Néphrologie & Thérapeutique (2008) 4, 21—27

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://france.elsevier.com/direct/nephro

ARTICLE ORIGINAL

L'hémodialyse et son impact sur la qualité de vie

Haemodialysis and its impact on the quality of life

Mohamed Nasr [a], Mohamed Hadj Ammar [a,*], Sami Khammouma [a], Nasr Ben Dhia [b], Anouar Ghachem [a]

[a] *Service de psychiatrie, CHU Tahar Sfar de Mahdia, 5111 Mahdia, Tunisie*
[b] *Service de néphrologie, CHU de Monastir, 5000 Monastir, Tunisie*

Reçu le 15 mai 2006 ; accepté le 31 juillet 2007

MOTS CLÉS
Facteurs de risque ;
Hémodialyse ;
KDQOL-SF™ ;
Qualité de vie

Résumé L'hémodialyse a considérablement transformé le cours évolutif jadis fatal de l'insuffisance rénale chronique. Toutefois, ce traitement palliatif, bouleverse de plusieurs manières l'univers du patient. Ce travail a pour objectifs d'évaluer la qualité de vie du patient en hémodialyse et d'identifier les facteurs pouvant l'altérer. Cent soixante-deux patients hémodialysés ont participé à notre étude transversale réalisée durant trois mois en 2004 dans quatre centres d'hémodialyse implantés dans la région du Sahel tunisien. L'instrument spécifique, le *Kidney Disease Quality Of Life Short-Form* (KDQOL-SF™), a été utilisé pour l'évaluation. Une standardisation des scores moyens initiaux à la SF-36 a été effectuée. Le score moyen global au KDQOL-SF™ était de 55,2. La standardisation a révélé une composante physique significativement plus altérée que celle psychique avec des scores respectifs de 36,8 et 44,7. Les régressions logistiques ont permis d'identifier que la survenue d'une altération de la qualité de vie était en rapport avec une absence d'autonomie, une néphropathie d'origine diabétique, une créatininémie prédialytique inférieure à 800 μmol/l, certaines caractéristiques de l'hémodialyse et sociodémographiques. Cette nouvelle démarche clinimétrique, en plus de son apport sur la précision des secteurs les plus dégradés au regard des valeurs du patient en hémodialyse, réintroduit son point de vue dans le domaine de la prise en charge permettant ainsi une personnalisation des thérapies et, par conséquent, une meilleure adhésion.
© 2007 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Risk factors;
Haemodialysis;
KDQOL-SF™;
Quality of life

Abstract The haemodialysis has considerably transformed the evolution of chronic renal failure which usually has a precarious evolution. However, this palliative treatment disturbed in several manners the universe of the patient. Our purposes were to evaluate the quality of life of patient on haemodialysis and to identify the risk factors that can deteriorate it. Our work was a transversal study realized in four centers of haemodialysis during a period of three months (2004). One hundred and sixty-two patients participated. The quality of life was assessed with a

Abbreviations: KDQOL-SF™, *Kidney Disease Quality Of Life Short-Form* ; QdV, qualité de vie ; SMG, score moyen global ; SMD, score moyen par dimension.

1769-7255/$ — see front matter © 2007 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.nephro.2007.07.008

specific scale Kidney Disease Quality of Life Short-Form (KDQDL-SF™). A standardization of the initial average scores of SF-36 was realized. The global average score, according to KDQOL-SF™, was 55,2. The standardization showed a physical component more alterated than the mental one with respective scores 36,8 and 44,7. The logistic regression permitted us to identify that the quality of life's alteration was correlated with an absent autonomy, a diabetic origin of renal insufficiency, a predialytic serum creatine concentration inferior to 800 μmol/l and haemodialysis demographic social features. This clinimetric approach not only precises the more deteriorated sectors through the regard of patient, but also reintroduces its point of view about the treatment permitting a personalization of therapies and consequently a better adhesion.
© 2007 Elsevier Masson SAS et Association Société de Néphrologie. Tous droits réservés.

