnaire et élaboration de l'algorithme de score.

- La validation: les mesures sont dites validées lorsque la part du biais dans les résultats sont peu importantes.
- Fiabilité: il concerne la reproductibilité et la cohérence interne.
- Sensibilité au changement: la sensibilité au changement est plus souvent mesurée et recherchée par les instruments spécifiques, elle doit être établie pour ne pas confondre un instrument peu sensible et un traitement peu efficace lorsque le changement mesuré est faible.

*Outils de décision:

Le choix des instruments dépendra donc:

- Du domaine conceptuel que l'on souhaite explorer.
- La qualité et validité d'un instrument.
- De type d'étude que l'on souhaite envisager.

*Exemple d'instruments génériques ⁽³⁰⁾ :

1. Index de bien être (quality of Well being). 23 symptômes 3 dimensions.
2. Sickness impact profiles: 12 dimensions avec un score globale.
3. Quality of life index: 5 questions et échelle visuelle analogue permet de calculer un score globale.
4. Indicateur de sante perceptuelle de nottingham : 38 questions regroupées en six dimensions.
5. WhoQOL (world health organization quality of life) : 100 questions explorent six dimensions.
6. SF- 36 (short forum36) : 36 questions évaluât huit dimensions.

*Exemples des instruments spécifiques :

1. DTSQ (diabète traitement satisfaction questionnaire).
2. DQOL (diabète quality of life).

DEUXIEME PARTIE

ETUDE PRATIQUE

BUT DE L'ETUDE

Le but de notre travail est d'évaluer la qualité de vie chez un groupe de patients diabétiques type 1 et 2 à l'aide d'instrument de mesure générique EQ5D et de mesurer l'impact de différents paramètres liés aux malade et à la maladie diabétique sur la qualité de vie.

MATERIELS ET METHODES

1- Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au niveau du service de médecine interne de CHU de Tlemcen Tidjani DAMERDJI sur une période de 07 mois du mois de septembre 2016 au mois de mars 2017.

2- Patients :

Critères d'inclusion : Notre étude a concerné les patients diabétique type 1 et 2 recrutés à partir des explorations faites au niveau de notre service ou bien hospitalisés au niveau du service de médecine interne CHU Tlemcen.

Critères d'exclusion : Nous avons exclus les femmes enceintes avec un diabète gestationnel.

3- Données socio-cliniques :

Chez tous les patients participants ; nous avons recueilli les variables sociodémographiques : sexe, âge, origine, situation maritale, situation professionnelle.

Les variables cliniques étaient : type de diabète et son traitement, l'ancienneté de diabète, comorbidités, présence de complications dégénératives.

4-Instruments de mesure :

EQ5D est un instrument générique européen de mesure de la qualité de vie développé en 1991⁽³¹⁾.

EQ5D évalue 5 dimensions de la santé dont la mobilité, l'autonomie, l'activité courante, douleur et gêne physique, anxiété et dépression, les réponses se font en 03 points :

1-absence de problème

2-si le problème est modéré

3-si le problème est extrême

Le questionnaire EQ5D a été traduit en arabe adapté et validé à notre contexte.

EQ5D a été auto administré chez tous les participants consentants ou administré par moi-même s'il s'agissait d'un patient analphabète ou de bas niveau scolaire.

5-Valorisation de l'EQ5D :

Score de qualité de vie lié à la santé pour le questionnaire l'EQ-5D :

Pour rappel, il est possible de transformer le profil de santé à cinq chiffres en un score de QdVS, en utilisant un algorithme développé pour jauger les préférences de la population pour les différents états de santé. Ce score, qu'on nomme le score EQ-5D, varie entre 0 et 1 : 0 représente la mort, et 1 la meilleure QdVS possible. Donc, ce score indique la diminution de la QdVS par rapport à un état de santé optimal. Plus un état de santé est désirable, plus le score qui lui est associé est élevé. Les scores négatifs sont possibles si le sujet perçoit un état de santé le plus pire⁽³²⁾.

Pour la valorisation des études on était faites en France calculant la désutilité résumée dans le tableau suivant :

Dimension	Niveau	Désutilité
Mobilité	1	0
	2	0,15
	3	0,37
Autonomie	1	0
	2	0,21
	3	0,33
Activité courante	1	0
	2	0,16
	3	0,19
Douleur	1	0
	2	0,11
	3	0,26
Dépression	1	0
	2	0,09
	3	0,2

NB : 1 qui correspond au meilleur score moins le chiffre de désutilité. Si au moins une dimension est au niveau 3 la désutilité est 0,17.

6-Analyses statistiques :

Les données ont été saisies sur Excel et analysées par la version 21 du logiciel SPSS.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages.

Le test de Chi 2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives.

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée statistiquement significatives, sachant que plus la valeur est petite, plus il est incontestable que les moyennes diffèrent et par conséquent que les variables sont liées.

RESULTATS

1_Description de la population :

a- données sociodémographiques :

La population enquêtée se composait de 106 patients dont 66.04% des femmes, 33.96% des hommes, (figure 1).

- L'âge moyen des patients ayant participé à l'étude était de 54.19 ± 17.94 avec des extrêmes allant de 16 ans à 86 ans, on a divisé notre échantillon en 5 tranches d'âge ; les patient de $16 < \leq 30$ ans (13.21%), $30 < \leq 45$ ans (16.04%), $45 < \leq 60$ ans (32.08%), $60 < \leq 75$ ans (19.81%), les patients ayant 75ans et plus 18.87%, (figure 2).

- la situation maritale: la majorité des patients: 65.09% étaient mariés, 14.15% étaient veufs et 7.55% étaient divorcé, 13.21% étaient célibataires (figure3).

- l'origine: la majorité des patients sont d'origine urbaine 78.30%, 24.70% étaient d'origine rural (figure 4).

- en ce qui concerne l'emploi: 61.32% des patients étaient sans emploi, 22.64% avaient une profession et 6.60% étaient en formation, et 9.43% étaient retraités (figure 5).

Les chiffres sont résumés dans le tableau n°01.

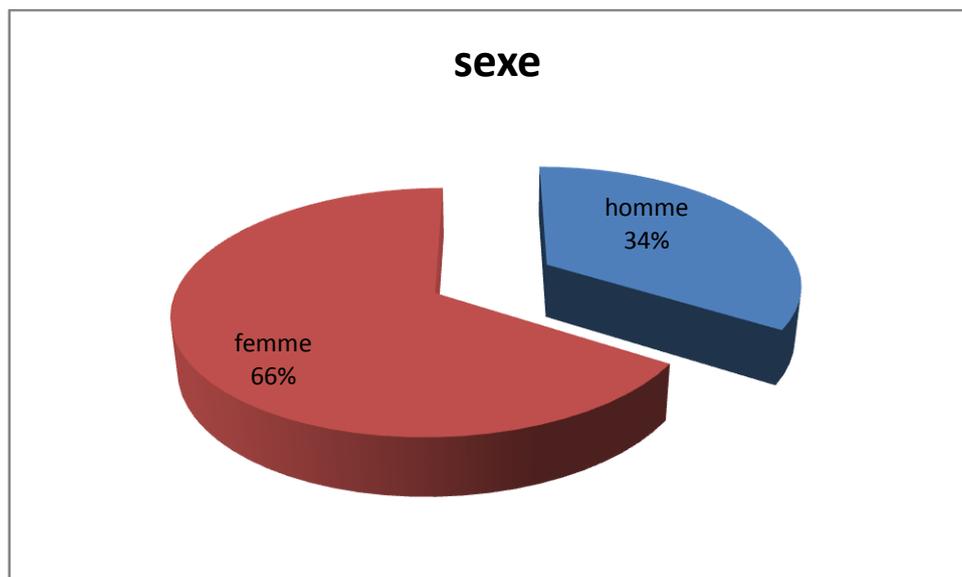


Figure n°1 : répartition des patients selon le sexe

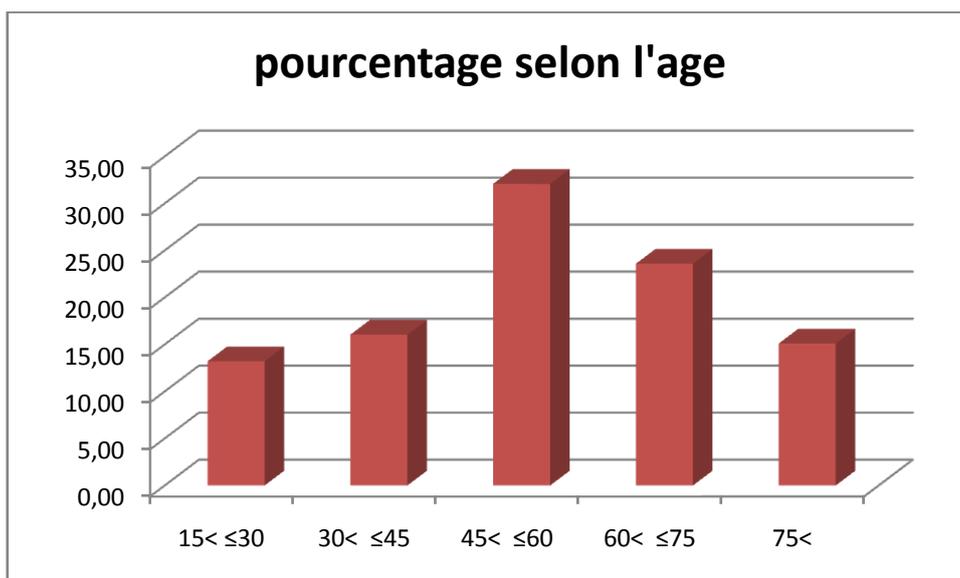


Figure n°02 : répartition selon l'âge

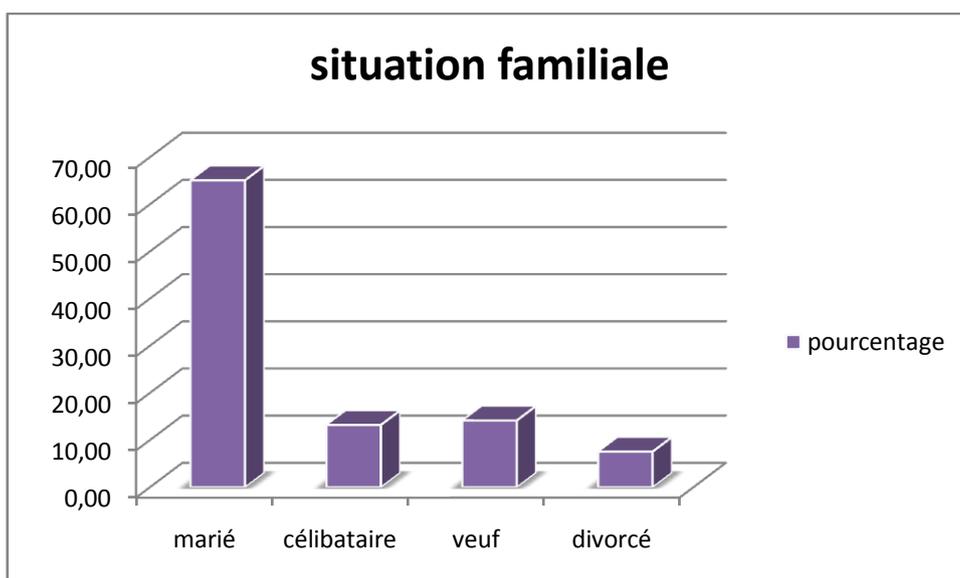


Figure n°03 : répartition selon la situation familiale

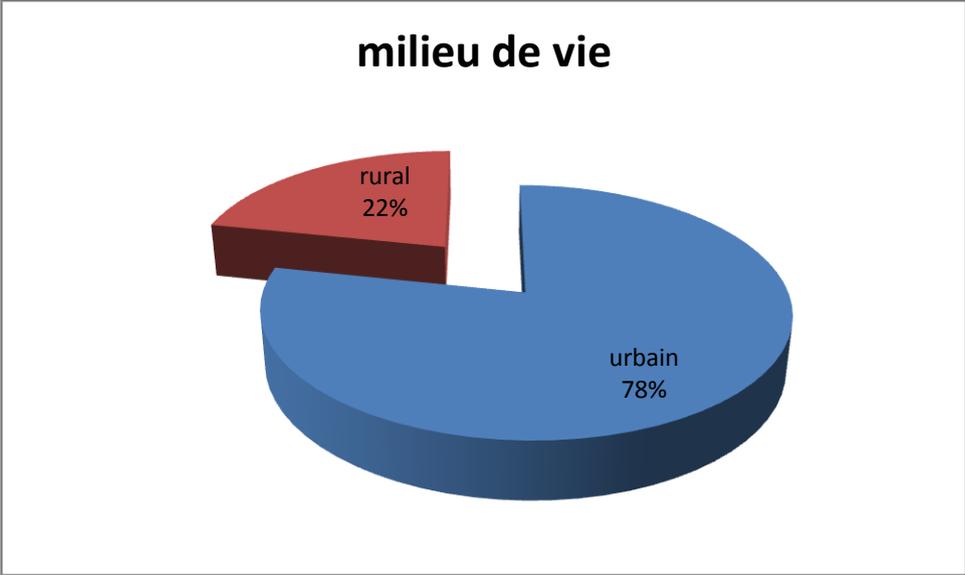


Figure n°04 : répartition selon le milieu de vie

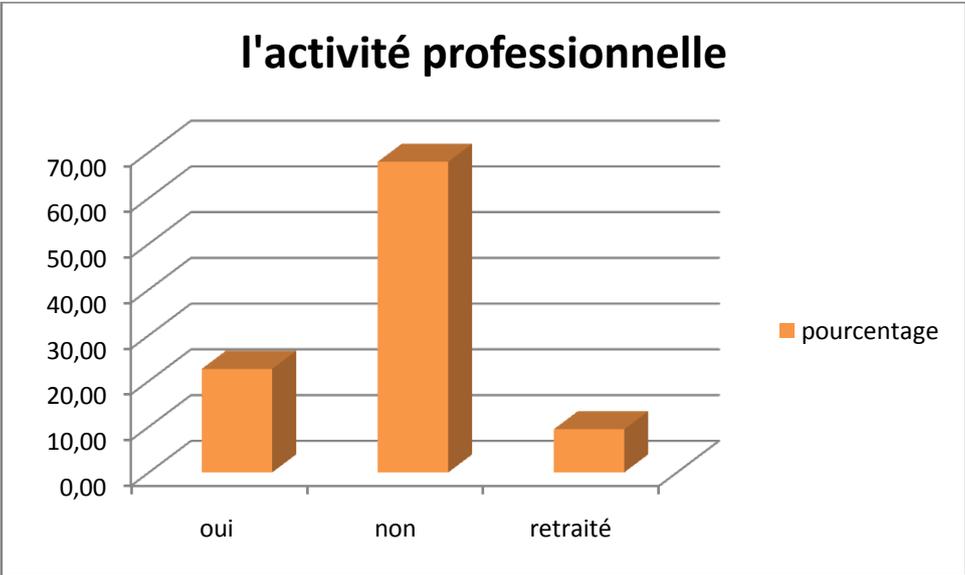


Figure n°05 : répartition selon l'activité professionnelle

Tableau n°1 : caractéristiques sociodémographiques

	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Homme	33,96	36
Femme	70	66,04
Age		
15< ≤30	14	13,21
30< ≤45	17	16,04
45< ≤60	34	32,08
60< ≤75	25	23,58
75<	16	15,09
situation familiale		
Marié	69	65,09
Célibataire	14	13,21
Veuf	15	14,15
Divorcé	8	7,55
milieu de vie		
Urbain	83	78,30
Rural	23	21,70
Profession		
oui	24	22,64
Non	72	67,92
Retraité	10	9,43

b- données liées à la maladie diabétique:

- En ce qui concerne le type de diabète: notre étude se porte sur les 02 types de diabète 1 et 2, notre échantillon comporte 76.42% des patients diabétiques type 2, 23.58% des patients diabétiques type 1 (figure 6).

- Concernant l'ancienneté de diabète ; notre étude à concernée même les patients avec un diagnostic récent et un diagnostic posé antérieurement, concernant les patients avec un diabète récent (diabète inaugural) 20.75% patients

Les patients qui ont un diabète ancien (connus diabétique), l'ancienneté de leur diabète avait un minimum de 02 mois et un maximum de 27 ans, l'ancienneté moyenne était de 7.6ans±7.35 ans, et de même; l'ancienneté est formée en tranches la figure n°7 contient les détails.

- La plupart de nos patients n'avaient pas de complications dégénératives liées aux diabètes soit 83 patients (78.30%). 23 patients l'on souffre des complications dégénératives (21.69%) dont 7.54% souffrent de micro angiopathie, (6.6%) de rétinopathie diabétique, 0.94% de néphropathie diabétique 17.92% souffrent de macro angiopathie, 6.6% à type IDM, 7.55% d'AVC, 3.77% des vasculopathies subiront une amputation des membres inferieures (figure 8).

-La plupart de nos patient ayant des maladies associées a la maladie diabétique soit 55.66%, 44.34% n'avaient aucune maladie appart le diabète, 42.45% souffrent d'HTA, 9.43% d'hypothyroïdie, 16.04% de dyslipidémie, 11.31% de maladie auto-immune, 7.55% de maladie coronarienne et cardiopathie, 10.38% avaient d'autres maladies non citées (figure 9 et 10).

- 35.85% des patients étaient sous ADO, 33.02% étaient sous insuline seul, 29.25% étaient sous association ADO et insuline, seulement 1.89% étaient sous régime seul (figure 11).