Introduction

La prévalence des patients hémodialysés en Tunisie est de 524 par million d'habitants. Parmi les 5250 patients vivants grâce à un traitement de suppléance, 91 % sont pris en charge par des unités d'hémodialyse appartenant aussi bien au secteur public que privé [1]. Certes, l'hémodialyse a complètement transformé le cours évolutif de l'insuffisance rénale chronique jadis fatal et a considérablement modifié les modalités de prise en charge, permettant ainsi d'améliorer le confort des patients et leur espérance de vie. Toutefois, en tant que traitement palliatif, l'hémodialyse est vécue comme une nécessité vitale et constitue une contrainte lourde. En effet, le patient se trouve confronté aux remaniements, voire agressions, parfois brutaux et difficilement acceptés, que subissent son corps, sa vie personnelle, familiale et socioprofessionnelle. Ces perturbations assez variées sont à l'origine de difficultés d'adaptation, de détresse psychologique [2] et d'altération de la qualité de vie (QdV). Dans notre pays, ces problèmes sont peu étudiés chez l'hémodialysé en pratique médicale courante du fait d'une banalisation, voire d'une méconnaissance, d'une hésitation pour les aborder avec le patient, d'une difficulté de leur évaluation en rapport avec la délimitation du concept de la QdV, d'une sensibilisation insuffisante dans ce domaine et d'une importance plus grande souvent accordée à l'aspect organique de la maladie. Les objectifs de ce travail sont plus particulièrement d'évaluer la QdV des patients hémodialysés et d'identifier les facteurs pouvant l'altérer.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une enquête transversale étalée sur une période de trois mois, allant du 2 février au 29 avril 2004, réalisée dans quatre centres d'hémodialyse situés dans les gouvernorats de Mahdia et de Monastir. Les critères d'inclusion sont un âge supérieur à 18 ans, une ancienneté en hémodialyse supérieure à trois mois, une absence d'un changement récent du rythme de vie habituel et un accord préalable. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comportant 21 items explorant les caractéristiques de la population d'étude, de l'insuffisance rénale chronique et de l'hémodialyse. La qualité de vie a été évaluée à l'aide du *Kidney Disease Quality Of Life Short-Form* (KDQOL-SF™), instrument spécifique mis au point par l'équipe de Hays et al. en 1994 [3,4] et traduit en langue française par Français et al. [5]. Il s'agit d'un autoquestionnaire contenant en totalité 79 items et associant : un module générique, la *Short-Form* (SF-36) composée de 36 questions regroupées en huit dimensions et un module spécifique adapté à la pathologie rénale comportant 43 items répartis en 11 dimensions. Les 19 dimensions du KDQOL-SF™ sont les suivantes :

- l'activité physique (D_1) ;
- les limitations dues à l'état physique (D_2) ;
- les douleurs physiques (D_3) ;
- la santé perçue (D_4) ;
- la vitalité (D_5) ;
- la vie et les relations avec les autres (D_6) ;
- les limitations dues à l'état psychique (D_7) ;
- la santé psychique (D_8) ;
- les symptômes de la maladie rénale (D_9) ;
- les effets de la maladie sur la vie quotidienne (D_{10}) ;
- le poids que représente la maladie rénale (D_{11}) ;
- le travail (D_{12}) ;
- les fonctions cognitives (D_{13}) ;
- la qualité des interactions sociales (D_{14}) ;
- l'activité sexuelle (D_{15}) ;
- le sommeil (D_{16}) ;
- le soutien social (D_{17}) ;
- les encouragements par l'équipe de dialyse (D_{18}) ; et
- la satisfaction du patient (D_{19}).

Les réponses sont cotées de 0 à 100. Un score moyen est calculé pour chaque dimension (SMD) permettant d'identifier les dimensions les plus touchées et de tracer ainsi un profil pour chaque patient. En outre, un score moyen global (SMG) est obtenu par le calcul de la moyenne des cotations, plus ce score est élevé, plus la qualité de vie est meilleure. Par ailleurs, dans le but d'une meilleure interprétation de nos résultats, nous avons choisi en ce qui concerne le SMG de la SF-36 (premier module du KDQOL-SF™), la valeur seuil de 66,7 de Lean et al. [6] au-dessous de laquelle la QdV est considérée comme altérée. Dans le même but, nous avons opté, d'une part, pour une standardisation des SMD initiaux de la SF-36 à une moyenne de 50 et un écart-type de 10 conformément à l'étude en population générale « USA 98 » et, d'autre part, pour une répartition des huit dimensions en deux composantes principales, physique et mentale [7—11]. Les analyses statistiques ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS 10.0 pour windows. Les résultats de l'étude descriptive sont exprimés sous forme de fréquence, de moyenne et d'écart-type. Les SMD au KDQOL-™ ont fait l'objet

d'une analyse univariée par croisement avec les variables cliniques et sociodémographiques, en pratiquant chaque fois, pour les comparaisons statistiques, une analyse de variance « Anova ». Ensuite, nous avons effectué une analyse multivariée de type régression linéaire multiple afin de préciser les corrélations entre les SMD au KDQOL-SF™ et les différentes variables choisies. Les coefficients de régression multiple β et R^2, ainsi que les significations statistiques correspondantes, ont déterminé les facteurs les plus incriminés dans l'altération de la qualité de vie des hémodialysés. L'intervalle de confiance accepté est de 95 % et le seuil de $p < 0{,}05$ a été considéré comme significatif.

Résultats

Étude descriptive

Durant la période d'étude, sur un total de 168 hémodialysés, 162 ont participé à notre enquête. Quatre patients ont été exclus en raison d'une hospitalisation récente et deux pour refus. Parmi les participants, 154 patients ont été interviewés pendant les séances d'hémodialyse et les huit autres ont répondu par une autoévaluation.

Caractéristiques générales

L'étude a révélé une moyenne d'âge de 46 ans, une sex-ratio de 0,97, un niveau d'instruction primaire dans 82,1 % des cas, un statut marital de veuf(ve) ou de divorcé(e) dans 13,5 % des cas, une absence d'activité professionnelle dans 80 % des cas, un niveau socioéconomique faible (revenu mensuel inférieur à 300 dinars) dans 78 % des cas et une absence d'autonomie (patient assisté par une tierce personne dans l'accomplissement effectif des tâches quotidiennes) dans 6,2 % des cas.

Caractéristiques de l'insuffisance rénale chronique et de l'hémodialyse

L'étude a révélé une néphropathie causale de nature indéterminée dans 28,2 % des cas, un haut risque de comorbidité selon l'index de Khan chez 5 % des patients, une ancienneté en hémodialyse supérieure à 15 ans dans 3,1 % des cas, une fréquence bihebdomadaire de séances d'hémodialyse dans 47,5 % des cas, une durée de séance de moins de quatre heures (probable dose faible de dialyse) dans 52,5 % des cas, une prescription de l'érythropoïétine seulement dans 4 % des cas, une anémie (taux de l'hémoglobine sérique inférieur à 12 g/dl) dans 90 % des cas et une dénutrition (albuminémie prédialytique inférieure à 35 g/l) dans 40 % des cas.

Qualité de vie

Le SMG du KDQOL-SF™ était de 55,22 avec un écart-type de 18,49. L'étude de la répartition des SMD a révélé une baisse touchant particulièrement et par ordre décroissant :

- le travail (D_{12}) ;
- la santé perçue (D_4) ;
- le poids que représente la maladie rénale (D_{11}) ;
- la vitalité (D_5) ;
- les limitations dues à l'état physique (D_2) ;
- les effets de la maladie sur la vie quotidienne (D_{10}) ;
- l'activité sexuelle (D_{15}) ; et
- l'activité physique (D_1) (Tableau 1).

Tableau 1 Répartition des scores moyens par dimension au KDQOL-SF™ des patients en hémodialyse.