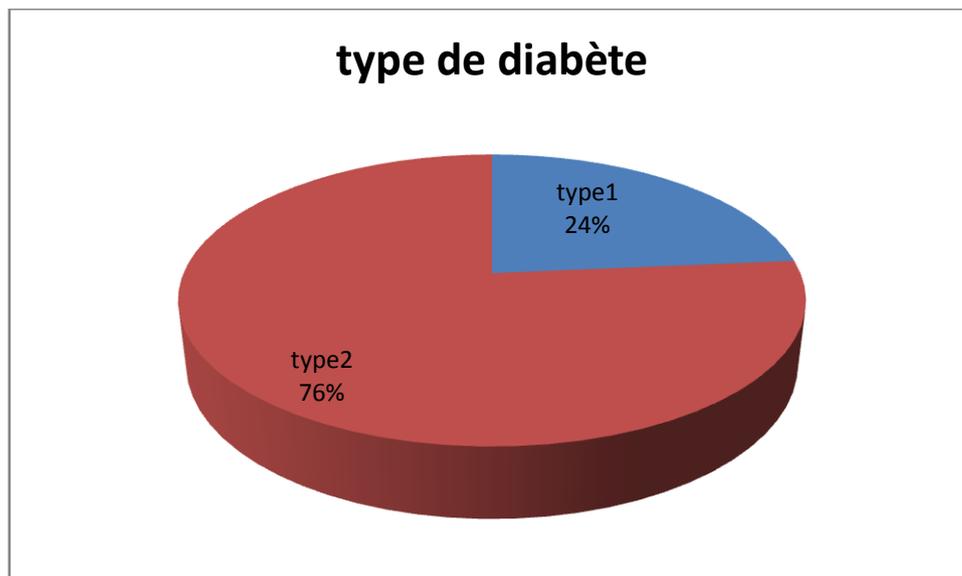


Figure n°06 : répartition selon le type de diabète

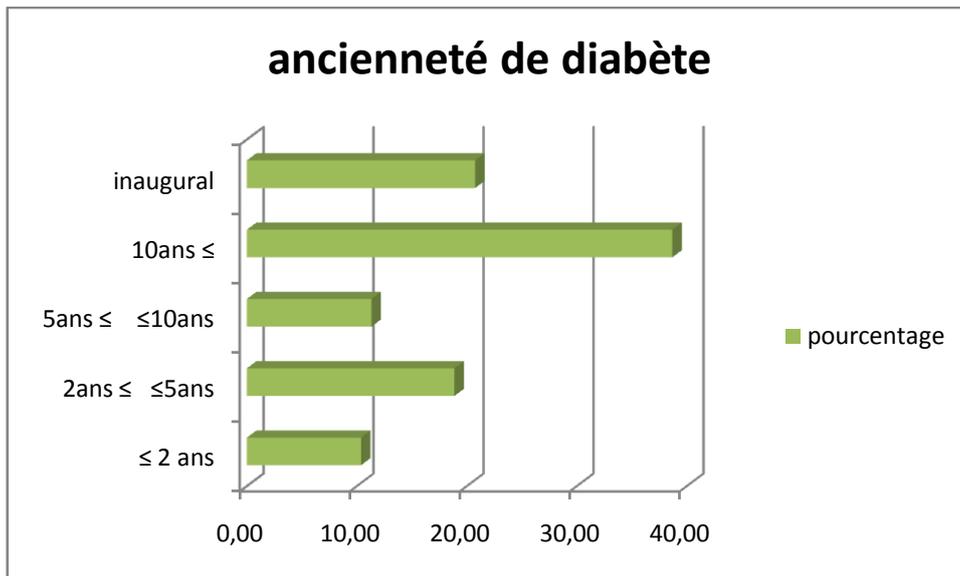


Figure n° 7: répartition selon l'ancienneté de diabète

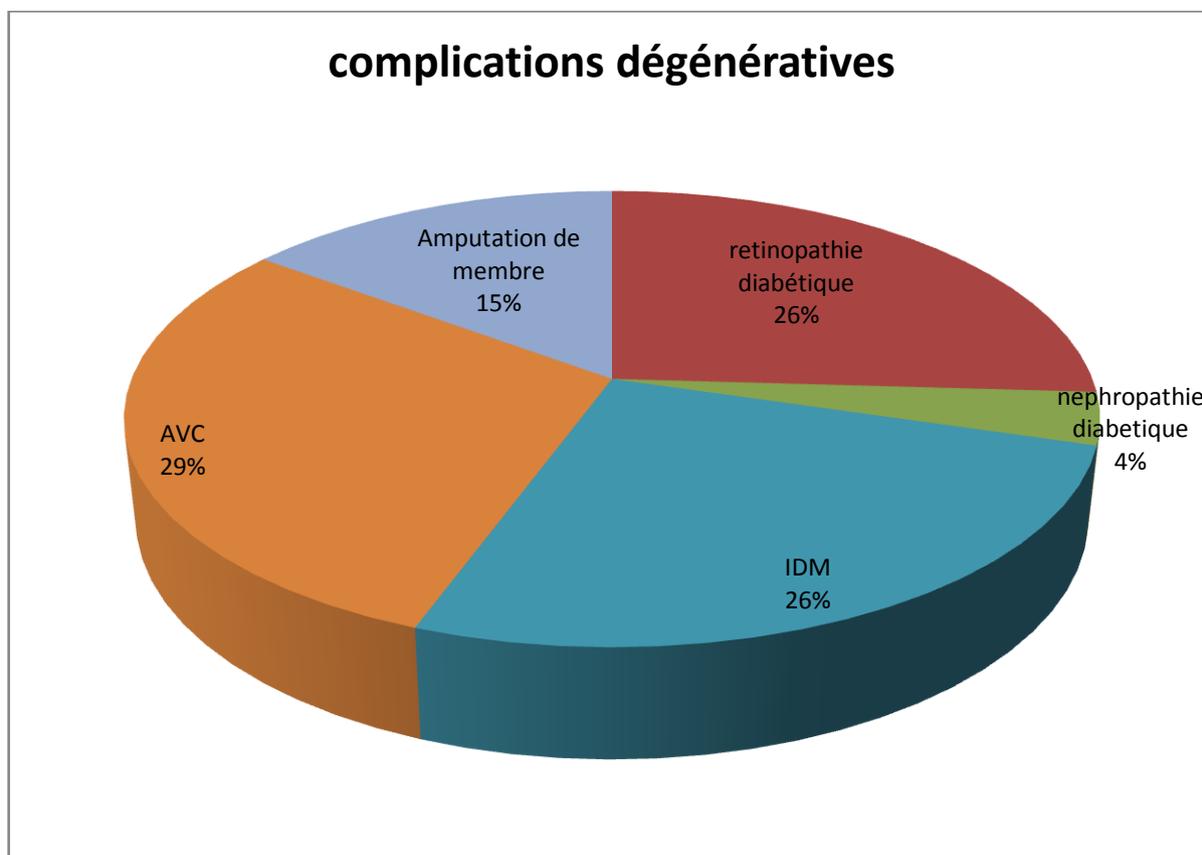


Figure n°8 : répartition selon la présence des complications dégénératives

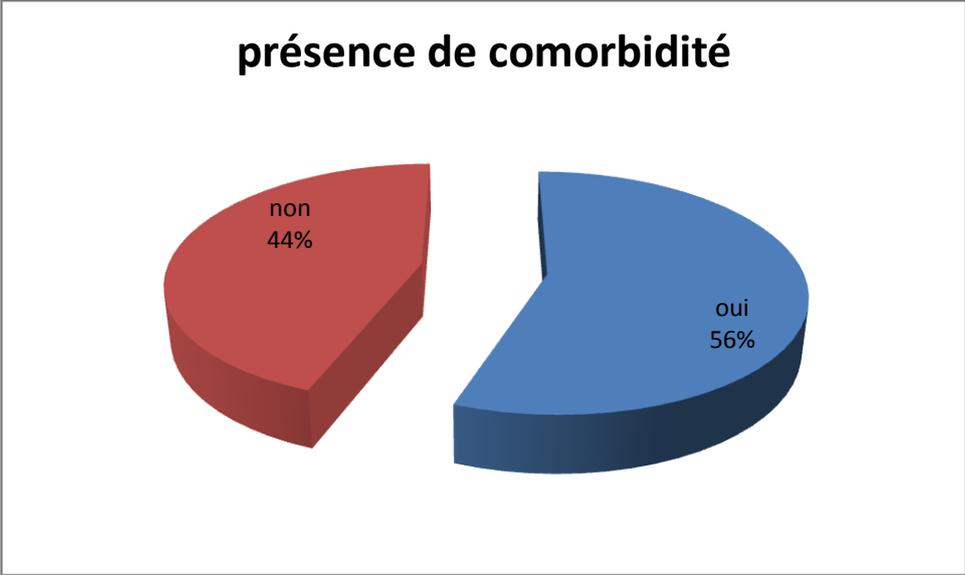


Figure n°9 : répartition selon la présence de maladies associées

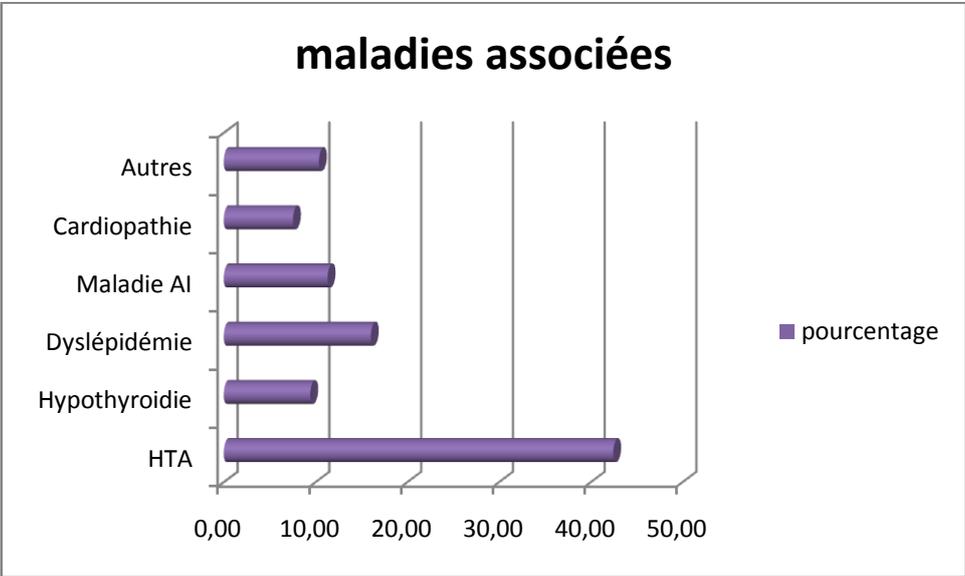


Figure n° 10: répartition selon la maladie associée

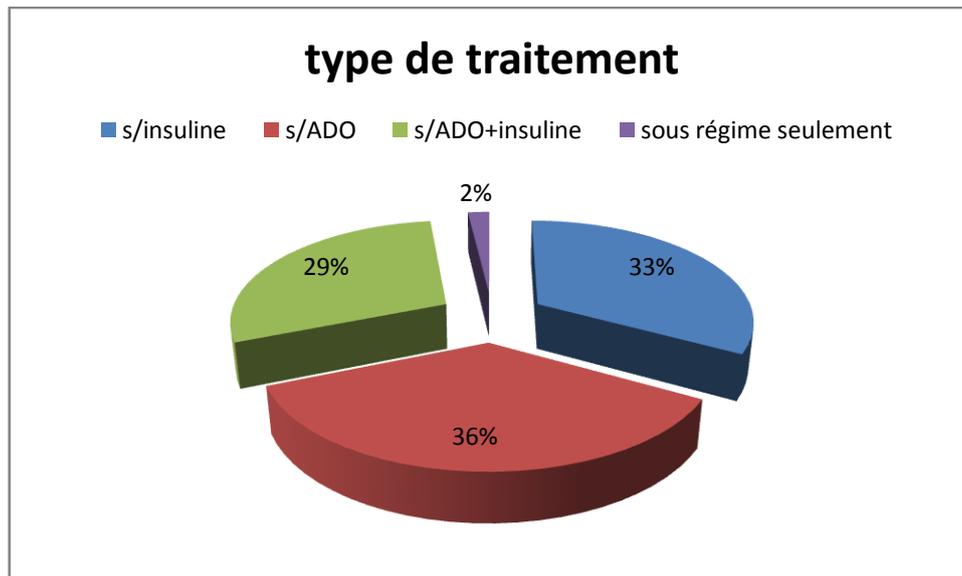


Figure n°11: répartition selon le type de traitement

Tableau n°02 : les caractéristiques liées au diabète.

type de diabète	fréquence	pourcentage
type 1	25	23,58
type 2	81	76,42
ancienneté de diabète		
≤ 2 ans	11	10,38
2ans ≤ ≤5ans	20	18,87
5ans ≤ ≤10ans	12	11,32
10ans ≤	41	38,68
Inaugural	22	20,75
complications dégénératives		
microangiopathie		
rétinopathie diabétique	6,60	7
néphropathie diabétique	0,94	1
macroangiopathie		
IDM	6,60	7
AVC	7,55	8
Amputation de membre	3,77	4

Comorbidité		
Oui	59	55,66
Non	47	44,34
Maladie associée		
HTA	45	42,45
Hypothyroïdie	10	9,43
Dyslipidémie	17	16,04
Maladie AI	12	11,32
Cardiopathie	8	7,55
Autres	11	10,38
Traitement		
s/insuline	35	33,02
s/ADO	38	35,85
s/ADO+insuline	31	29,25
sous régime seulement	2	1,89

2_ Qualité de vie des patients selon l'EQ5D :

a- évaluation du score d'état de santé :

Dans notre étude on a trouvé des score divers allant du -0.52 le score le plus bas correspond au plus mauvais score dans notre échantillon avec des problèmes extrêmes touchants toute les dimensions de l'EQ5D jusqu'au 1 qui est le meilleure score d'état de santé, ainsi nous avons converti ces score en pourcentage et les réparti en tranches.

Les résultats sont détaillés dans la figure n°12.

b- évaluation de la mobilité:

42.5% des patients n'avaient aucun problème de mobilité, 44.3% d'entre eux rencontraient des problèmes de mobilité d'ordre modéré et 13.2% des patients trouvent leur mobilité extrêmement réduite (figure 13).

c- évaluation de l'autonomie:

75.5% des patients sont autonomes, quand 19.4% des patients rapportaient être modérément diminué dans leur autonomie, et dont 15.5% ne sont pratiquement pas autonomes (figure 14).

d- évaluation de l'activité courante:

61.3% des patients non aucun problème en pratiquant leur activités courantes, 21.7% ont une activité courante modérément touchée soit 17% des patient n'arrive pas à faire leur activité courante (figure 15).

e- évaluation de la douleur:

30.2% des patients ne se présentent avec aucune douleur liée a la maladie, 56.6% des patients souffrent d'une douleur d'ordre modérée, 13.2% des patients souffrent d'une douleur permanente et gérante (figure 16).

f- évaluation de l'anxiété/dépression :

61.3%) se présente avec une dépression/anxiété d'ordre modéré et 8.5% des patients sont complétement déprimés et anxieux (figure 17).

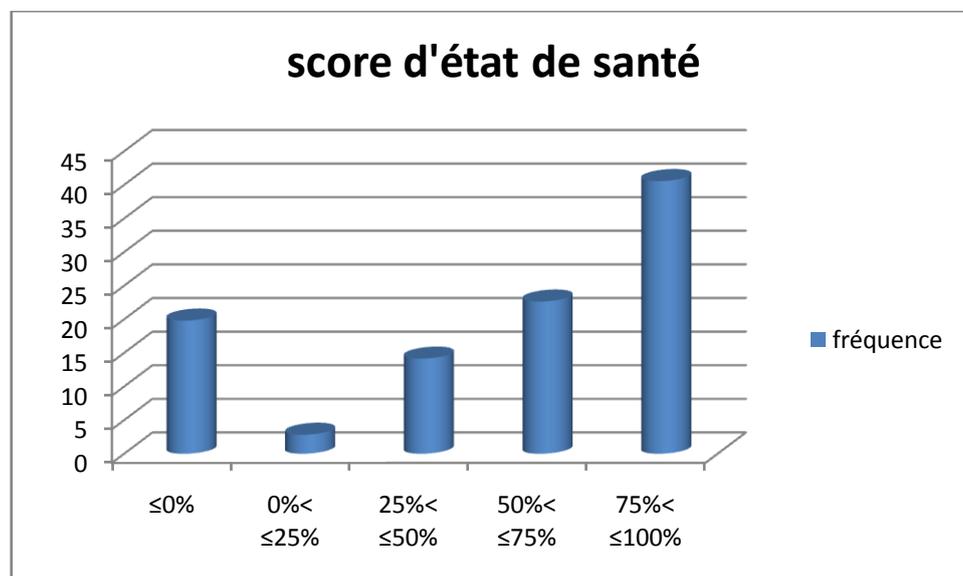


Figure n°12 : répartition selon le score d'état de santé

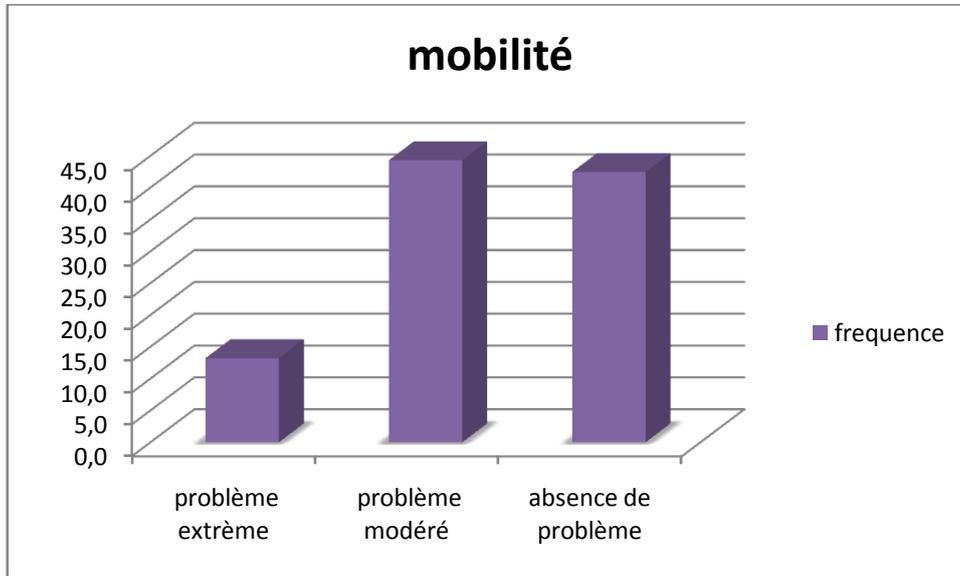


Figure n°13 : répartition selon l'état de la mobilité

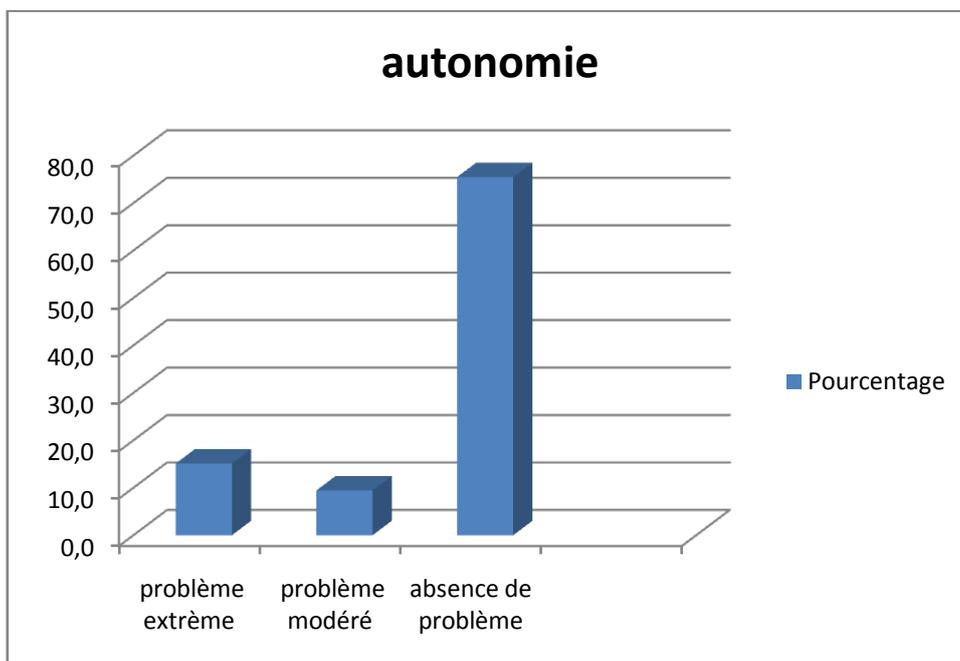


Figure n° 14: répartition selon l'état de l'autonomie

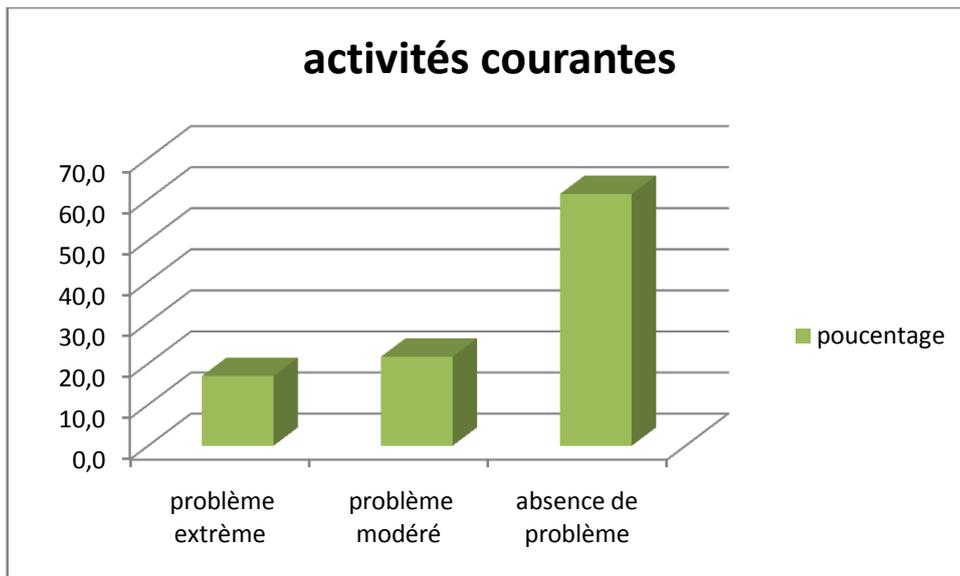


Figure n°15 : répartition selon l'activité courante

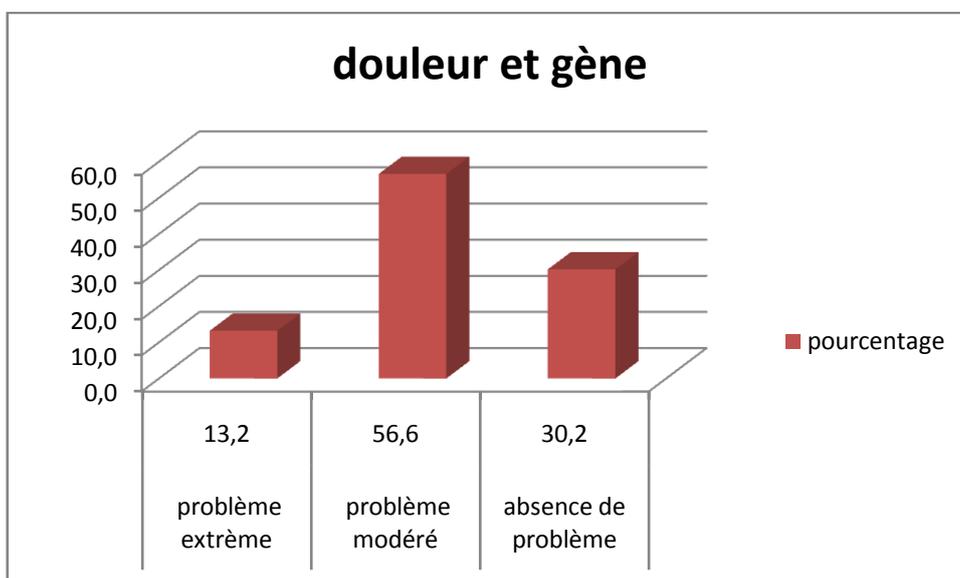


Figure n°16 : répartition selon la sensation de la douleur et le gène

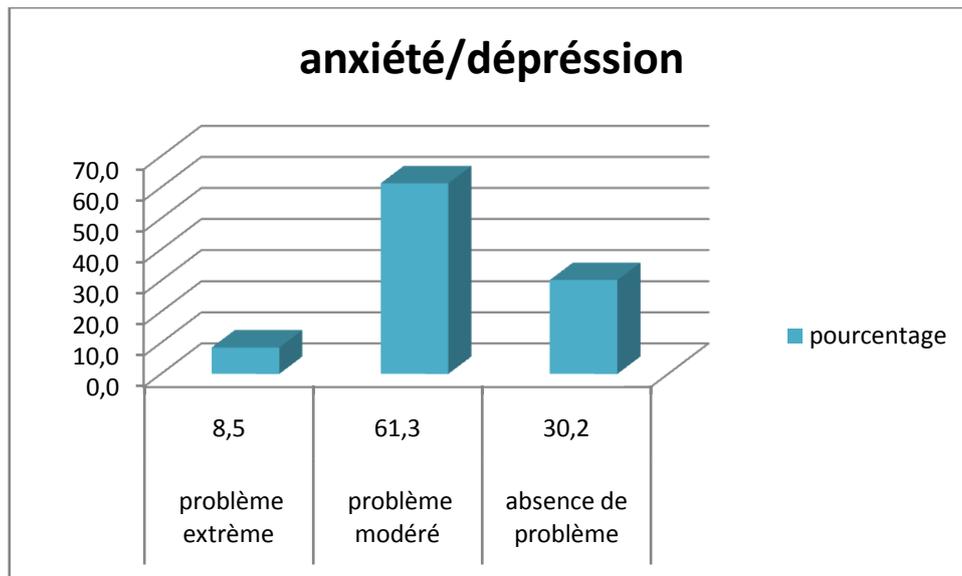


Figure n°17 : répartition selon le niveau de dépression

3_ association « des différents paramètres et la qualité de vie liée la santé » :

A- Paramètres sociodémographiques et qualité de vie:

1- sexe du patient et QDV:

Aucune relation entre l'état de santé du patient et le sexe n'a été établie ($P=0.47$).