Dimension du KDQOL-SF™	Score moyen
D_1 : activité physique	50,68
D_2 : limitations dues à l'état physique	40,74
D_3 : douleurs physiques	55,34
D_4 : santé perçue	29,54
D_5 : vitalité	39,04
D_6 : vie et relations avec les autres	71,24
D_7 : limitations dues à l'état psychique	68,51
D_8 : santé psychique	56,52
D_9 : symptômes de la maladie rénale	67,00
D_{10} : effets de la maladie sur la vie quotidienne	49,94
D_{11} : poids que représente la maladie rénale	36,45
D_{12} : travail	20,37
D_{13} : fonctions cognitives	81,48
D_{14} : qualité des interactions sociales	82,09
D_{15} : activité sexuelle	50,45
D_{16} : sommeil	60,88
D_{17} : soutien social	89,74
D_{18} : encouragements par l'équipe de dialyse	68,30
D_{19} : satisfaction du patient	73,28

Le SMG de la SF-36 était de 51,45 avec un écart-type de 24,36. La standardisation des SMD initiaux de la SF-36 a montré une baisse attestant une altération de toutes les dimensions et une composante physique plus sévèrement altérée que celle *psychique* avec des scores estimés respectivement à 36,8 et 44,7.

Étude analytique

Elle a intéressé les liens entre les variables qualitatives et quantitatives et la survenue d'une altération de la QdV. À cet effet, une étude univariée a révélé des corrélations statistiquement significatives entre les SMD du KDQOL-SF™ et 20 variables parmi lesquelles l'analyse discriminante type régression linéaire multiple n'en a retenu que 12. En fonction du nombre de dimensions touchées, il s'agit par ordre décroissant de l'absence d'autonomie liée à 12 dimensions, du sexe féminin lié à sept dimensions, de l'âge supérieur à 60 ans lié à six dimensions, du niveau socioéconomique faible lié à cinq dimensions, du statut marital de veuf(ve) ou de divorcé(e), de l'ancienneté en dialyse supérieure à 15 ans et de la fréquence bihebdomadaire de séances liés chacun à deux dimensions, du niveau d'instruction primaire, de la néphropathie diabétique, de la durée de séance inférieure à quatre heures et de la créatininémie prédialytique inférieure à 800 µmol/l liés chacun à une dimension (Tableau 2).

Discussion

Notre travail s'est basé sur une étude transversale, approche ayant certes l'avantage d'être facile à exécuter et constituant une investigation de courte durée destinée à appréhender des phénomènes présents au moment de l'enquête ;

Tableau 2 Corrélation entre variables étudiées et scores moyens par dimension au KDQOL-SF™ des patients en hémodialyse.

Score moyen par dimension variable		SMD_1	SMD_2	SMD_3	SMD_4	SMD_5	SMD_6	SMD_7	SMD_8	SMD_9	SMD_{10}	SMD_{11}	SMD_{12}	SMD_{13}	SMD_{14}	SMD_{15}	SMD_{16}	SMD_{17}	SMD_{18}	SMD_{19}
Sexe féminin	R^2 (%)							5,4		11,6	8,4	8	15,5	8,3		2,4				
	β							−0,165		−0,309	−0,251	−0,188	−0,130	−0,225		−0,417				
	p							0,035		$< 10^{-4}$	0,004	0,023	0,006	0,007		$< 10^{-4}$				
Âge > 60 ans	R^2 (%)	38,2	19,3	23,7		25,8				21,8			13,8							
	β	−0,315	−0,320	−0,236		−0,275				−0,275			−0,178							
	p	$< 10-^4$	0,006	0,028		0,005				0,010			0,005							
Origine rurale	R^2 (%)									2,9										
	β									−0,210										
	p									0,013										
Niveau d'instruction primaire	R^2 (%)																		3,4	
	β																		0,172	
	p																		0,049	
Statut marital de veuf(ve) ou divorcé(e)	R^2 (%)									18,1						11,4				
	β									−0,170						−0,186				
	p									0,038						0,025				
Niveau socioéconomique faible	R^2 (%)					6,8				3,7	6,6			2,3						7,6
	β					0,158				0,133	0,186			0,151						0,236
	p					0,015				0,05	0,018			0,05						0,002
Autonomie absente	R^2 (%)	48,3	23,1	29,3	16,5	40	7,8	17,4	9,9	26,8	18,5	8,6		9,9						
	β	−0,397	−0,220	−0,311	−0,205	−0,375	−0,224	−0,298	−0,228	−0,189	−0,194	−0,191		−0,261						
	p	$< 10^{-4}$	0,012	$< 10^{-4}$	0,027	$< 10^{-4}$	0,007	0,001	0,003	0,020	0,030	0,022		0,002						
Néphropathie diabétique	R^2 (%)							6,6												
	β							0,171												
	p							0,017												
Ancienneté en dialyse > 15 ans	R^2 (%)			0,4	0,2															
	β			−0,172	−0,161															
	p			0,011	0,027															
Fréquence bihebdomadaire de séances	R^2 (%)						8	7,7												
	β						0,164	0,221												
	p						0,05	0,004												
Durée de séance < 4 h	R^2 (%)																			6,1
	β																			0,244
	p																			0,001
Créatininémie prédialytique < 800 µmol/l	R^2 (%)								2,6											
	β								0,171											
	p								0,036											
Total R^2 (%)		86,5	42,4	53,4	16,7	72,6	15,8	37,1	12,5	84,9	33,5	16,6	29,3	20,5		13,8			3,4	13,7

β : coefficient de régression standardisé ; R^2 : carré du coefficient de corrélation ; p : signification statistique.



Figure 1 Résultats d'études évaluant la qualité de vie des patients en hémodialyse à l'aide du KDQOL-SF^{TM}.

toutefois, elle ne permet pas d'assurer une vision longitudinale en matière d'impact de l'hémodialyse sur la QdV, point essentiel concernant la recherche étiologique et particulièrement l'identification des facteurs de risque responsables d'une altération de cette dernière. L'appréciation de la QdV devenue obligatoire dans les programmes thérapeutiques en hémodialyse [12], n'est pas facile et toutes les enquêtes se heurtent essentiellement à des problèmes de non homogénéité des populations à étudier et de choix de l'instrument de mesure à utiliser [13]. En effet, les premières études ont utilisé l'indice de Karnofsky ou encore des questionnaires contenant des items appartenant à d'autres instruments de mesure et, plus récemment, des échelles génériques tels que l'index du bien être (*index of well-being*), le *sickness impact profile* (SIP) et surtout la SF-36 [14,15]. Ces dernières sont considérées comme peu sensibles aux changements susceptibles d'intervenir dans des populations spécifiques telles