L'estimation subjective de l'état de santé à l'aide du score EQ5D varie selon le sexe 0.68 pour le sexe masculin et 0.45 pour le sexe féminin.

En ce qui concerne les dimensions évaluées par l'EQ5D les résultats de l'influence du sexe des patients sur les paramètres de EQ5D sont représentés dans les figures 18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22.

Cependant le sexe influence la mobilité, les hommes ont une mobilité bonne que les femmes (P=0.01).

L'autonomie n'est pas influencée par le sexe (P=0.09).

L'activité courante chez les hommes et plus conservée que la femme (P=0.01).

Les hommes se plaignent moins de douleur (P=0.01). L'anxiété n'est pas influencée par le sexe.

2- âge et QDV:

Le test khi-2 est très significatif (P=0.001) pour la mobilité par rapport à l'âge du patient.

Tandis que l'autonomie n'est pas trop influencée (P=0.08), l'activité courante n'est pas influencée (P=0.2), la douleur est très influencée par l'âge (P=0.009).

L'anxiété n'a pas lien avec l'âge (P=0.59).

Concernant le score de l'état de santé selon L'EQ5D ; les patients ayant un âge entre 15 et 30ans ont un score moyen de 0.83 ± 0.22 , dont 85.7% de ces patients n'ont aucun problème dans leur mobilité, 14.3% ont des problèmes modérés, 100% sont autonomes, 100% ont une activité courante régulière, 57.1% n'ont pas de douleur, mais 50% d'eux sont légèrement anxieux.

Pour les patients ayant un âge entre 30 et 45 ans. Le score de l'état de santé selon L'EQ5D est en moyenne de 0.74 ± 0.40 . Dont 82.4% n'ont aucun problème dans leurs mobilité, 11.8% ont des problèmes extrêmes, les chiffres sont les mêmes pour l'autonomie, et l'activité courante, 70.6% ne souffrent pas de douleurs, 23.5% ont des douleurs d'ordre léger, 64.7% ont une légère dépression.

Les patients âgés entre 45 et 60 ans ont un score de santé en moyenne de 0.56 ± 0.38 , 38.2% seulement ne se plaignent pas de problème de mobilité, 61.7% ont des problèmes, 82.4% sont autonomes, 76.4% souffrent de douleurs, 67.7% sont anxieux dont 11.8% sont complètement déprimés.

Patient à âge entre 60 et 75 ans leurs score de santé est de 0.42 ± 0.42 , 80% ont des problèmes de mobilité dont 16% sont obligés de rester alités. 32% ne sont pas autonomes dont 20% sont complètement dépendants, 84% souffrent de douleur d'ordre léger et 12% ont des douleurs permanentes, 56% ont une activité courante atteinte, 68% sont anxieux.

Les patients plus de 75 ans ont le plus mauvais score en moyenne de 0.11 ± 0.46 , 87.6% ont des problèmes de mobilité dont 31.3% sont alités, 56.3% ne sont pas autonomes dont 34.5% sont complètement dépendants, 43.8% ne peuvent pas faire leur activité courante tous

les patients de cette tranche d'âge souffrent des douleurs d'ordre modérées à extrêmes, 93.8% sont anxieux et déprimés.

Figure 23 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27.

3- la situation maritale et QDV:

La situation maritale influence significativement la qualité de vie des patients (P=0.042).

Les patients mariés ont un score moyen d'état de santé de 0.55 ± 0.41 .

La moyenne de l'état de santé chez les veufs est de 0.10.

Les divorcés ont une moyenne de 0.43 et les célibataire 0.84.

La mobilité est influencée par la situation maritale (P= 0.01), l'autonomie n'est pas influencée du tout (P=0.08), l'activité courante est ainsi influencée (P=0.02).

La sensation de douleur aussi influencée (P=0.01), tandis que l'anxiété n'a pas d'influencée (P=0.29) concernant la réponse sur le questionnaire l'EQ5D, les résultats sont représenté sur les figures 28 ; 29 ; 30 ; 31 ; 32.

4- l'origine du patient et QDV:

Aucune relation n'a été établie (P=0.5).

Le score d'état de santé en milieu urbain est de 0.52 ± 0.44 contre 0.53 ± 0.46 en milieu rural. Il n'ya pas de lien entre la mobilité des patients vivant en milieu urbain ou bien rural (P=0.86), ainsi pour l'autonomie (P= 0.56), et l'activité courante (P=0.16), de même pour la douleur (P=0.9) et l'anxiété (P=0.95)

Concernant les réponses de L'EQ5D, les figures sont parlantes 33 ; 34 ; 35 ; 36 ; 37.

5- activité professionnelle et QDV:

Il n y a pas de relation entre l'activité professionnelle est état de santé (P=0.8).

Le score d'état de santé pour les non fonctionnaires est 0.40 ± 0.48 et 0.81 ± 0.27 pour les non fonctionnaires en formation, 0.77 ± 0.21 pour les fonctionnaires et 0.59 ± 0.32 pour les retraités.

La mobilité est très influencée par la fonction (P=0.003), les fonctionnaires ont une mobilité conservée 66.7% contre 30.8% pour les non fonctionnaires et 40% pour les retraités (

L'autonomie n'est pas influencée par la fonction du patient (P= 0.10).

L'activité courante est très correspondante à la fonction (P= 0.006), 75% des fonctionnaires leurs activité courante est bonne ; contre 52% pour les non fonctionnaires

La douleur est plus marquée chez les non fonctionnaires que chez les fonctionnaires (P= 0.03).

Aucune relation entre l'anxiété et la profession (P=0.1), les résultats de questionnaire sont sur les figures 38 ; 39 ; 40 ; 41 ; 42.

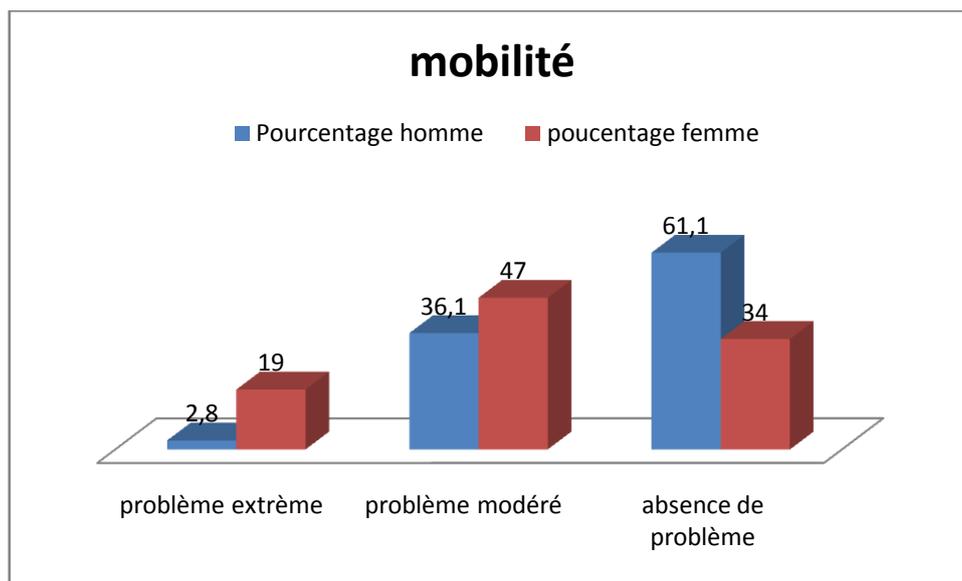


Figure n°18 : influence du sexe sur la mobilité

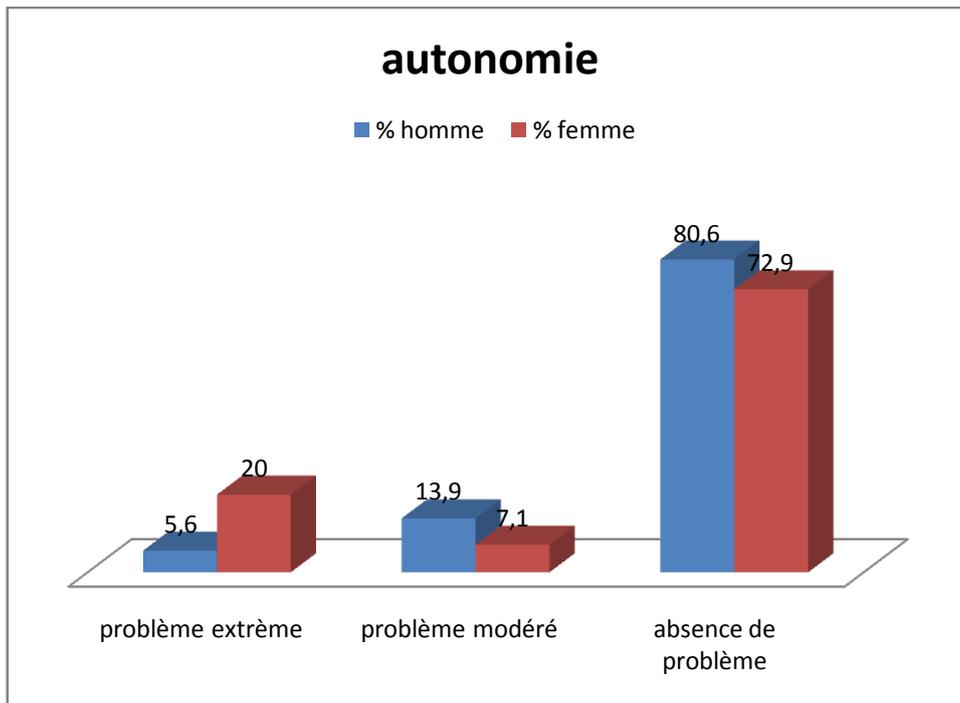


Figure n°19 : influence du sexe sur l'autonomie

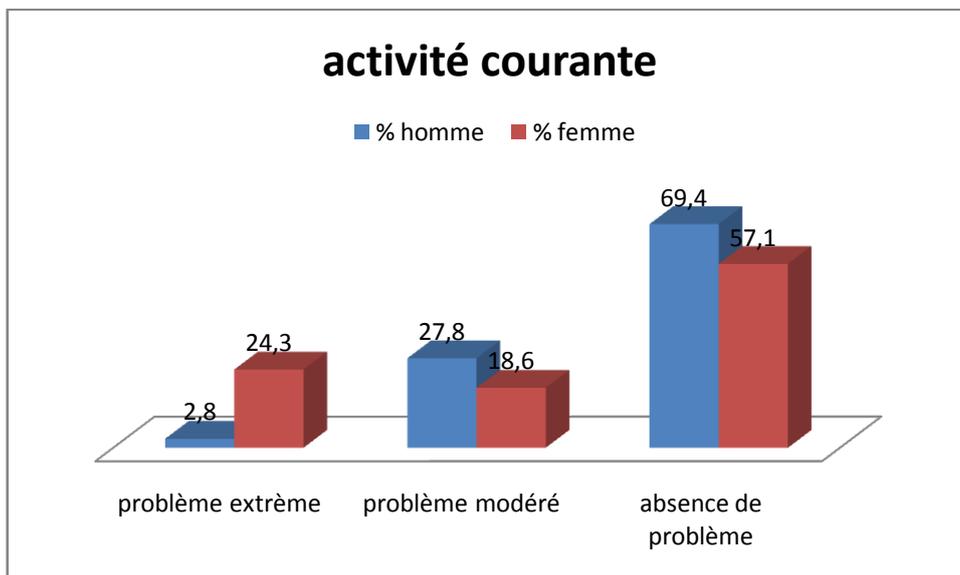


Figure n°20 : influence du sexe sur l'activité courante

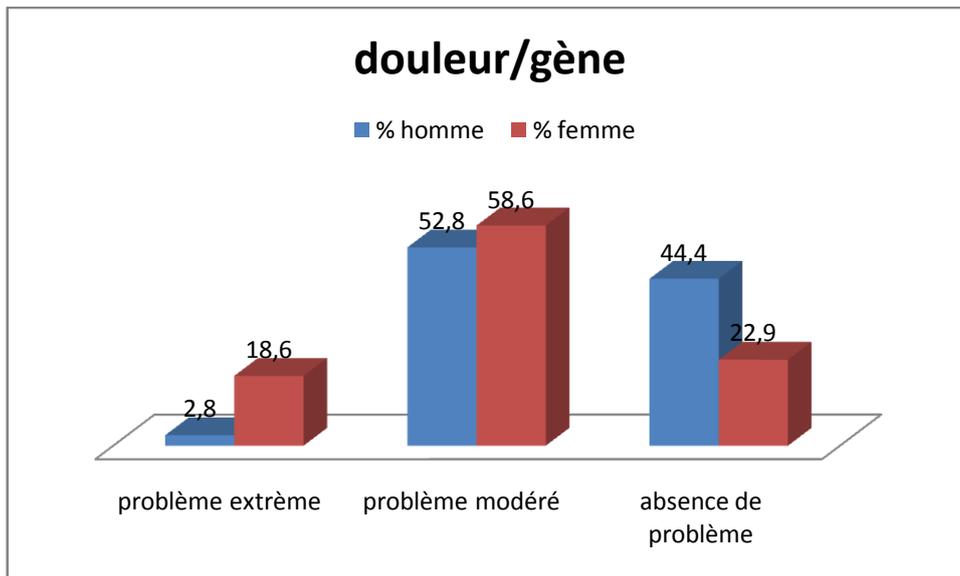


Figure n°21 : influence du sexe sur la douleur/gène

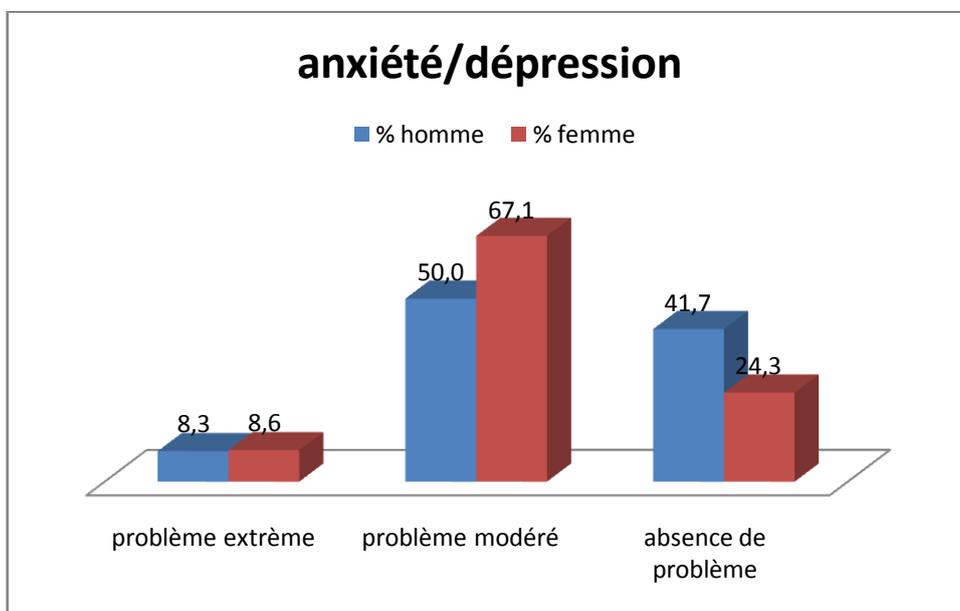


Figure n° 22: influence du sexe sur l'anxiété/dépression

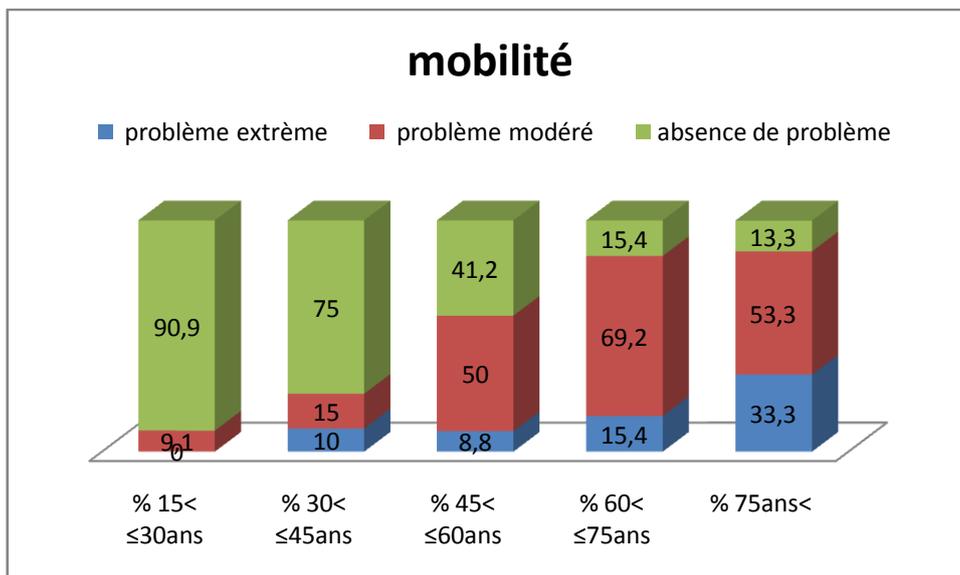


Figure n°23 : influence de l'âge sur la mobilité

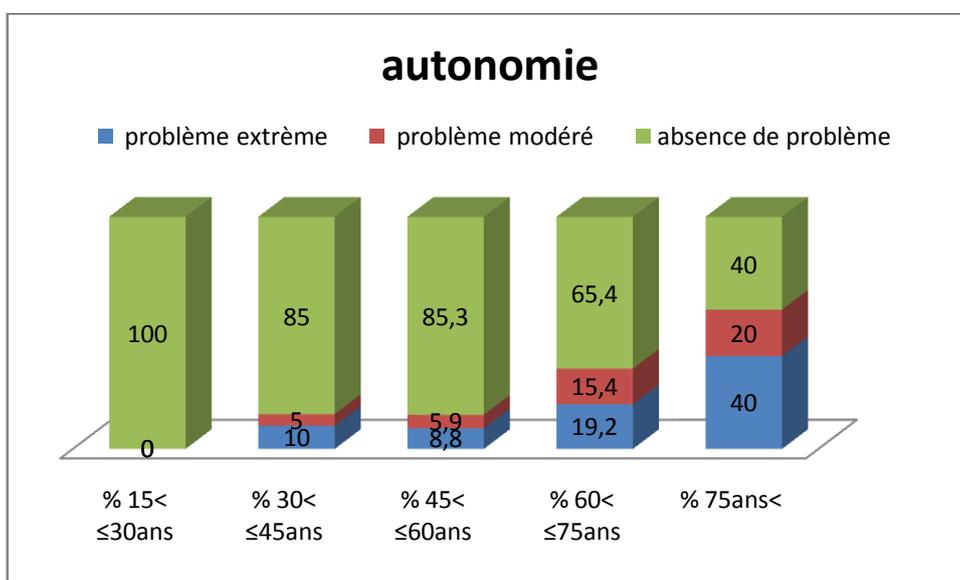


Figure n°24 : influence de l'âge sur l'autonomie

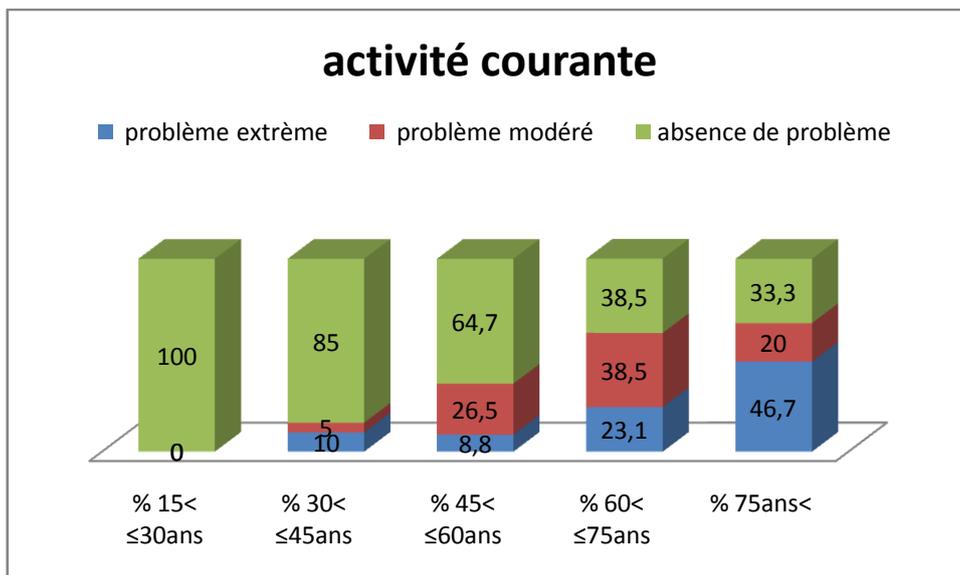


Figure n°25 : influence de l'âge sur l'activité courante

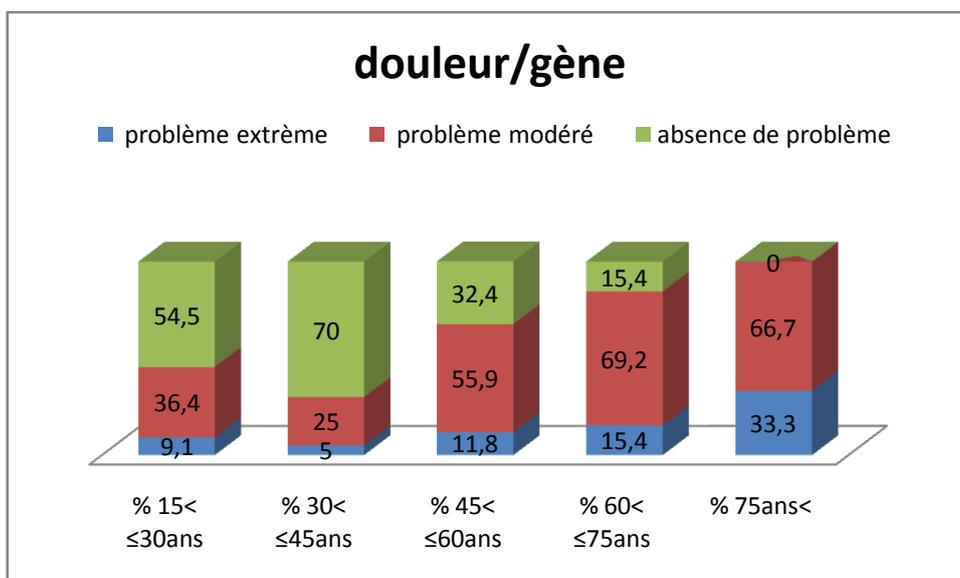


Figure n°26 : influence de l'âge sur la douleur/gène

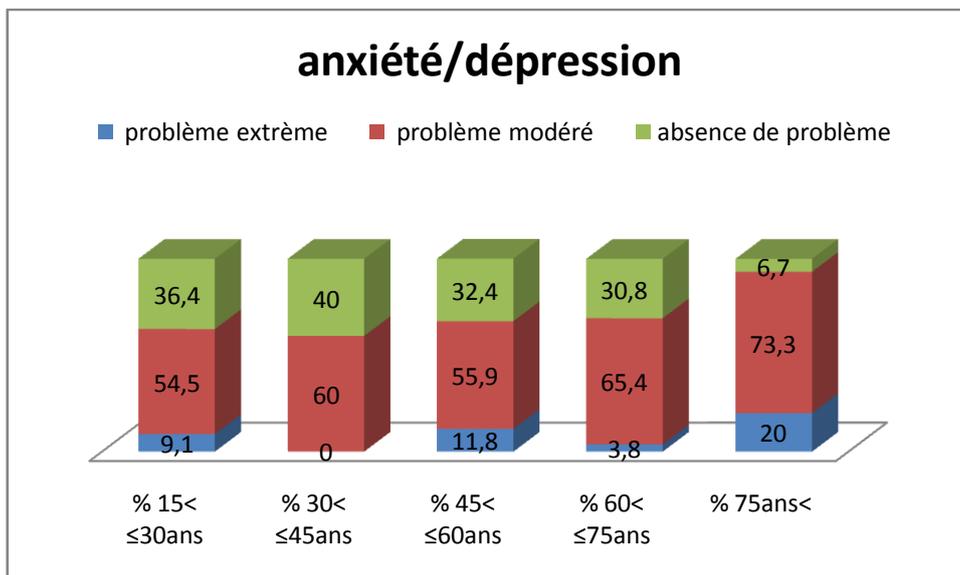


Figure n°27 : influence de l'âge sur l'anxiété/dépression

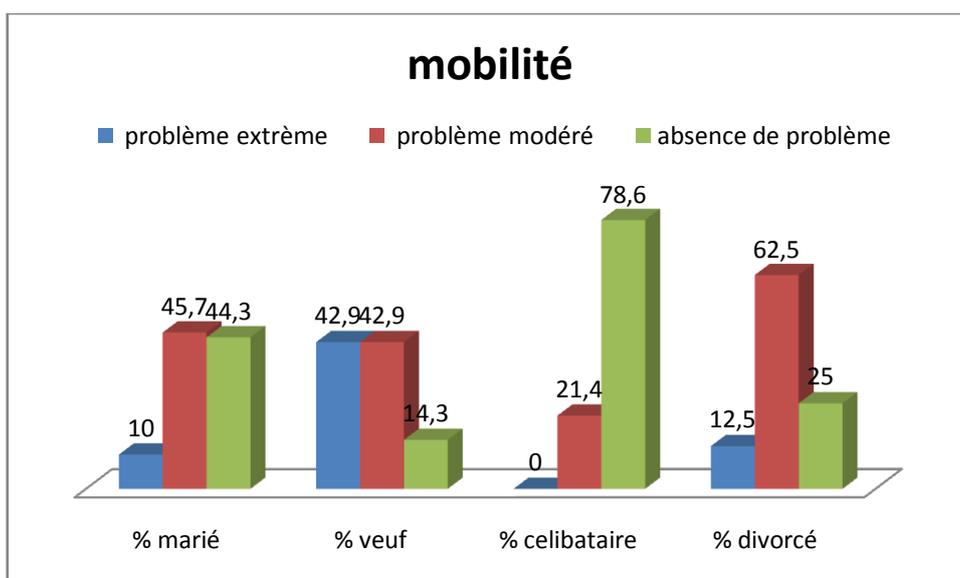


Figure n°28 : influence de la situation maritale sur la mobilité

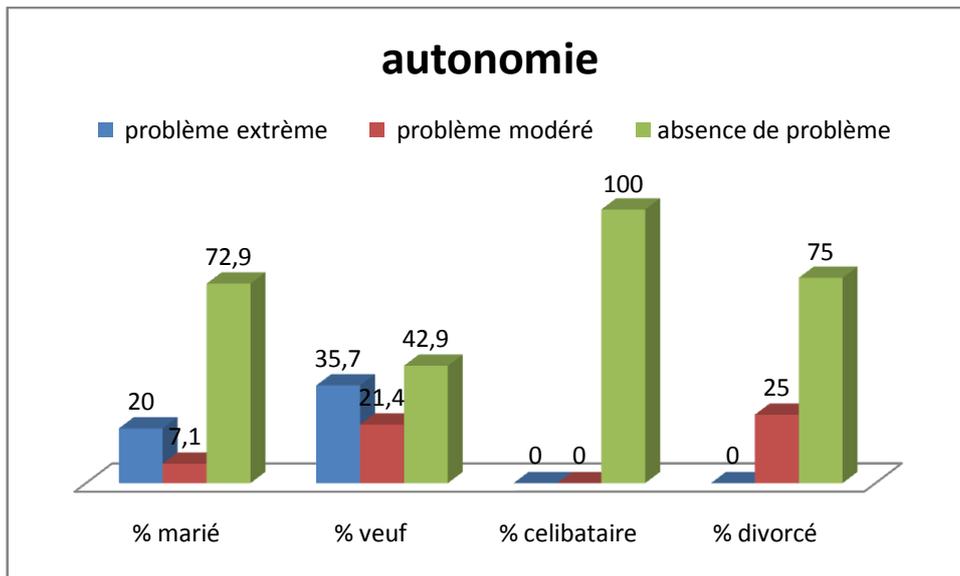


Figure n°29 : influence de la situation maritale sur l'autonomie

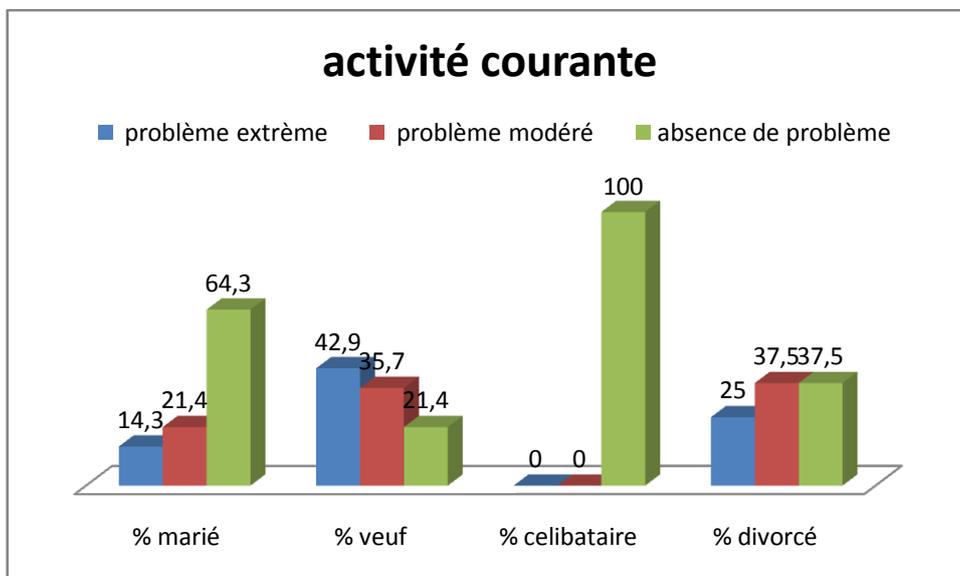


Figure n°30 : influence de la situation maritale sur l'activité courante

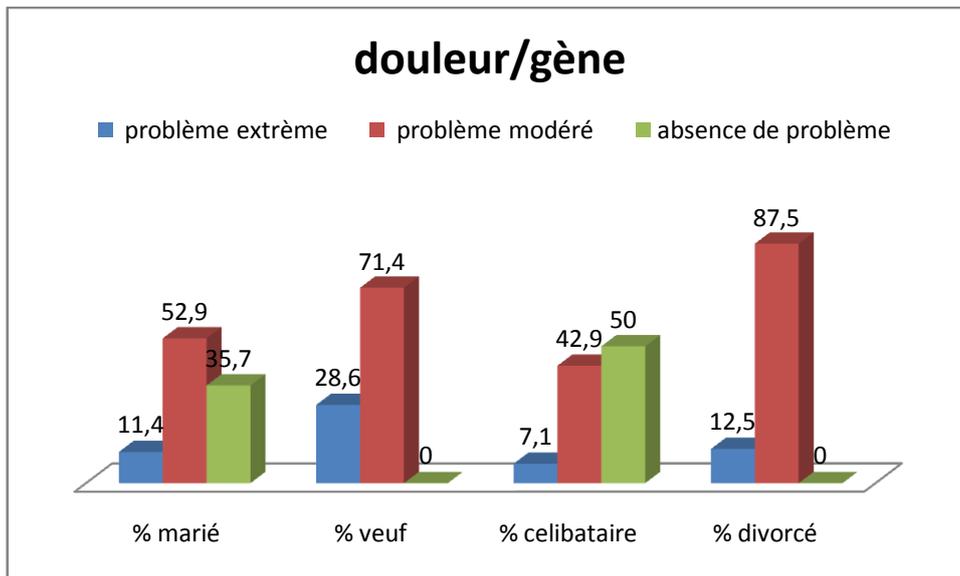


Figure n°31 : influence de la situation maritale sur la douleur/gène

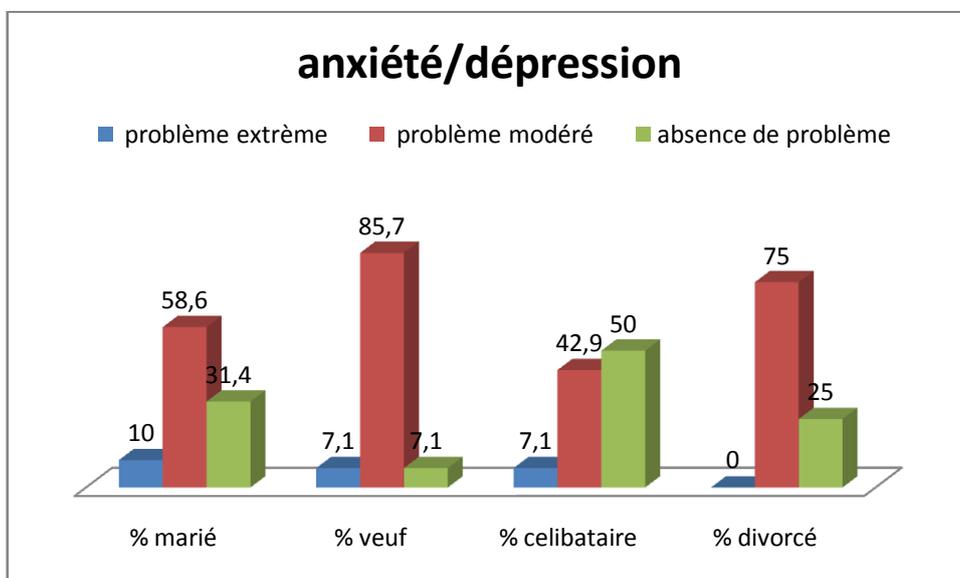


Figure n°32 : influence de la situation maritale sur l'anxiété/dépression

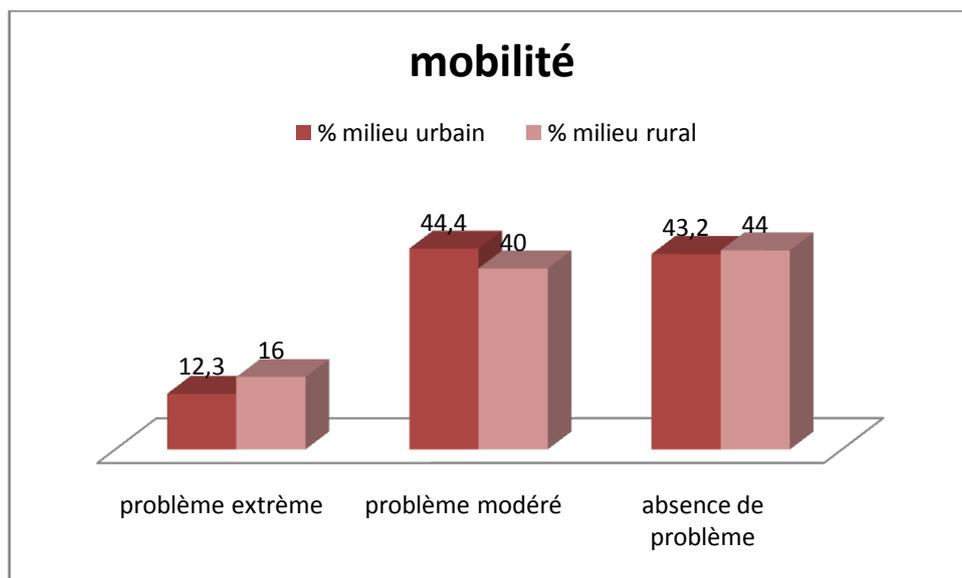


Figure n°33 : influence du milieu sur la mobilité

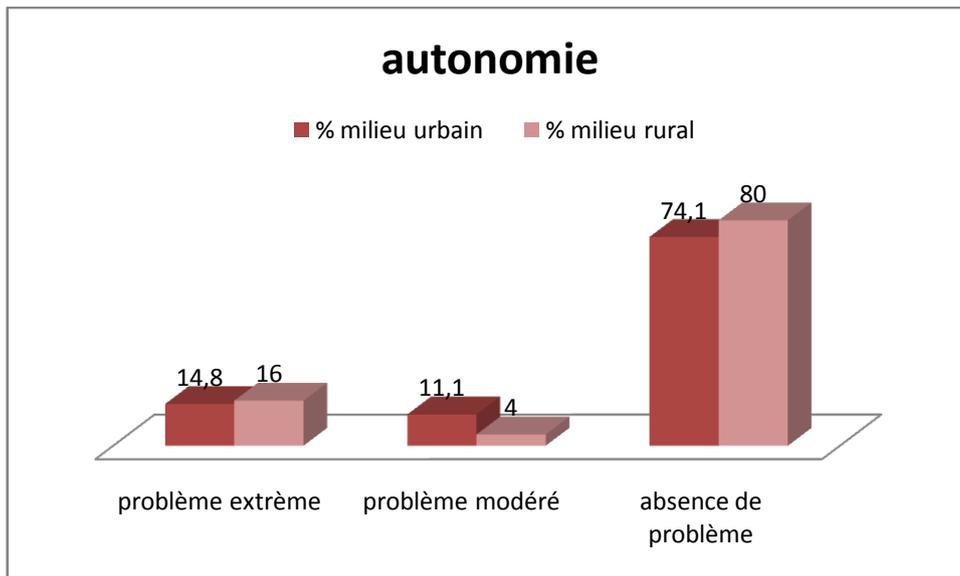


Figure n° 34: influence du milieu sur l'autonomie

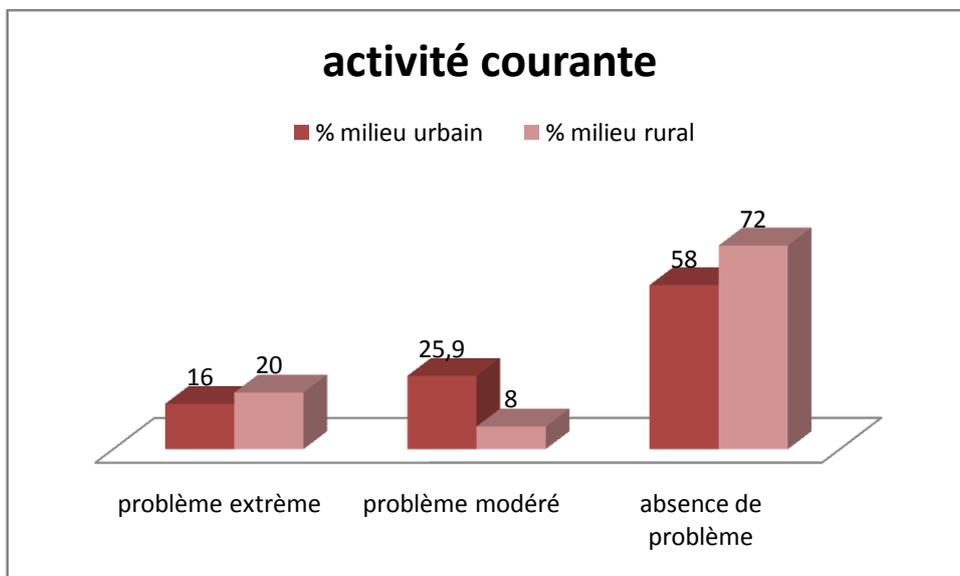


Figure n°35 : influence du milieu sur l'activité courante

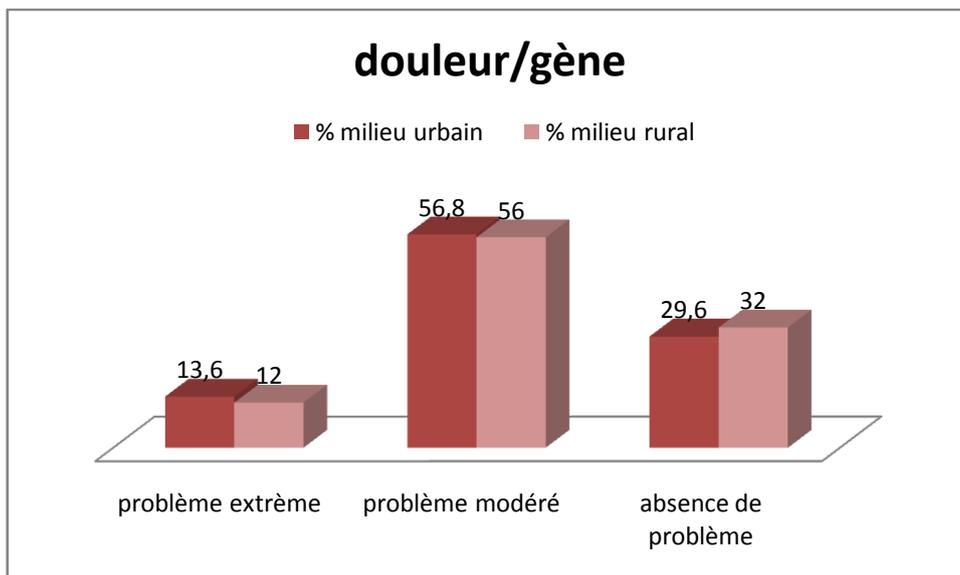


Figure n°36 : influence du milieu sur la douleur/gène

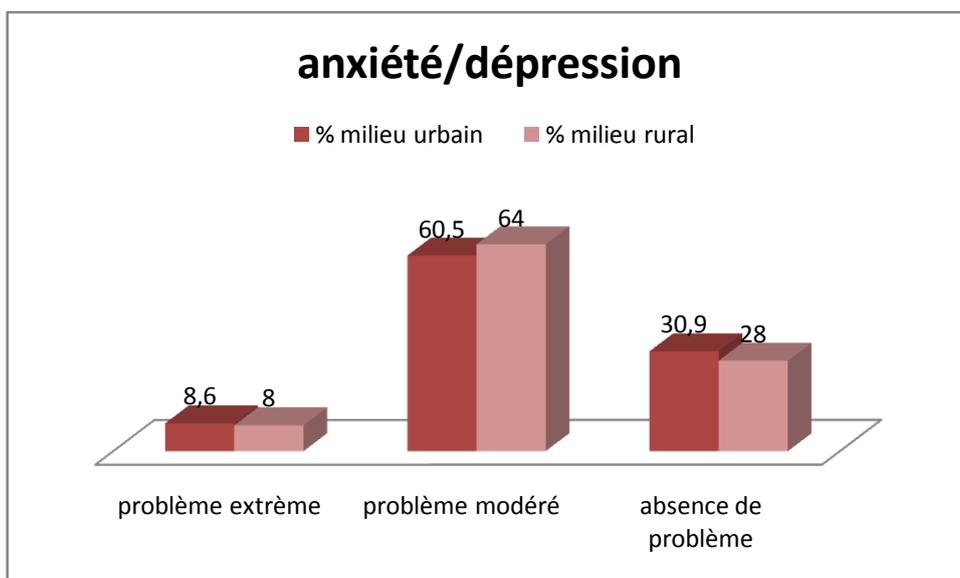


Figure n°37 : influence du milieu sur l'anxiété/dépression

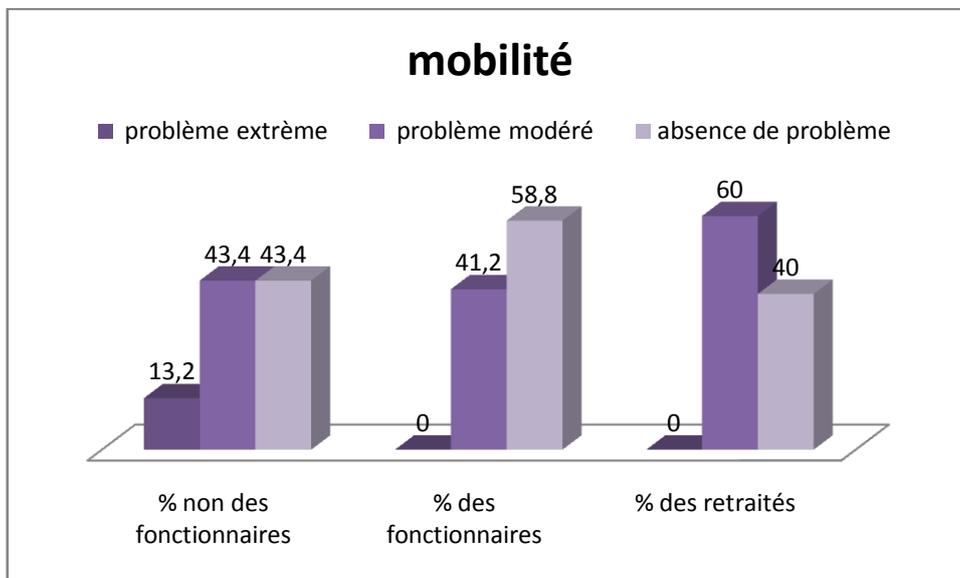


Figure n° 38: influence de la situation professionnelle sur la mobilité

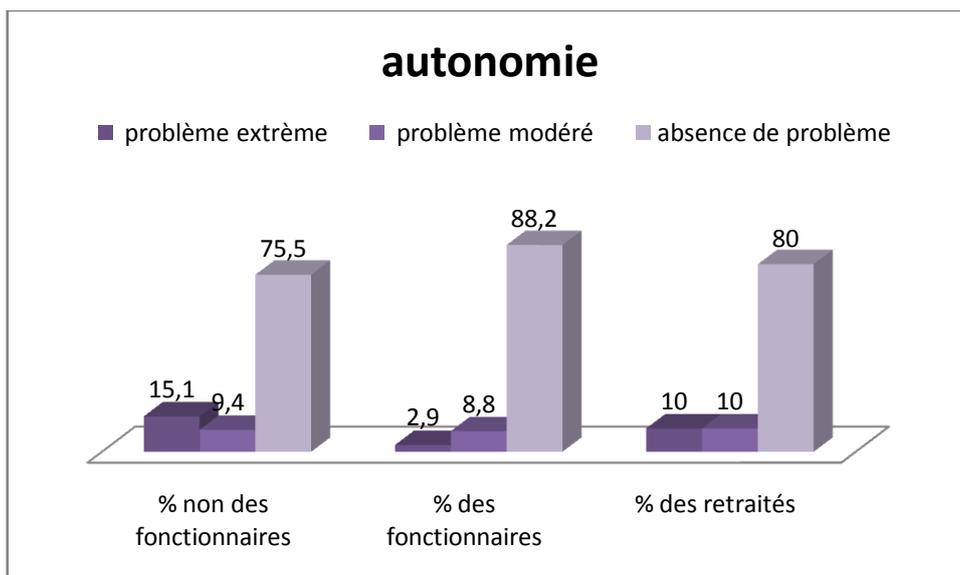


Figure n° 39: influence de la situation professionnelle sur l'autonomie

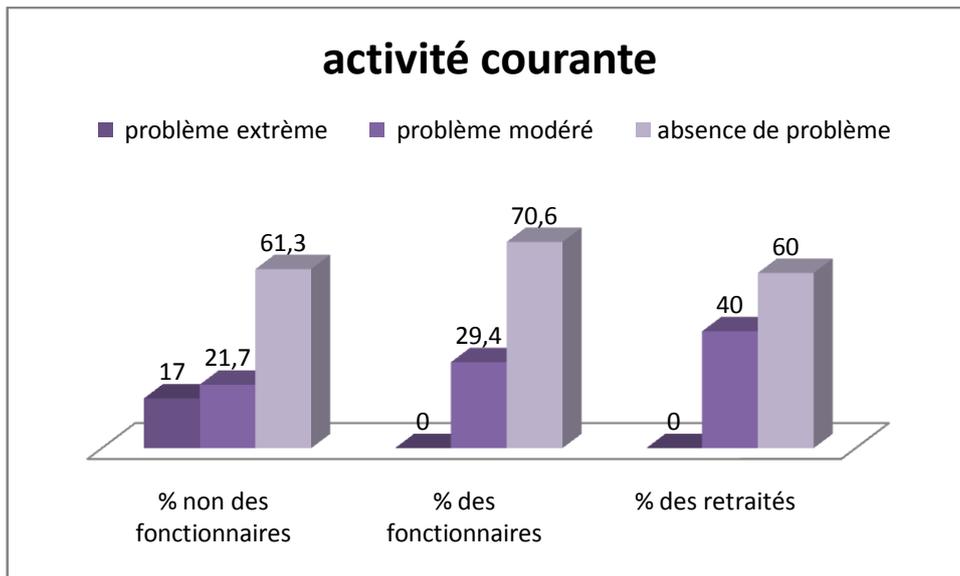


Figure n° 40: influence de la situation professionnelle sur l'activité courante

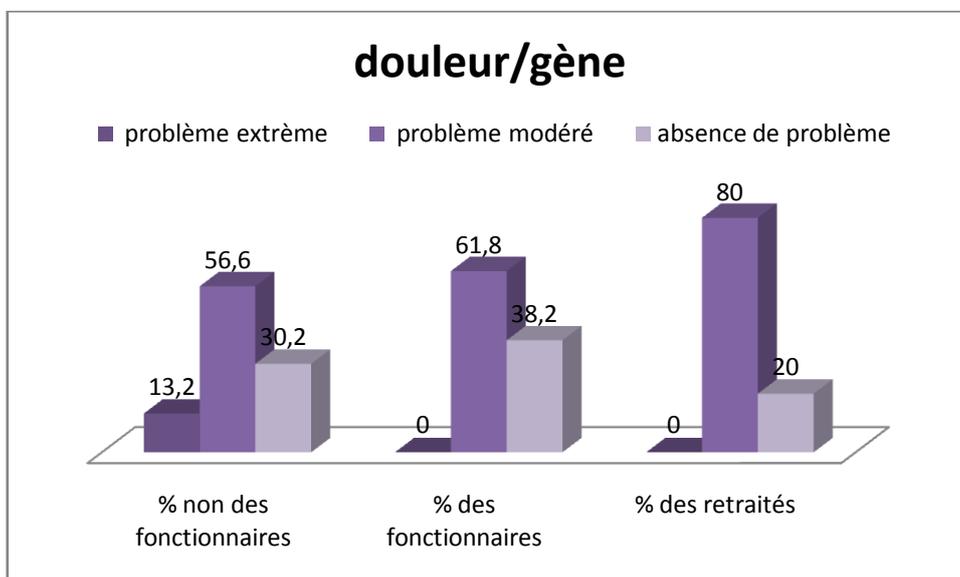


Figure n° 41: influence de la situation professionnelle sur la douleur/gène

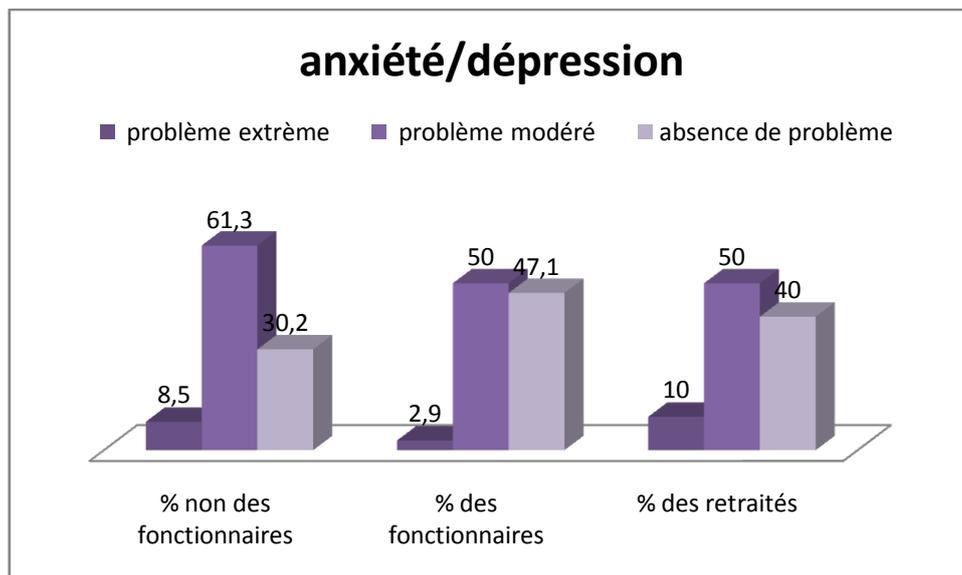


Figure n°42 : influence de la situation professionnelle sur l'anxiété/dépression

b- association « des paramètres liés aux diabètes et la QDV » :

1- type de diabète et qualité de vie du patient:

La mobilité est très influencée par le type de diabète ($P= 0.000$), 80% des diabètes type 1 non pas de problème dans leur mobilité tant 8% ont des problèmes extrêmes, contre 26% des diabétiques type 2 qui ne souffre d'aucun problème et 53.1% souffrant de problème d'ordre moyen dans leur mobilité.

L'autonomie n'est pas influencée par le type de diabète ($P= 0.4$), l'activité courante n'a pas gros lien avec le type de diabète ($P= 0.07$), l'anxiété n'a pas lien avec le type de diabète.

La douleur est très dépendante de type de diabète ($P=0.005$), 56% des diabétiques type 1 n'ont pas de douleur, 36.2% ont des problèmes d'ordre modéré, seulement 12% ont une douleur permanente, 40.2% des diabètes type 2 ont des problèmes de douleur d'ordre modérés, 26.2% n'ont pas de problème de douleur.

L'anxiété n'a pas lien avec le type de diabète.

Figures 43 ; 44 ; 45 ; 46 ; 47.

2- ancienneté de diabète et qualité de vie:

La mobilité n'est pas influencée par l'ancienneté de diabète ($P=0.1$), l'autonomie aussi ($P=0.72$), L'activité courante ($P= 0.12$), la douleur ($P=0.6$) et anxiété ($P=0.18$).

44% des diabétiques avec un diabète ≤ 02 ans ne souffrent pas de problème dans leur mobilité, 55.6% ont des problèmes modérés 77% sont autonomes 55.6% ont des problèmes d'ordre modéré de la douleur.

61.1% des diabétiques avec un diabète entre 02 et 05 ans n'ont pas de problème dans leur mobilité, 94.4% sont autonomes, 94.4% ont une activité courante normale, et 44.4% ne se plaignent pas de douleur.

Un diabète entre 05 et 10 ans, 65.2% ont des problèmes de mobilité, 69.6% seulement sont autonomes, 60.9% souffrent des problèmes de douleurs, 65.2% sont légèrement anxieux.

50% seulement des patients avec diabète ancien > 10ans ont une mobilité normale, 13.3% sont au lit, 16.7% sont complètement dépendants, 13.3% ont une douleur permanente, 66.7% ont une légère dépression.

Les diabétiques avec diabète récent leurs mobilités est atteinte, 19.2% ne sont pas autonomes, 65.4% souffrent d'une douleur intermittente.

Figures 48 ; 49 ; 50 ; 51 ; 52.

3- complications dégénératives et qualité de vie:

Il y'a une très grande relation entre l'existence des complications dégénératives de diabète et l'état de santé du patient ($p=0.018$).

La mobilité est très influencée par l'existence de complications dégénératives ($P=0.002$), 87% des patients avec des CD leurs mobilité est atteinte. 48.2% seulement des diabétiques sans CD souffrent d'une mobilité atteinte.

L'autonomie dépend aussi de l'existence de CD ($P=0.00$), 56.5% ne sont pas autonomes dont 34.8% sont complètement dépendants, 15% seulement des diabétiques sans CD sont soit légèrement soit complètement dépendants.

Ainsi pour l'activité courante elle est très influencée ($P=0.002$), 69.6% ne font pas leur activité courante normalement dont 34.8% ne la font pas du tous, tant que 30.1% ont une activité courante perturbée.

La douleur n'a pas lien ($P=0.088$), de même pour l'anxiété/ dépression ($P=0.308$).

Figures 53 ; 54 ; 55 ; 56 ; 57.

4- la comorbidité et qualité de vie:

Il ya un très grand lien entre la comorbidité et l'état de santé du patient ($P=0.028$).

La mobilité est très influencée par l'existence de la comorbidité ($P=0.000$), 76.3% des diabétiques qui ont des maladies associées ont des problèmes d'ordre modéré et extrême, 31.9% seulement de diabétiques sans comorbidité qui souffrent des problèmes dans leur mobilité.

L'autonomie dépend aussi de la comorbidité ($P=0.017$), 33.9% des diabétiques avec comorbidite sont légèrement ou complètement dépendant contre 12.8% seulement pour les diabétiques sans comorbidité.

La relation entre comorbidité et activité courante est très significative ($P=0.008$), 76.6% des diabétiques sans maladies associées ont une activité courante régulière et le lien entre

douleur et comorbidité est aussi établie ($P=0.013$), 81.4% des diabètes associés à d'autre maladie souffrent des douleurs contre 55.3% pour les patients sans comorbidité.

L'anxiété n'a pas relation ($p=0.249$).

Figures 58 ; 59 ; 60 ; 61 ; 62.

4- traitement de diabète et QDV:

Il n'ya pas de relation établie entre le traitement et l'état de santé du patient ($P=0.34$).

Il n'ya pas lien entre la mobilité et traitement ($P=0.07$). L'autonomie ($P=0.47$), L'activité courante ($P=0.61$), l'anxiété ($P=0.49$).

Il ya un lien entre le traitement et la sensation de douleur ($P=0.05$), 57.1% des patients sous insuline souffrent de problèmes de douleurs, 65.8% des patients sous ADO seul l'on souffre tandis que 87.9% des patients sous ADO+insuline souffrent des problèmes de douleur dont 21.2% ont des problèmes permanentes.

Figures 63 ; 64 ; 65 ; 66 ; 67.