que les patients atteints d'une insuffisance rénale terminale et peu adaptées à des études portant sur le court et le moyen terme [5,16]. Afin de pallier à ces inconvénients, certains auteurs ont développé des questionnaires spécifiques permettant d'étudier des dimensions focalisées sur l'insuffisance rénale et sont plus sensibles à des variations même modestes apparaissant dans la QdV des patients hémodialysés [16] tels que le *Kidney Disease Questionnaire* (KDQ) [17], le *Kidney Disease Quality of Life* (KDQOL^{TM}) [4] et le *Dialysis Quality of Life* (DIAQOL) [15]. Malgré leurs avantages, ces instruments sont encore moins utilisés que les génériques, comme l'indique la revue de la littérature faite par Cagney et al. [18] qui ont trouvé que 18 % seulement des enquêtes utilisaient des instruments spécifiques. Concernant notre travail, nous avons opté pour le choix du KDQOL-SF^{TM} en raison de sa dimension spécifique à la dialyse permettant de séparer les niveaux de santé perçue des dialysés, du temps de sa passation nécessitant seulement 16 minutes et de son utilisation dans de nombreuses études [19]. Son acceptabilité était excellente puisque nous n'avons enregistré que deux refus. Cependant, nous avons noté que les questions portant sur l'activité sexuelle (D_{15}) avaient un taux de réponses manquantes de 32 %. Dans le même contexte, Français et al. [5] ont trouvé un taux de 20 % lors de la validation de la version française de cet instrument. Quand on procède à l'interprétation des résultats, surgit le problème de la référence à la norme, autrement dit de la note seuil utilisée à partir de laquelle on peut estimer qu'une personne présente ou non une altération de sa qualité de vie. Certains auteurs considèrent que l'une des raisons pour refuser la norme est sa prétention uniformisante et négatrice des diversités individuelles alors que le concept de QdV implique une approche singularisée, sans référence extérieure et multidimensionnelle [20]. Cependant, en pratique un SMG est souvent demandé par le clinicien pour avoir une idée générale sur la QdV de son patient, mais aussi par ce dernier qui peut s'interroger sur le niveau de sa QdV. Pour toutes ces raisons, nous avons procédé au calcul d'un SMG aussi bien pour le KDQOL-SF^{TM} que pour la SF-36. Les conditions de l'enquête ont constitué une difficulté supplémentaire ; en effet, nous étions obligés d'interviewer les patients au cours des séances d'hémodialyse, car une fois la séance terminée, ils se précipitaient pour quitter le centre, ce qui peut modifier l'interprétation des questions posées. Cela nous amène à prendre en considération certains biais et limites quant à l'utilisation de cet instrument, notamment l'état émotionnel du patient au moment de la passation du questionnaire, la distorsion des réponses dues à l'enquêteur et l'absence de conditions d'évaluation standardisées. Globalement, les SMD au KDQOL-SF^{TM} de notre échantillon sont comparables à ceux de l'étude de Hays et al. [4] et significativement bas par rapport à ceux de l'étude de Hyodo et al. [21], réalisée auprès de 108 patients continuant à avoir une activité professionnelle tout en bénéficiant de séances nocturnes, sauf pour les dimensions soutien social (D_{17}) et satisfaction du patient (D_{19}) (Fig. 1).