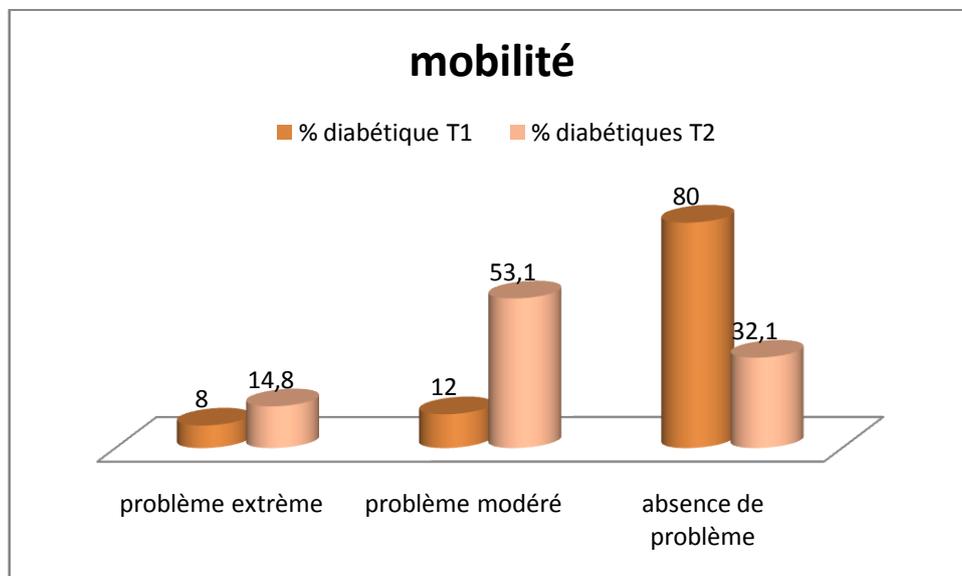


Figure n° 43: influence de type de diabète sur la mobilité

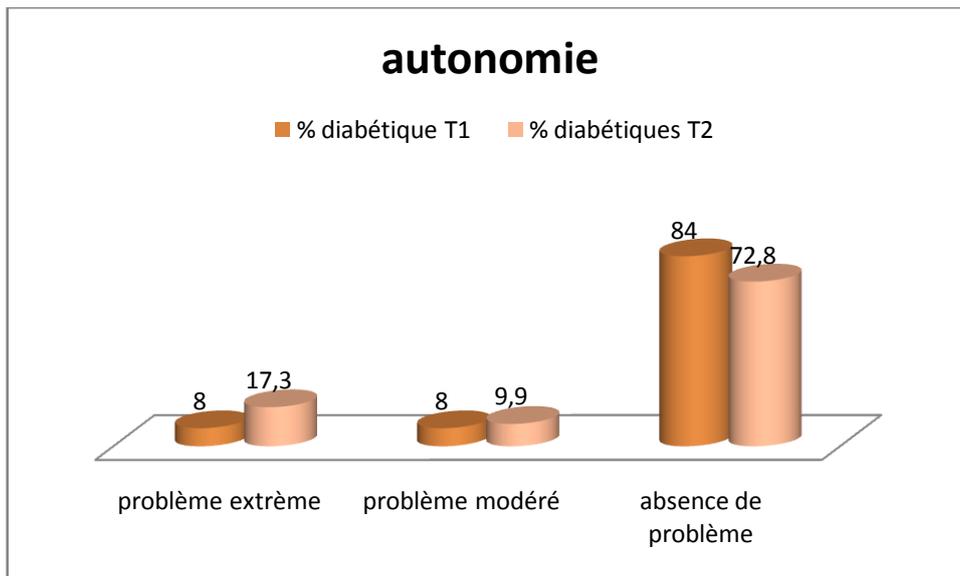


Figure n° 44: influence de type de diabète sur l'autonomie

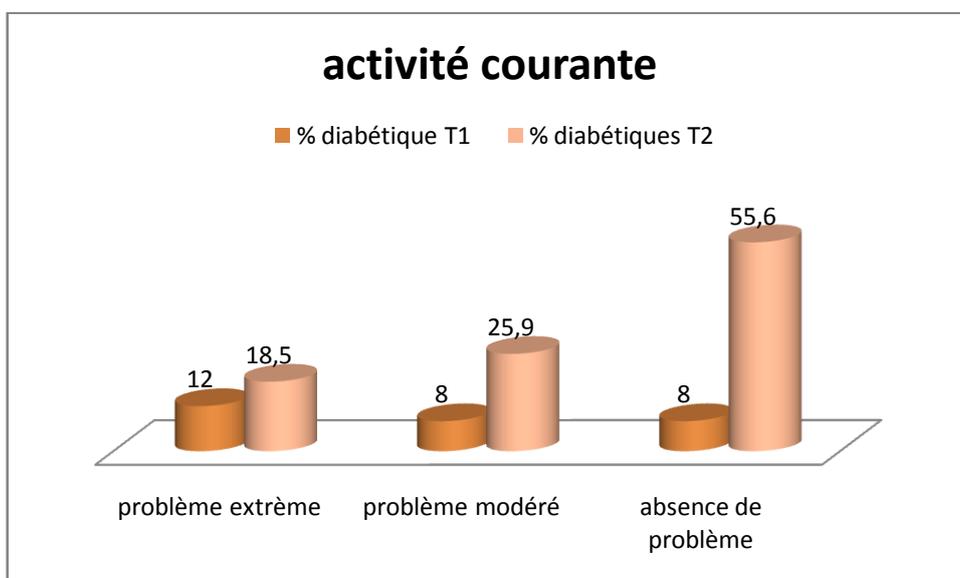


Figure n°45 : influence de type de diabète sur l'activité courante

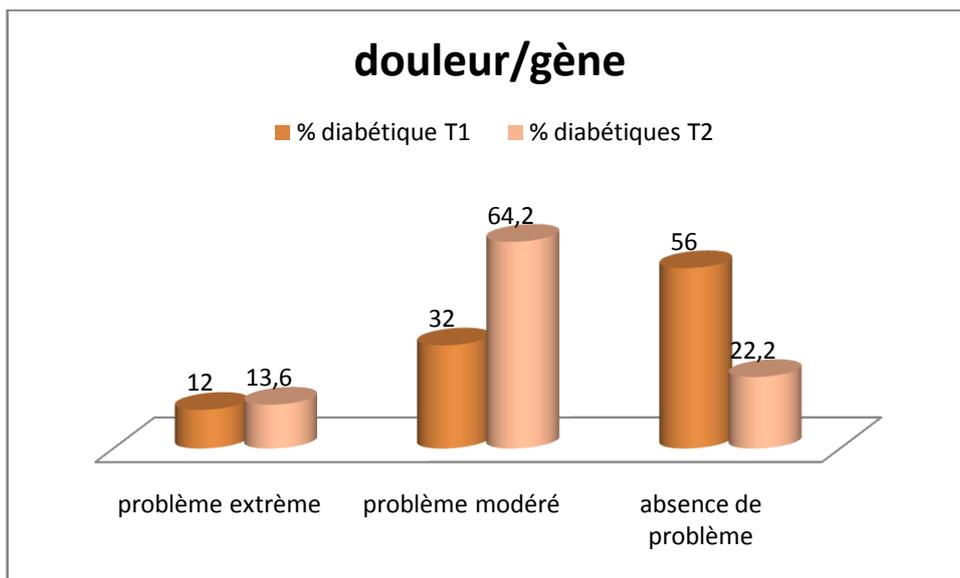


Figure n° 46: influence de type de diabète sur la douleur/gène

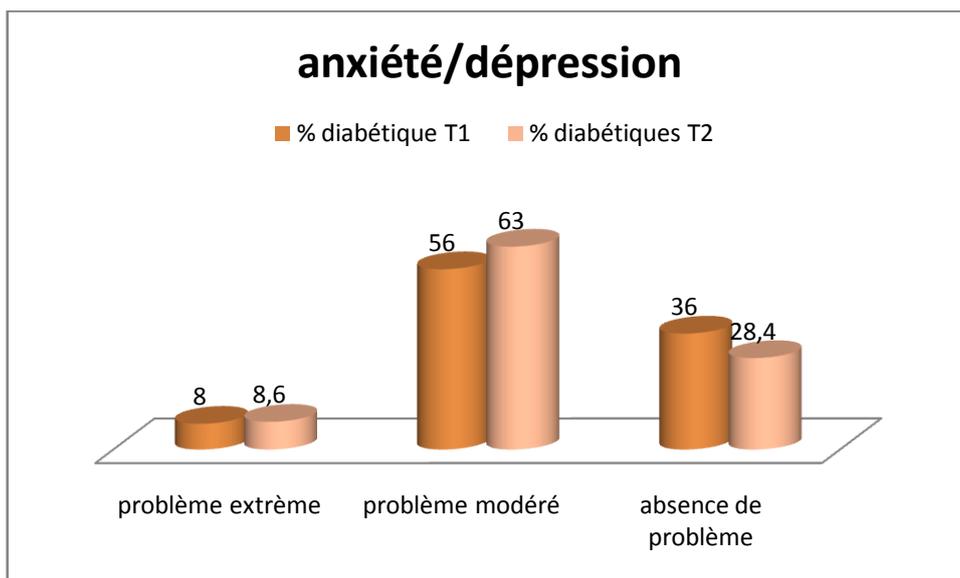


Figure n°47 : influence de type de diabète sur l'anxiété/dépression

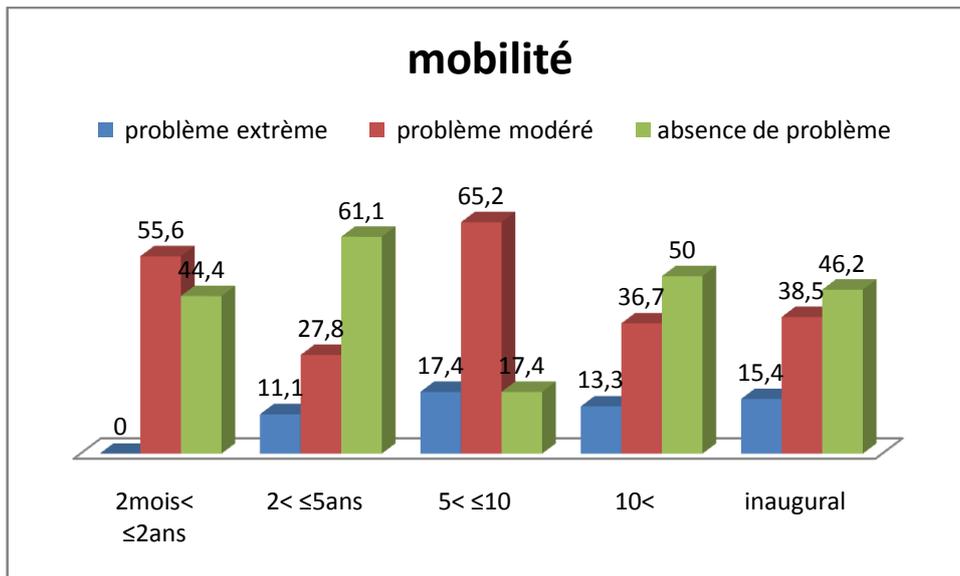


Figure n°48 : influence de l'ancienneté de diabète sur la mobilité

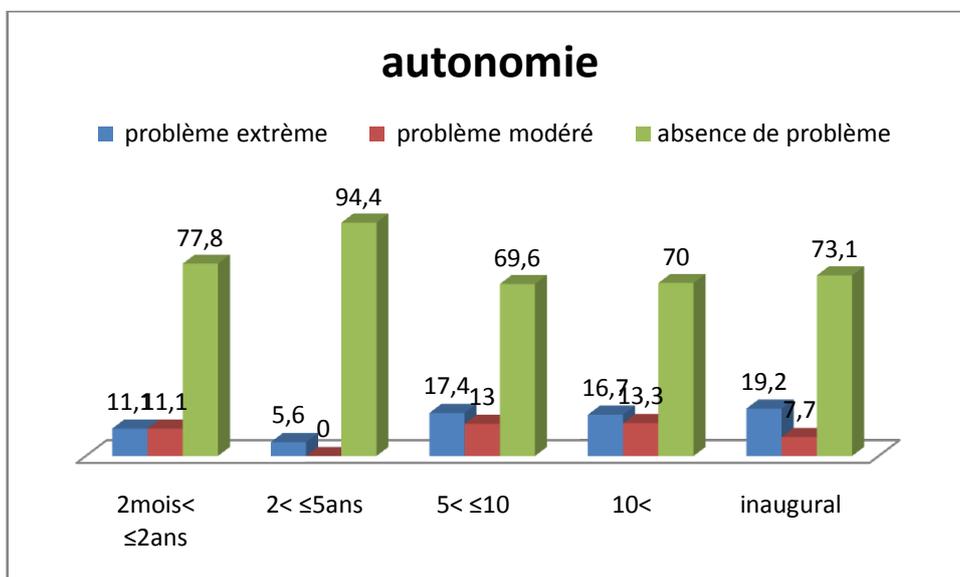


Figure n° 49: influence de l'ancienneté de diabète sur l'autonomie

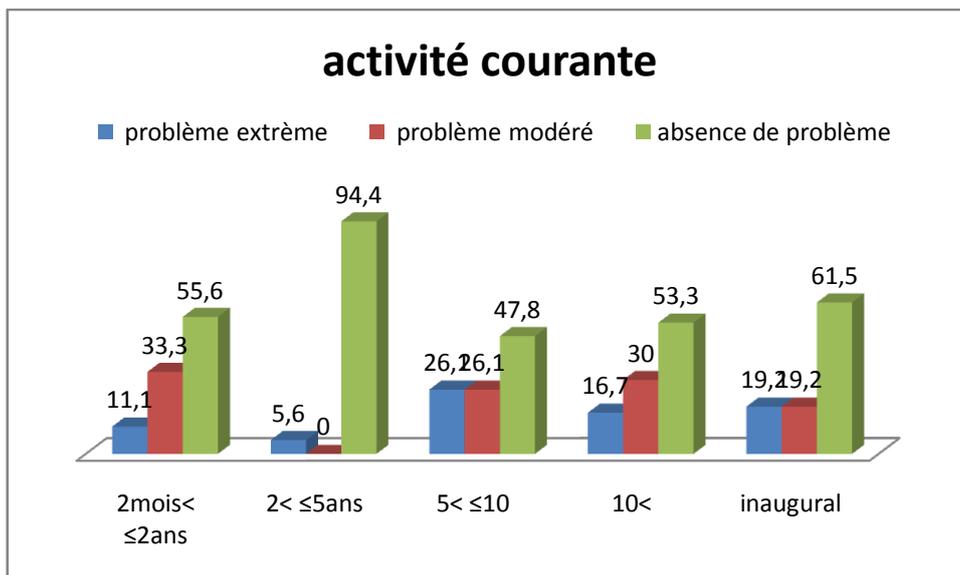


Figure n°50 : influence de l'ancienneté de diabète sur l'activité courante

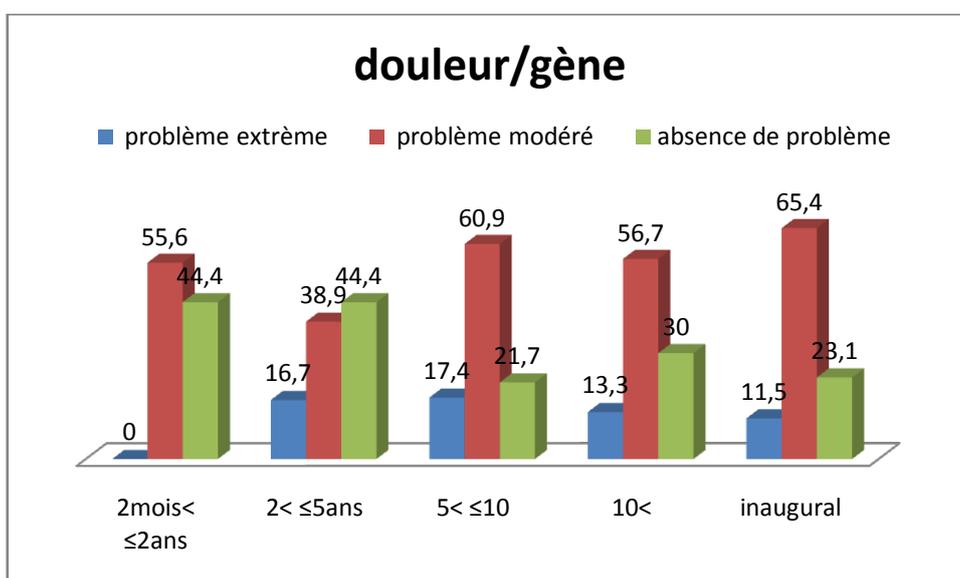


Figure n°51 : influence de l'ancienneté de diabète sur la douleur/gène

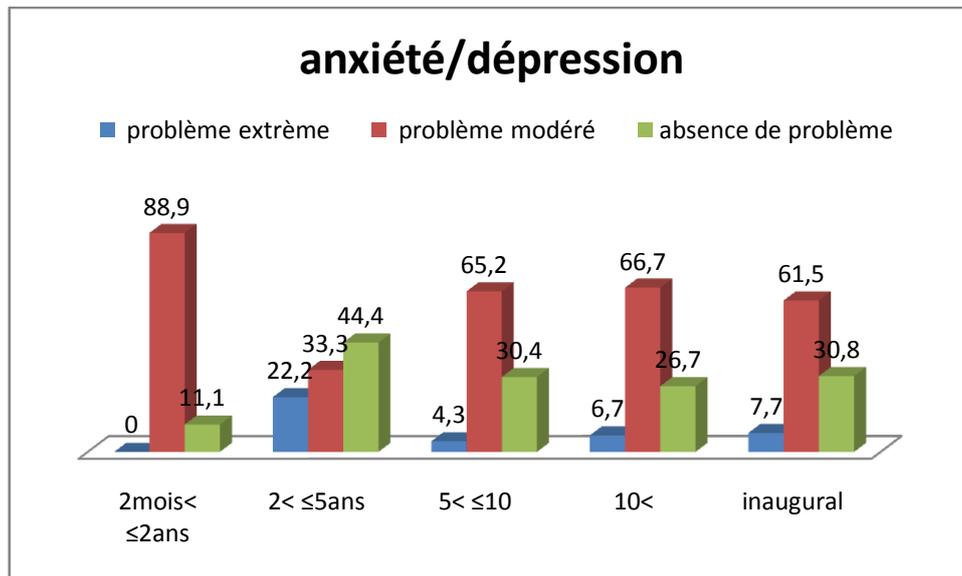


Figure n°52 : influence de l'ancienneté de diabète sur l'anxiété/dépression

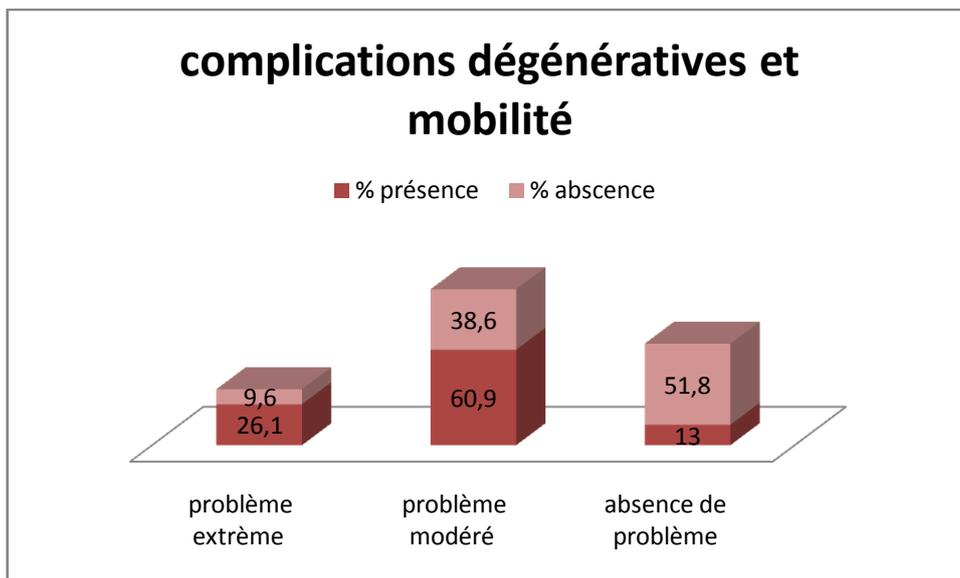


Figure n°53 : influence de la présence des complications dégénératives sur la mobilité

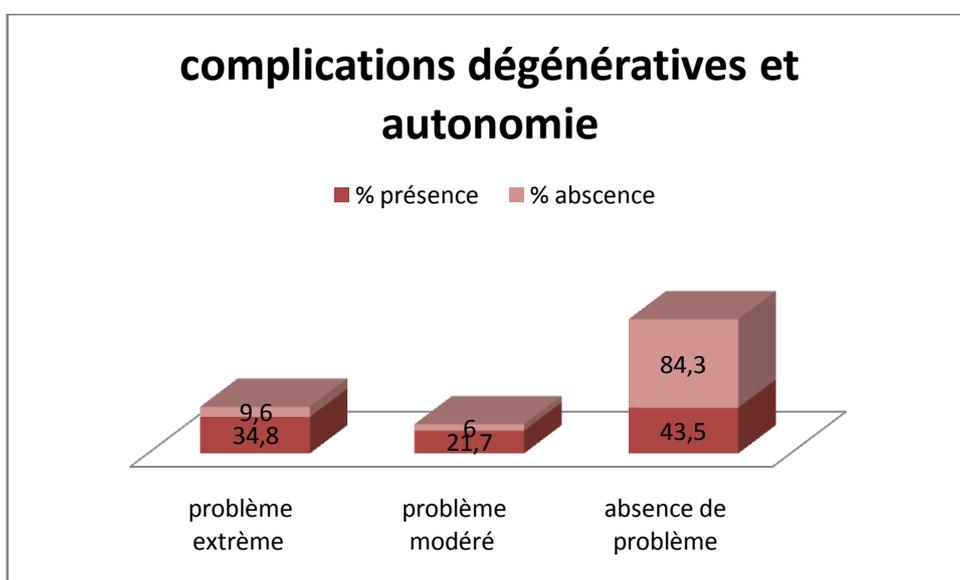


Figure n° 54: influence de la présence des complications dégénératives sur l'autonomie

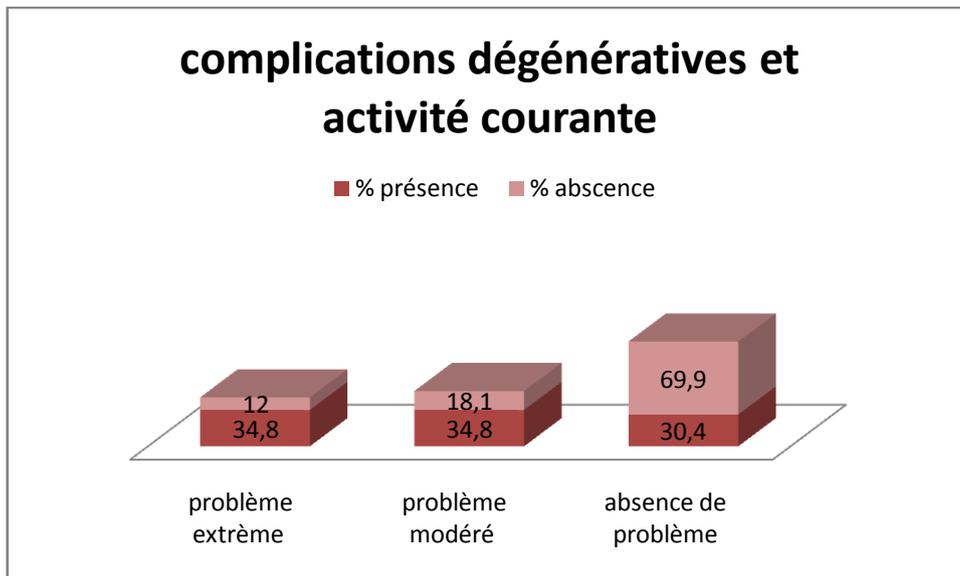


Figure n°55 : influence de la présence des complications dégénératives sur l'activité courante

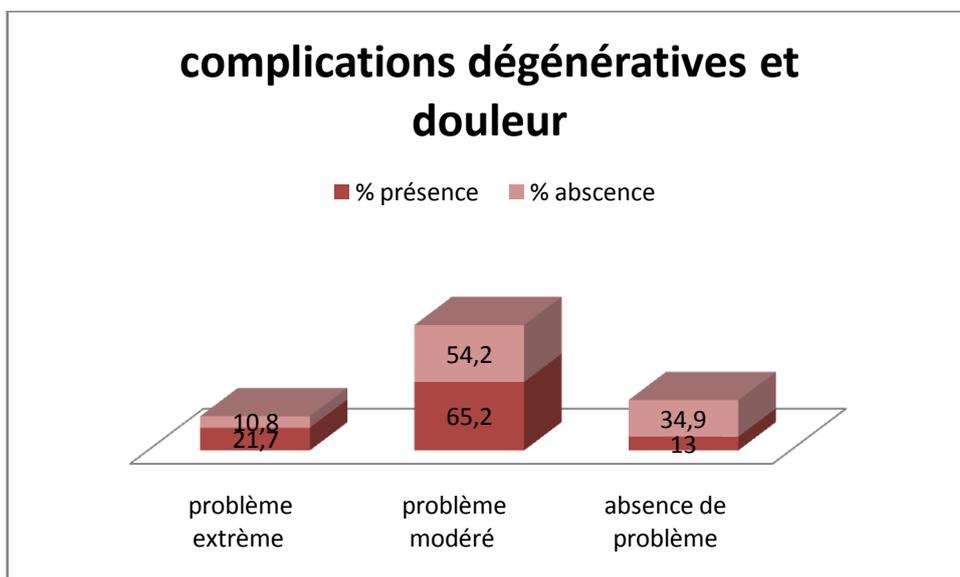


Figure n° 56: influence de la présence des complications dégénératives sur la douleur/gène

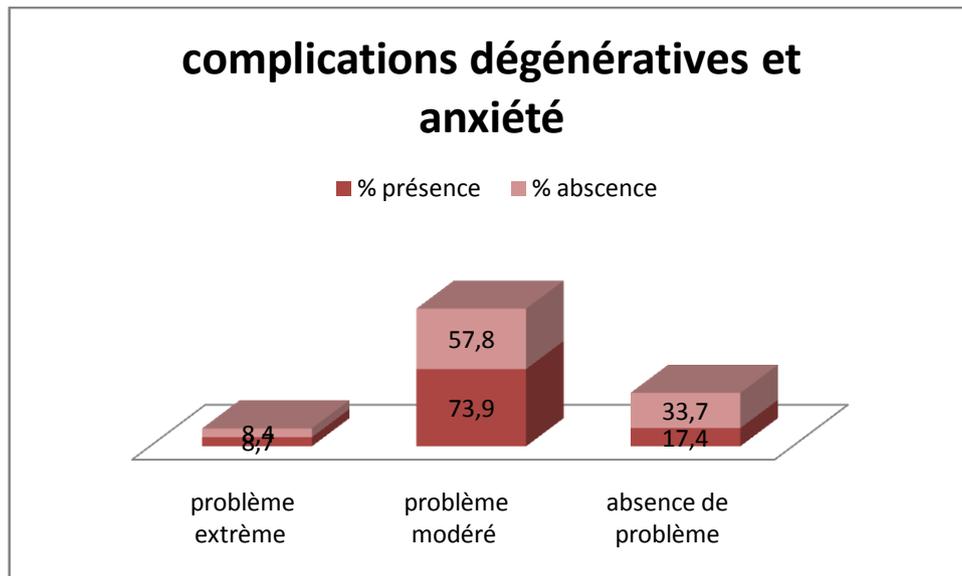


Figure n°57 : influence de la présence des complications dégénératives sur l'anxiété/dépression

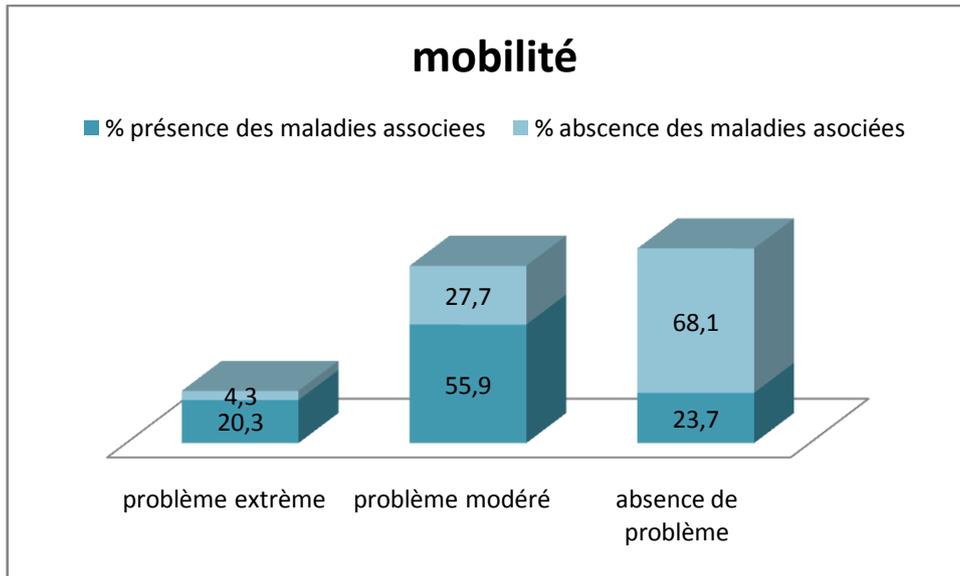


Figure n°58 : influence de l'association avec d'autres maladies sur la mobilité

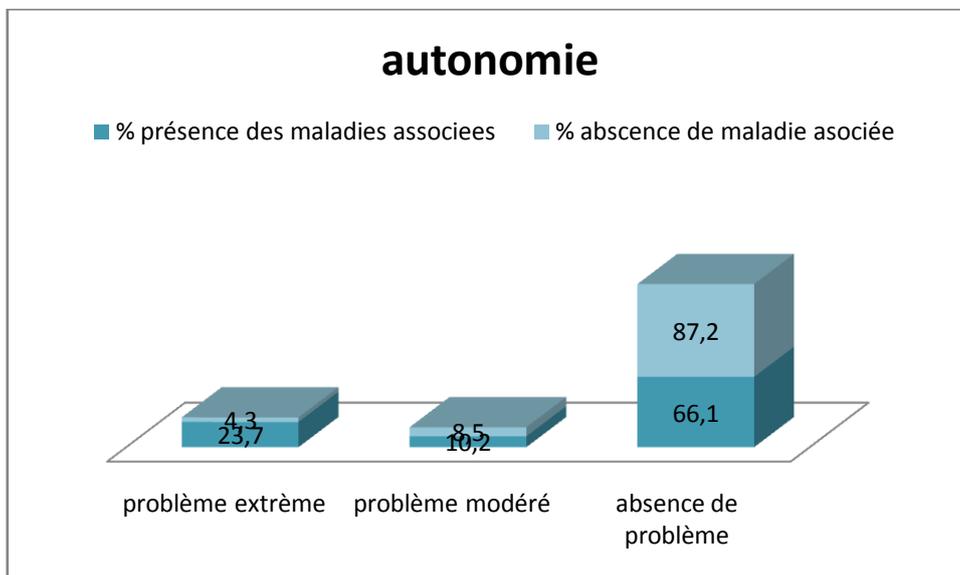


Figure n°59 : influence de l'association avec d'autres maladies sur l'autonomie

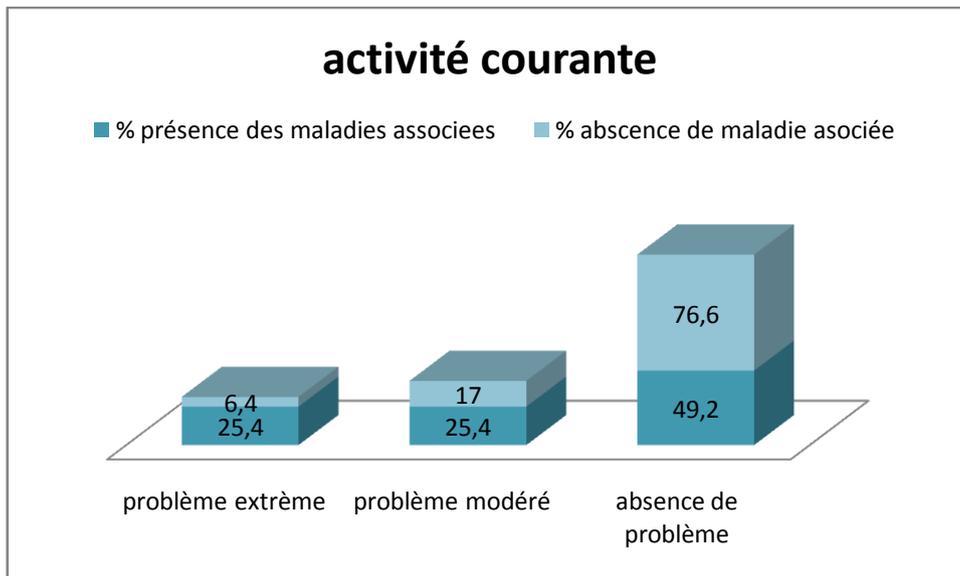


Figure n° 60: influence de l'association avec d'autres maladies sur l'activité courante

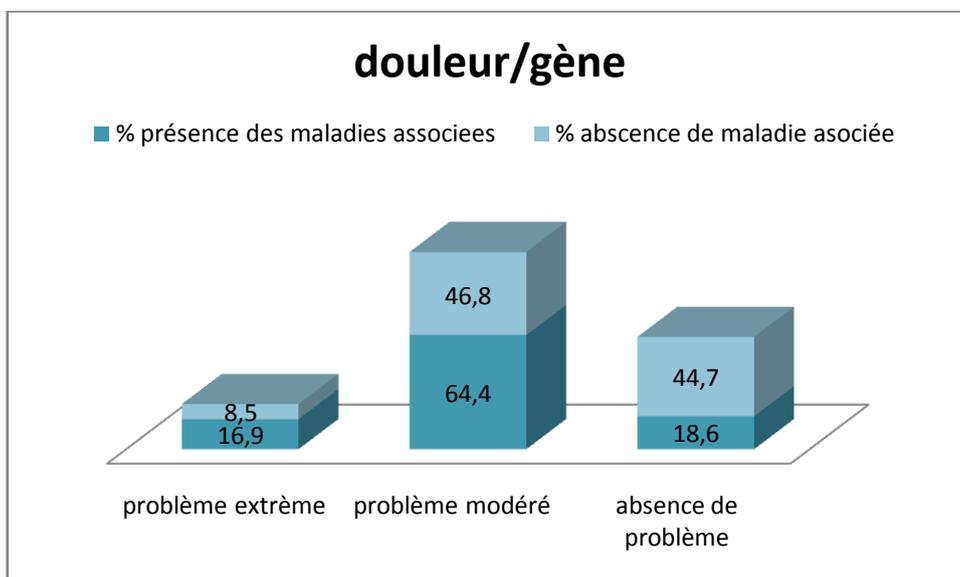


Figure n° 61: influence de l'association avec d'autres maladies sur la douleur/gène

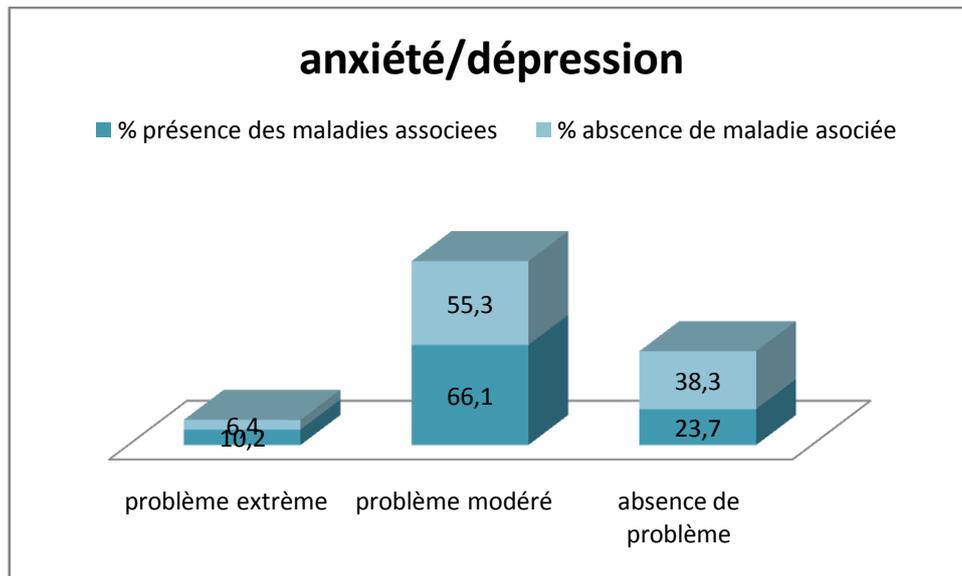


Figure n°62 : influence de l'association avec d'autres maladies sur l'anxiété/dépression

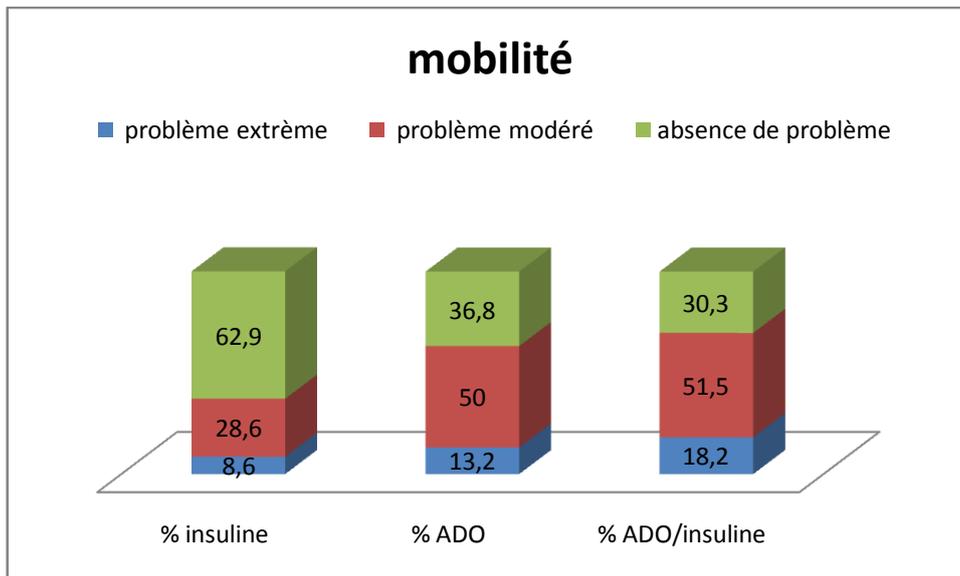


Figure n° 63: influence de type de traitement sur la mobilité

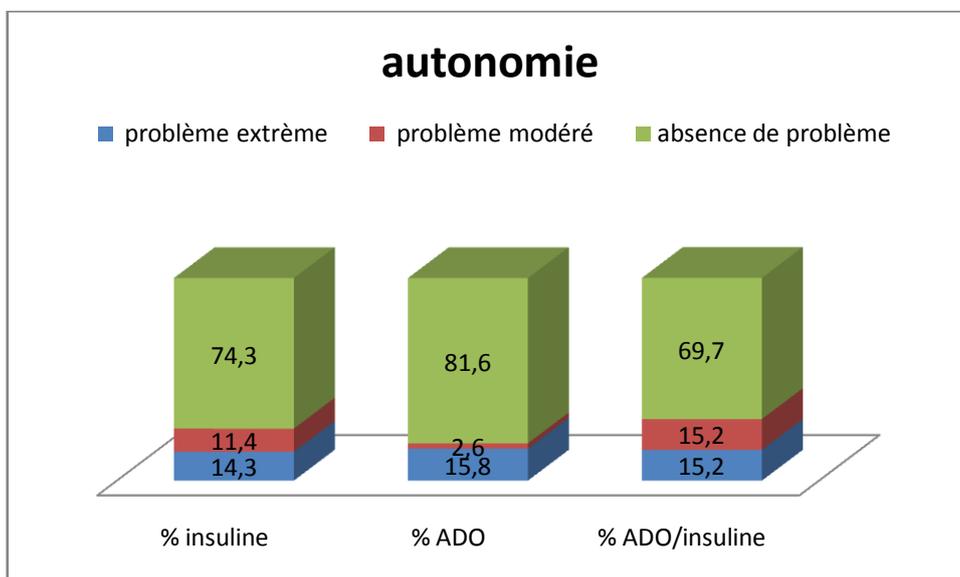


Figure n°64 : influence de type de traitement sur l'autonomie

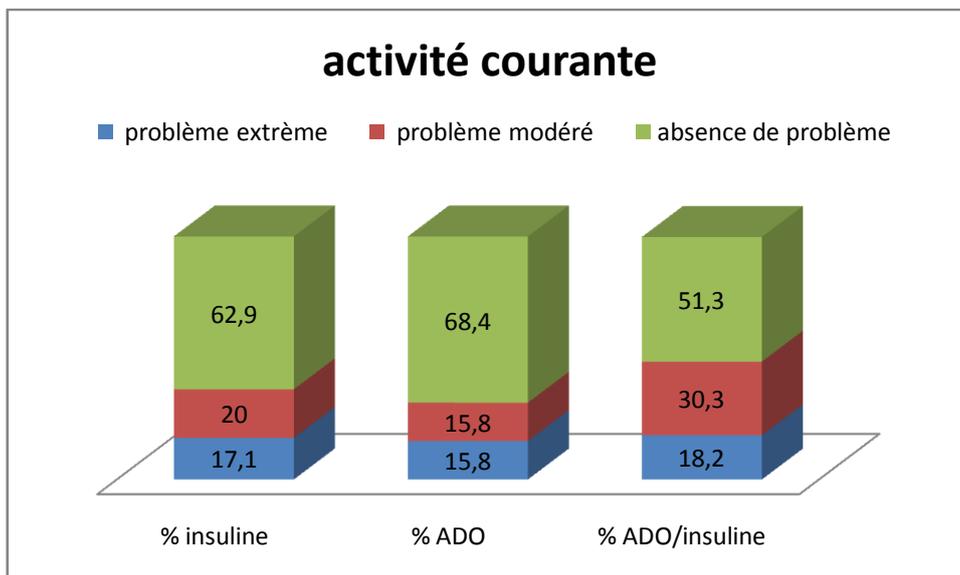


Figure n° 65: influence de type de traitement sur l'activité courante

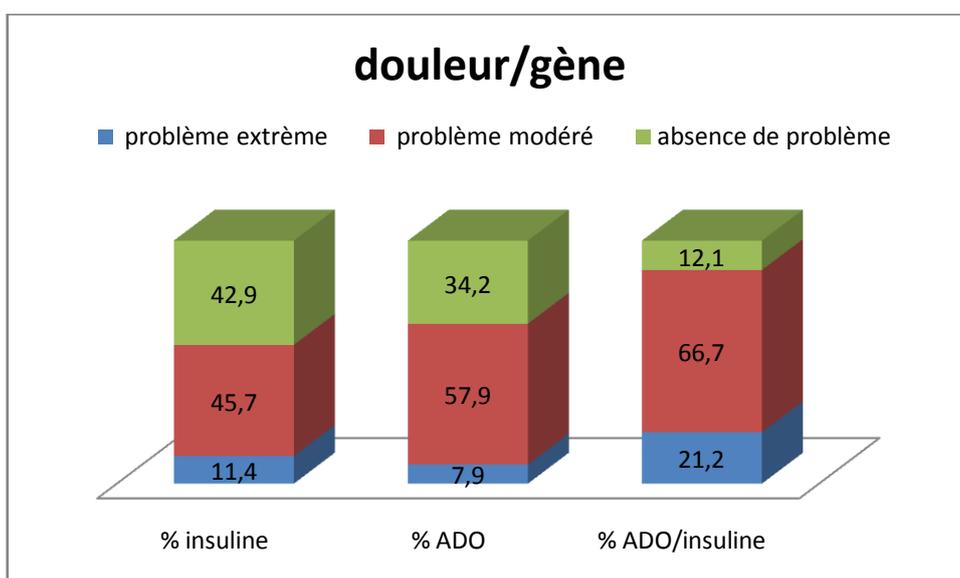


Figure n°66 : influence de type de traitement sur la douleur/gène

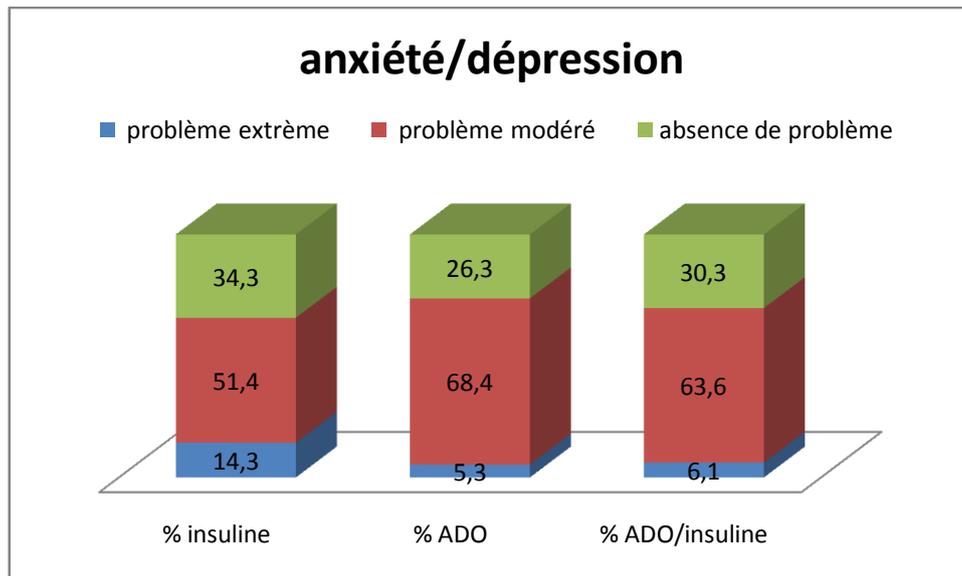


Figure n°67 : influence de type de traitement sur l'anxiété/dépression

DISCUSSION

1_Evaluation de la qualité de vie chez le diabétique :

A. Pourquoi évaluer la qualité de vie:

Le diabète est une maladie chronique constituant un véritable problème de santé publique, nécessitant une prise en charge lourde du fait de Ses lourdes conséquences sur la vie du patient, une maladie chronique, se définit encor comme " un problème de santé nécessitant des soins à long terme ⁽⁵⁾, ce qui veut dire un retentissement sur la vie quotidienne des patients à type limitation de la mobilité, limitation de l'activité professionnelle, dépendance, besoin des soins quotidiennes (insuline, changement de pansement), douleur et gêne physique, anxiété et dépression, donc un retentissement systématique sur les dimensions sociale, psychologiques et économiques de la vie du patient.

Le terme qualité de vie a été évoquer dans la littérature médicale à environ 40 fois dans la période de 8 ans entre 1966 et 1974, contre plus de 10.000 fois dans la période de 8 ans entre 1986- 1994 ⁽³³⁾, QDVLS (qualité de vie liée à la santé) est maintenant un sujet très chaud dans le diabète ainsi que dans la plus part des autres domaines de la recherche médicale ⁽²⁰⁾.

Notre étude à comme objectif d'évaluer la qualité de vie chez les patients diabétiques type 1 et 2, ainsi que les différents paramètres pouvant influencer cette qualité de vie.

Des multiples instruments de mesure de l'état de santé ont été développés ⁽²⁰⁾.

L'une des applications de ces mesures nouvelles est l'évaluation par les patients eux-mêmes de leurs états de santé. Ce type d'évaluation repose sur des questionnaires auto-administrés.

La recherche en matière de qualité de vie est toujours orientée vers une application pratique pour le bénéfice du patient, il s'agit de rassembler des donnés fiables qui permettent de juger de la pertinence d'intervention déterminée, l'intérêt que les chimistes et chercheurs portent aux mesures de qualité de vie liée à la sante s'explique par la nécessité de prendre en compte les perceptions et les préférences des patients en matière de décisions de santé, même si se sont les médecins qui déterminent les soins, se sont les patients qui choisissent de consulter un médecin, de suivre ses prescriptions et recommandations, ou de rechercher d'autres moyens de trouver une réponse a leurs attentes.

En effet, la décision de consulter dépend plus de ce que les patients ressentent que la "réalité" de leurs situation clinique, la perception de leurs propre vulnérabilité de leurs

ressentie de la maladie, des moyens thérapeutiques mis en œuvre, tout ça influence de façon majeure la qualité de vie des patients.

En outre, il existe des différences par fois importantes entre préférences exprimées par les patients et celles évaluées par les médecins, les perceptions les patients ont également une influence majeure sur l'observance des prescriptions, alors que les médecins sont avant tout attentifs aux signes cliniques et aux symptômes quantitatifs et évaluables, le ressenti des patients et leurs capacité à satisfaire leurs besoins et leurs désirs restent souvent inaccessibles par manque de moyens d'évaluation appropriées.

B. choix du questionnaire:

EQ5D est une mesure standardisée de l'état de santé mis au point par groupe EuroQOL afin de fournir une mesure simple générique de la sante pour l'évaluation clinique et économique.