L'analyse des SMD de la SF-36 de nos patients a montré des résultats analogues à ceux retrouvés par plusieurs auteurs utilisant la même échelle sauf pour les dimensions santé

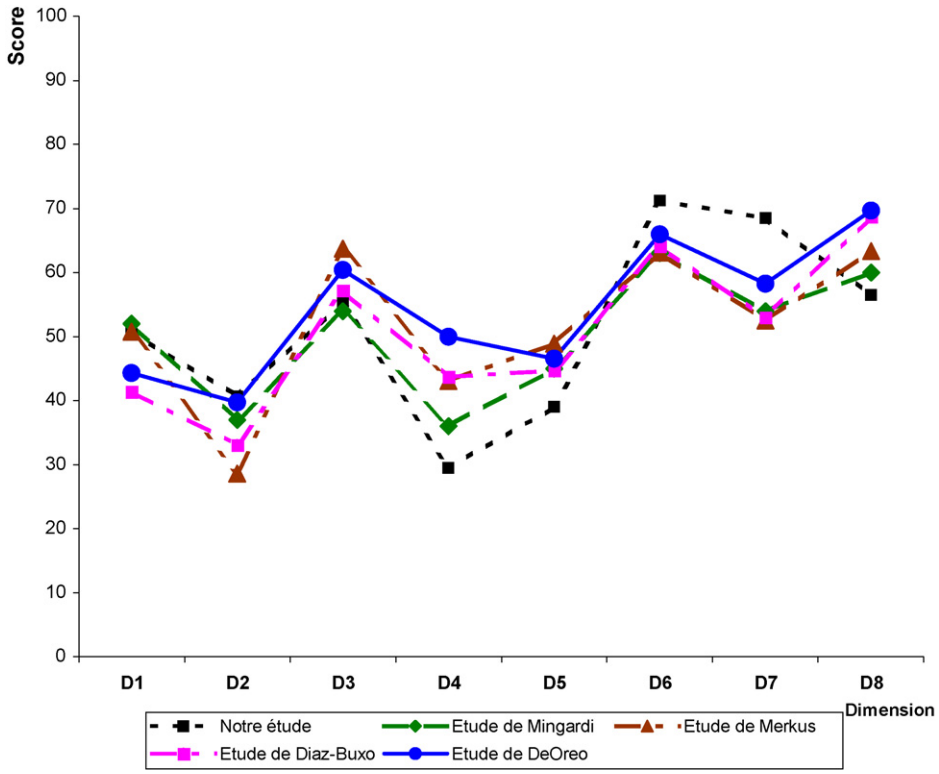


Figure 2 Résultats d'études évaluant la qualité de vie des patients en hémodialyse à l'aide de la SF-36.

perçue (D_4) et vitalité (D_5) qui sont plus basses [7,8,10,15] (Fig. 2). De même, l'altération plus importante de la composante physique que celle psychique retrouvée dans notre étude a été révélée par divers auteurs [7,8,10,11]. Cette limitation des capacités physiques pourrait être expliquée essentiellement par les facteurs suivants : la dose faible de dialyse, l'anémie, la dénutrition, la sédentarité et l'atteinte de l'appareil locomoteur [22,23].

Dans notre étude, les patients âgés de plus de 60 ans avaient les scores les plus bas comparativement aux sujets appartenant aux tranches d'âge inférieures. Ce résultat, comparable à celui de la littérature [9,15,24,25], s'expliquerait par la détérioration de la santé physique et le fléchissement des capacités adaptatives générales. Concernant le sexe, selon certains auteurs, l'altération de la QdV des femmes pourrait être expliquée par le fait que celles-ci ont un taux d'hospitalisation augmenté associé à un risque élevé de morbimortalité [9,15,24,25]. Quant au statut marital, nous partageons l'avis d'Evans et al. [14] et de Mingardi [15] qui estimaient que les hémodialysés mariés avaient une QdV meilleure que ceux vivant seuls. En effet, l'absence du conjoint amène le patient à vivre une situation d'isolement et de solitude et à être confronté seul à des difficultés supplémentaires aggravant le sentiment d'inutilité. Pour ce qui est de l'origine rurale, l'altération de la QdV pourrait en partie être expliquée par l'implantation des centres en milieu urbain nécessitant ainsi des déplacements répétés considérés par les patients comme une surcharge et une limitation à la QdV. Les niveaux d'instruction ou socioéconomique faibles associés à une altération de la QdV ont été retrouvés par Valderrábano [25] et Moreno et al. [24] qui ont souligné qu'un haut niveau d'instruction et un haut niveau socioéconomique protègeraient contre la détérioration de la QdV des hémodialysés. L'existence d'une néphropathie diabétique est également corrélée à une dégradation de la QdV, résultat conforme à celui de Mittal et al. [9] et de Mingardi [15].

L'altération de la QdV est liée à des valeurs de créatininémie prédialytique inférieures à 800 μmol/l. De même, Pucheu et Consoli [26] a retrouvé que les dimensions « psychiques » du KDQOL™ étaient liées significativement à la variabilité de la créatinine. En effet, la créatininémie est considérée par la plupart des auteurs comme un marqueur nutritionnel à forte valeur pronostique et sa diminution est en rapport avec une dénutrition et un risque de morbidité et de mortalité plus important [22,27,28]. Ainsi, il y a une nécessité absolue de dépister et de prévenir ce phénomène par un support nutritionnel per- ou interdialytique efficace et par la suppression des facteurs hypercataboliques et cachectisants induits par l'hémodialyse [27]. En outre, la fréquence bihebdomadaire et la durée des séances inférieures à quatre heures étaient corrélées à une altération de la QdV. En effet, l'allongement des séances et le raccourcissement des intervalles interdialytiques font augmenter la « dose de dialyse » administrée et réduire le débit d'ultrafiltration instantané permettant une amélioration de la tolérance hémodynamique des séances ainsi qu'une diminution de la fatigue postdialytique [22,29]. Par ailleurs, les « vieux dialysés » avaient des scores assez bas comparativement aux patients ayant une ancienneté en hémodialyse de moins de 15 ans. Cela pourrait être expliqué par la survenue d'une pathologie spécifique dite du « vieux dialysé » dont parmi ses multiples facettes l'amylose β_2-microglobuline, les pathologies osseuses et les maladies cardiovasculaires. Enfin, l'absence d'autonomie était corrélée à une altération de la QdV. En effet, le patient en hémodialyse est nécessairement dépendant de son milieu