C'est une échelle de qualité de vie européenne, développée dans les années 90 par l'EuroQol Group⁽³⁴⁾.

Applicable a un large éventail de conditions de santé et de traitement, il fournit un profil descriptif simple et une valeur d'indice unique pour l'état de sante qui peut être utilisé dans l'évaluation clinique et économique des soins de sante ainsi que des les enquêtes sur la santé de la population.

EQ5D est cognitivement peu exigeant, prenant seulement quelque minute pour terminer, contrairement aux autres questionnaires dont le malade doit concentrer et répondre à plusieurs questions, en plus il a l'option d'auto réponse.

Il est aussi possible de transformer le profil de santé à cinq chiffres en un score de QOLVS.

Selon les données de la littérature, les qualités des questionnaires de qualité de vie sont les suivantes^{.(35)}

*Tout d'abord, ils doivent être pertinents et refléter les attentes des personnes interrogées (malades ou non malades).

* Ces questionnaires doivent être fiables : la mesure doit être *reproductible. Ces questionnaires doivent être acceptables, comporter des questions sans ambiguïté et ne pas être trop longs.

L'EQ-5D, utilisé pour la réalisation de notre étude, se compose de 3 pages, il se présente sous la forme d'un questionnaire simple et intuitif, ne nécessite que quelques minutes. Pour ce qui est de l'exigence de clarté attendue de ces questionnaires, les instructions aidant à répondre à l'EQ-5D sont incluses dans le questionnaire, chaque items étant détaillé et faisant référence à des situations concrètes et des activités courantes de la vie quotidienne. Une qualité indispensable de ces questionnaires est leur validité : au travers de l'ensemble des questions, mesure t'on bien ce que l'on souhaite mesurer (validation externe).

C. Limites de l'étude:

il s'agit d'une enquête transversale ayant pour but d'évaluer la qualité de vie des patients à un moment donné, les limitations de notre études sont principalement représentées par son caractère transversal excluant toute possibilité de comparaison de la QVLS avant et après le diabète ou encore d'apprécier l'évolution de la qualité de vie des patients sous traitement comme le permettent les études prospectives a ce sujet ⁽³⁶⁾, aussi on a été limité par le temps de réception des données ainsi le nombre limité de nos patients.

2- la qualité de vie liée à la santé:

A- association « paramètres sociodémographiques et qualité de vie » :

a- sexe du patient et la qualité de vie:

Il y'a une nette différence entre le score d'état de santé et le sexe, mais notre étude n'a révélé aucune relation établie entre les deux, même résultat de l'étude QUODIEM ⁽³⁷⁾

La nette différence entre le score homme et femme peut être influencée par le contexte socioculturel algérien ou que les femmes arrivent à exprimer mieux leurs sensations qu'un homme.

En générale les hommes diabétiques ou non ont une qualité de vie meilleure que les femmes, la plus part des études confirme cette tendance ^{(37) (38) (39) (40)}.

Suivant les paramètres de l'EQ5D, la mobilité est plus meilleure chez les hommes que chez les femmes, de même pour l'activité courante et la sensation de la douleur est plus marquée chez les femmes.

Donc les hommes sont plus satisfaits de leurs qualités de vie, malgré le test chi-deux était neutre.

Les études qui parlent d'une mauvaise perception de la qualité de vie chez les femmes sont nombreuses, dans l'étude QUODIEM avec échelle SF36 ^{(37) (39)}, étude allemande de REDEKOP et AL, l'étude américaine de TODD COFFEY et AL avec score QWB-SA ^{(37) (41)}.

B-âge du patient et sa qualité de vie :

Dans notre étude on a pris des tranches d'âge allant de 16 ans à 86 ans, les résultats ont démontré que chaque fois l'âge augmente le score de la qualité de vie diminue, même résultats dans le travail de REDEKOP et AL ^{(41) (42)}.

Concernant le questionnaire et ses réponses, la mobilité été très influencée par rapport a l'âge, de même pour la douleur et le gêne physique qui sont très marqué une fois l'âge augmente, l'autonomie semble avoir une relation avec l'âge mais pas très significative dans notre étude, tandis que l'anxiété n'avait pas de lien avec l'âge des patients.

Tous les diabétiques semblent avoir une dépression d'ordre légère vis-à-vis leur maladie quelque soit leurs âge.

Un âge entre 15 et 45 ans a le meilleur score d'état de santé, leur mobilité est conservée et leur autonomie et activité courante sont normales mais la moitié d'eux étaient anxieux et déprimés d'avoir une maladie chronique a cet âge avec toute sa lourde prise en charge

Les patients entre 45 et 60ans ont un score d'état de santé moins bon avec des problèmes dans leurs mobilité, la majorité sont autonomes, mais la douleur à cet âge est très marquée

avec une anxiété qui suit la sensation de la douleur beaucoup plus qu'une dépression vis-à-vis la maladie diabétique.

Les patients plus de 60ans ont le mauvais score d'état de santé avec des problèmes de mobilité chez la majorité des patients, l'autonomie cet âge est atteinte avec des problèmes majeurs, tous les patients de cette tranche d'âge l'on souffre des douleurs avec sensation de vulnérabilité et de dépression vis à vis la maladie, la douleur et la qualité de vie médiocre à cet âge.

Nous pouvant faire un lien entre l'âge et l'altération de la qualité de vie des patients diabétiques; par le jeune âge avec une bonne mobilité, autonomie et activité courante et la non installation des complications et conséquence de diabète qui apparient avec le temps et la dépression à cet âge qui est normale vis-à-vis la maladie car c'est une maladie chronique qui va vivre avec lui et sa lourde prise en charge et ses conséquences à long terme , et par contre le vieillissement physiologique qui à un impact sur les différentes fonctions et organes surtout la mobilité des articulations et fonctions cognitives altérant l'autonomie et limitant les activités courantes .

C-la situation maritale et la qualité de vie des patients :

Dans notre étude l'état de santé semble influencée par la situation maritale contrairement a l'étude faite par QUODIEM et la thèse d'obtention du doctorat Maroc 2011⁽²⁰⁾. Tous les paramètres sont influencés à l'exception de l'autonomie et l'anxiété

Les célibataires ont la meilleure qualité de vie, et les veufs ont le score le plus mauvais, ça pourrait être expliqué par l'âge, les célibataire sont tous presque du jeune âge et les veufs sont presque tous des vieux.

Les patients mariés ont une qualité de vie moyenne et ils sont de toutes les tranches d'âge, même chose pour les divorcés.

Certaines études ont démontré que la vie en couple est associée à une meilleure qualité de vie physique et mentale indépendamment du diabète car les épisodes anxio-dépressifs y sont plus rares que chez les célibataires^{(42) (43)}.

d- l'activité professionnelle et la qualité de vie des patients :

Notre travail a démontré qu'il n'y a aucune relation entre l'état de santé et la situation professionnelle, malgré qu'il ya certains paramètres de l'item de l'EQ5D qui sont très influencés par la situation professionnelle.

La mobilité et l'activité courante sont influencées par l'activité professionnelle même chose pour la douleur qui est plus marquée chez les non fonctionnaires, les autres paramètres sont indépendantes de la situation professionnelle.

Les fonctionnaires ont une meilleure qualité de vie tandis que les non fonctionnaire ont un score d'état de santé inférieure à 50%, les retraités viennent au milieu du score.

Alors nos résultats rejoignent ceux de la littérature qui déclarent une meilleure qualité de vie chez les personnes qui avaient une profession ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾.

E- l'origine du patient et la qualité de vie :

Nos résultats non objectivés aucune relation entre l'origine urbaine ou rurale des patients et leur état de santé et toutes les dimensions de l'EQ5D n'ont pas lien avec le milieu de vie des patients.

B- association « des paramètres liés au diabète et la QDV des patients » :

a- type de diabète et la QDV :

Le score l'état de santé du patient diabétique n'est pas influencé par le type de diabète, mais certains paramètres de l'EQ5D sont très influencés par le type tel que la mobilité et la douleur.

Les diabétiques de type 2 souffrent des problèmes dans leurs mobilité ainsi des douleurs et gêne physique ça pourrait s'expliquer par l'âge des diabétiques type 2, sans oublier que le diabète type 2 est diagnostiqué très tardivement parfois même après installation des conséquences et des complications.

Tandis que les patients diabétiques type 1 ne souffrent pas de problème de mobilité et de douleurs comme les diabétiques type 2, ça peut être lié aussi a l'installation brutale et récente de diabète avec traitement et suivi dès le début de la maladie diabétique.

b- ancienneté de diabète sur la QDV :

Notre étude n'a pas trouvé un lien entre état de santé et ancienneté de diabète, et même les paramètres de l'EQ5D aucun d'eux n'été en relation avec l'ancienneté.

Certains malades avec un diabète ancien semblent avoir un état de santé dégradée, ça peut s'expliquer par l'âge et le vieillissement physiologique ⁽³⁷⁾.

Certains diabétiques avec un diabète récent et inaugural soit type 1 ou bien 2 semblent avoir une dépression et anxiété plus marquée que le reste de malade ⁽⁴⁴⁾.

b- complications dégénératives et la qualité de vie des patients :

Notre étude a démontré qu'il existe une très grande relation entre la qualité de vie et l'existence des complications dégénératives soit macro angiopathiques ou bien micro angiopathiques ce qui rejoint certaines données de littérature notamment celles de l'étude REDEKOP et AL qui a montré que la présence de complication altère significativement la qualité de vie des patients diabétiques ⁽⁴²⁾.

Les patients ayant une complication micro vasculaire à type de cécité ont une qualité de vie très altérée, ainsi les patients amputés dont la mobilité et l'autonomie et l'activité courante sont très diminuées avec des problèmes extrêmes, l'étude QUODIEM et d'autres travaux confirment que l'apparition de complications de diabète est associée à une dégradation de la qualité de vie. Spécialement à partir de deux complications ⁽³⁷⁾⁽⁴³⁾.

d- la comorbidité et la QDV :

Notre étude a démontré qu'il existe un très grand lien entre l'état de santé et l'existence des maladies associées au diabète de même les paramètres de l'EQ5D semblent avoir tout une relation avec la comorbidité.

La mobilité, l'autonomie, l'activité courante et la douleur sont tous influencées, une fois une maladie existe et surajoutée au diabète la souffrance du patient s'accroît.

Les maladies les plus associées étaient l'HTA qui vient en 1^{ère} position suivi de la dyslipidémie, les maladies auto immune à type de sclérodermie, et les rhumatismes (polyarthrite rhumatoïde), et l'hypothyroïdie.

Ces associations avec ces maladies chroniques qui nécessitent aussi une lourde et longue prise en charge avec un traitement surajouté, rendent la qualité de vie des patients très

altérée, la poly médication et les consultations à répétition et chez plusieurs médecins et rendent la vie du patient aussi compliquée.

e- traitement de diabète et la QDV :

La qualité de vie n'a pas de relation avec le traitement anti diabétique et seul la douleur qui semble avoir un lien avec le traitement.

Les patients sous ADO et insuline sont les plus plaignants de souffrance des douleurs et de gêne physique. Se qui peut être expliqué par l'ancienneté et l'âge qui sont élevés pour cette tranche.

Les autres paramètres de l'EQ5D, aucun lien n'est établie les patients sous insuline seul sont majoritairement diabétique type 1, de jeune âge ont des problèmes d'ordre anxiété vis-à-vis leur traitement qui peut altérer leur vie social, une dose d'insuline qui doit être pris à heure fixe, ça altère significativement leurs confort psychique et physique.

3_ Comment peut tant améliorer la qualité de vie de nos patients :

a- Améliorer la prise en charge thérapeutique ⁽²⁰⁾:

Les progrès thérapeutiques ont permis d'augmenter la durée de vie des patients et également de leur qualité de vie.

La disponibilité des différents types d'antidiabétiques oraux ayant des actions différentes, moins d'effets secondaires, permettant une meilleure observance thérapeutique. Les patients ont également, à disposition des insulines de meilleures qualités, présentant des cinétiques variées, susceptible d'être associées pour des schémas permettant un meilleur équilibre métabolique.

Le confort d'injection s'est par ailleurs améliorer avec les stylos à insuline et les aiguille micro-fines, les lecteurs glycémiques miniaturisés sont de plus en plus fiables et rapides.

Mise en disposition des traitements préventifs, Le traitement au laser des premiers signes de rétinopathie retarde, voire évite l'apparition d'une cécité ultérieure, la réduction des facteurs de risques cardio-vasculaires, diminue le risque de macro et de microangiopathies.

b-Rôle de l'éducation thérapeutique :

L'éducation diabétologique est ainsi fondamentale. Elle n'a pas uniquement pour effet la préservation du capital santé. En effet, en se soignant mieux, le diabétique peut améliorer sa qualité de vie, et en retirer un bénéfice psychologique qui va au-delà de la satisfaction de préserver son avenir. Il améliore son image à ses propres yeux et à ceux de son entourage se sent moins assisté.

Le soignant ne peut pas soigner lui-même le diabète du diabétique. Il ne peut qu'indiquer au diabétique comment il peut soigner son diabète. Il s'agit de parvenir à la responsabilisation et à l'autonomie du diabétique. Il y a donc nécessité d'un accompagnement et d'une transmission de connaissances, Il faut également que les préoccupations du diabétique soient prises en compte par le soignant qui doit faire preuve de psychologie, et que le diabétique perçoive que le soignant tient compte de son vécu.

Le diabète nécessite, pour qu'elle soit correctement gérée, que le diabétique prenne lui-même la majorité des décisions concernant son traitement (alimentation, activité physique, maîtrise du poids, auto surveillance glycémique, adaptation des doses d'insuline, tabagisme...) et la prévention des complications (notamment des plaies des pieds) ce qui lui permet de se sentir plus autonome.

Le diabétique pour mieux vivre sa maladie il faut lui apprendre le savoir théorique (compréhension de la maladie et de son traitement), mais aussi, et surtout, le savoir-faire pratique (cuisine, activité physique, auto surveillance glycémique, injections d'insuline...) qui peut conduire à des changements dans le mode de vie, ainsi un savoir décider (adaptation des doses d'insuline, réactions anticipées à des événements prévus (repas particuliers, match de football...), et enfin, un savoir réagir (identification de situations particulières, non voulues par le diabétique, mais nécessitant de sa part une réponse adaptée (malaise hypoglycémique, activité physique inopinée, connaissance des situations où la présence d'acétonurie doit être recherchée et façon d'y réagir...). Le tout visant, à acquérir d'un savoir être, qui aboutirait à une acceptation active permettant d'élaborer une nouvelle image de soi «avec le diabète»,

d'obtenir un autocontrôle efficace de son diabète, de dominer des situations particulières, de préserver son capital santé et d'envisager l'avenir avec confiance ⁽⁴⁵⁾.

c-Relation médecin malade et rôle de psychologue :

Entre le médecin et le malade doivent s'établir des liens solides car l'un et l'autre sont appelés à faire ensemble un long parcours parsemé de motifs d'angoisse, par exemple lors de la survenue de complications, lorsqu'on modifie le traitement ou les habitudes alimentaires, ou encore à l'occasion de changements dans leur vie affective, familiale, professionnelle, notamment. Mais ces moments d'angoisse le médecin doit les utiliser pour rassurer son patient. Cela doit lui permettre de l'aider à faire son travail de deuil d'une vie qui va être différente de ce qu'elle était auparavant. Et de là découlera une meilleure acceptation d'un nouveau mode de vie, et par ailleurs une meilleure observance du traitement, permettant une meilleure qualité de vie.

En ce qui concerne le suivi psychologique de nos patients, notre service est chargé par des médecins psychologues qui prennent en charge nos patients diabétiques et suivent les de près, formant des séances pour les malades et leurs parents en écoutant leurs besoins, leurs attentes, leurs désirs, et leurs inquiétudes, et la majorité des patients acceptent être suivis sur le plan psychologique pour mieux vivre leurs maladies, et avoir un confort mental et social.

CONCLUSION

Le diabète est une pandémie mondiale qui a vécu une large expansion dans les dernières années, c'est la 2eme maladie non transmissible après l'HTA en Algérie. Son installation a des lourdes conséquences et sur le malade et sou son entourage.

La qualité de vie liée a la santé est un enjeu majeur dans le domaine de la santé, et c'est la perception du malade vis-à-vis sa maladie et sa qualité de vie qui oriente la décision médicale et la prescription médicamenteuse.

Notre travail a permis de mettre en évidence l'impact des données sociodémographique sur la QDV de nos patients, et aussi l'influence de certains paramètres lié à la maladie diabétique sur la vie du patient. Cette étude a montré qu'il existe un lien entre le score d'état de santé et la situation maritale ($p=0.042$), la comorbidité ($p=0.028$), l'existence des complications dégénératives ($p=0.018$), les autres paramètres n'ont pas lien avec le score mais influencent certaines dimension de la QDV (âge, sexe, situation professionnelle, type de diabète, l'ancienneté, traitement). L'anxiété n'est influencée par aucun de ces paramètres chose décrite dans plusieurs travaux, de même pour l'origine urbaine ou rurale.

En fin notre travail a permis de mettre en évidence certains paramètres pouvant altérer la qualité de vie de nos patients diabétiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) évaluation de la qualité de vie liée a la santé chez les diabétiques de type 2, Ouafae Lyhyaoui 26-04-2011).
- (2) Résolution 61/225 adoptée en novembre 2007.
- (3) Bulletin épidémiologique N°38, Royaume du Maroc, Ministère de la santé.
- (4) magazine mensuelle de sante " sante MAG" décembre 2011_oms projet.
- (5) définition de l'OMS. Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques, octobre 2005.
- (6) Senez B, Felicioi P, Moreau A, Le Goaziou AF : Evaluation de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 en médecine générale : la Presse Médicale 33 :161-6, 2004.
- (7) magazine mensuelle de sante 12/2011_définition, classification, critère dg.
- (8) OMS contre des medias avril 2016.
- (9) magazine mensuelle de sante " sante MAG" décembre 2011_programme.
- (10) magazine mensuelle de sante " sante MAG" décembre 2011.
- (11) magazine mensuelle de sante " sante MAG" décembre 2011= OMS, programme et projet.
- (12) définition, classification, physiopathologie des diabètes, dr.mesmin dehayem).
- (13) GAD, wikipedia.
- (14) GAD ,wikipédia-diabète classification et critères diagnostiques.
- (15) wikipédia-diabète classification et critères diagnostiques.
- (16) GAD.wikipédia-diabete classification et diagnostique.
- (17) diabète quebec/www.diabète.qc.ca(comprendre le diabète).
- (18) www.passeportsante.net.passe; passe port santé magazine juin 2011
- (19) www. Passeportsante.net magazine passeport santé juin 2011

- (20) www.passeportsante.net/fr/maux/problèmes/liche/aspx? Doc:diabète-complication-pin-symptomes
- (21) magazine sante médecine, journal des femmes2013.
- (22) journal sante médecine 2015.OMS programme et projet.
- (23) Analyse de la qualité de vie et de l'équilibre métabolique des patients diabétiques greffés d'ilots de langes Hans du nord-est de la France janvier 2010.
- (24) sante médecine, journal des femmes juillet 2014.
- (25) wikipédia ; qualité de vie et moyens de mesure.
- (26) le plege 2001, rejeskye et milalko 2001- qui se structure le plus souvent au tour de quatre dimensions (2001).
- (27) wikipédia _moyens de mesure de la qualité de vie.
- (28)wikipedia, qualité de vie approche médicale).
- (29) évaluation qualité de vie liée a la santé chez les diabétique type2, thèse d'obtention du doctorat en médecine, Mlle ouafae lyahyaoui, 2011).
- (30) leplege les instruments de mesure de la QOL que sais je 1991.
- (31) The EuroQol Group. EuroQol-5D a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
- (32) wikipédia. comment scoré le questionnaire l'EQ5D .
- (33) Albrecht GL: Subjective health assessment. In Measuring Health and Medical Outcomes. Jenkinson C, Ed. London, UCL Press, 1994, p. 7-26.
- (34)L'EQ-5D [37www.euroqol.org].
- (35) 38Séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Direction Générale de la Santé Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille(France),8 décembre 2004Paris.

(36) Imai I, Ikebe T, Moriwaki C, Tsubakimoto A, Ozawa H : Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan diabetes research and clinical practice 37(2006) p.51-57.

(37) Senez B, Felicioi P, Moreau A, Le Goaziou AF : Evaluation de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 en médecine générale : la Presse Médicale 33 :161-6, 2004.

(38) Gulliford MC, Mahabir D : Relationship of health-related quality of life to symptom severity in diabetes mellitus : a study in Trinidad and Tobago.

(39) Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L : Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care 1997; 20:562-7.

(40) Weinberger M, Kirkman S, Samsa GP et al : The relationship between glycemic control and health-related quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Medical, diabète Care 1994;32:1173-81.

(41) Todd Coffey J, Brandle M, Zhou H, Marriott D, Burke R, Bahman P, Tabaei M, Engelgau M, Robert, Kaplan M, William H : Valuing Health-Related QOL in diabetes: Diabetes Care 25 :2238-2243, 2002.

(42) Redekop WK, Koopmanschap MA, Stiek RP, Rutten GE, Wonneff-Buultje BH, Niessen LW, Health related quality of life and treatment satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes, Diabetes Care 25 :458-463, 2002.

(43) Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock R.S. : Family environment, glycemic control and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. Diabetes Care 1998; 21:241-5.

(44) Jacobson AM, De Groot M, Samson JA : The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. Diabetes Care ; 1994, 17 : pp 267-274.

(45) Diabète et qualité de vie, thèse 2006, université Claude Bernard Lyon I, France

Abréviation :

OMS : organisation mondiale de la santé

QDV : qualité de vie

QdVS : qualité de vie liée a la santé

EQ5D : euroqol 5 dimensions

QOL : quality of life