familial et/ou social. Toutefois, Martin et Ferreri [20] soulignent que le concept d'autonomie est difficile à évaluer en pratique tant certaines normes culturelles sont vécues comme des références et estiment, qu'afin d'accéder à une vie concrète plus autonome, la QdV de certains patients risquerait de se détériorer.

En pratique, nous aimerions souligner, d'une part, l'intérêt de la mesure et de la surveillance de la QdV au niveau individuel et donc son contrôle, comme cela a pu être fait pour les paramètres biologiques et cliniques chez l'hémodialysé et, d'autre part, la nécessité de mettre à la disposition des professionnels de santé des instruments de mesure validés.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous soulignons que la perception de la QdV et son évaluation peuvent prendre toute leur valeur dès qu'il s'agit de pathologies chroniques. En effet, notre démarche évaluative en dépit des difficultés conceptuelles intrinsèques à la notion de la QdV, a permis d'identifier les dimensions les plus altérées au regard des valeurs du patient en hémodialyse et les facteurs de risque quant à cette altération sur lesquels le praticien pourrait agir. Cependant, cette démarche ne doit pas être considérée isolément mais doit être intégrée dans une évaluation globale clinique, épidémiologique, voire médicoéconomique.

Références

[1] Ministère de la santé publique — Direction des Soins de Santé de Base. La prévention de l'insuffisance rénale chronique. In: 11èmes Journées nationales de santé publique. Hammamet, Tunisie. Imprimerie Officielle de la République Tunisienne; 2003.

[2] Njah M, Nasr M, Ben Dhia N. Morbidité anxio-dépressive chez le patient hémodialysé. Nephrologie 2001;22:353—7.

[3] Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter WB. Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), version 1.3: a manual for use and scoring. Santa Monica, CA: RAND

[4] Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL™) instrument. Qual Life Res 1994;3:329—38.

[5] Français P, Leplège A, Larue JR. Qualité de vie et dialyse péritonéale. Bull Dial Perit 1997;3:38—49.

[6] Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. Arch Intern Med 1999;159:837—43.

[7] DeOreo PB. Hemodialysis patient assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. Am J Kidney Dis 1997;30:204—12.

[8] Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-Life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis 2000;35:293—300.

[9] Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of hemodialysis patients. Nephrol Dial Transpl 2001;16:1387—94.

[10] Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, De Haan RJ, Boeschoten E, Krediet RT. Quality of life over time in dialysis: The Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis. Kidney Int 1999;56:720—8.

[11] Painter P, Carlson L, Carey S, Paul SM, Myll J. Physical functioning and health-related quality-of-life changes with exercise training in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2000;35:482—92.

[12] Canaud B. Contrôle de qualité en hémodialyse : démarche assurance qualité. Nephrologie 2000;21:403—11.

[13] Gokal R, Figueras M, Ollé A, Rovira J, Badia X. Outcomes in peritoneal dialysis and hemodialysis — a comparative assessment of survival and quality of life. Nephrol Dial Transpl 1999;14(Suppl 6):24—30.

[14] Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Gary Hart L, Blagg CR, Gutman R, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. N Engl J Med 1985;312:553—8.

[15] Mingardi G. From the development to the clinical application of a questionnaire on the quality of life in dialysis, The experience of the Italian Collaborative DIA-QOL (Dialysis-Quality of Life). Nephrol Dial Transpl 1998;13(Suppl 1):70—5.

[16] Kutner NG. Assessing end-stage renal disease patients' functioning and well-being: measurement approaches and implications for clinical practice. Am J Kidney Dis 1994;24:321—33.

[17] Laupacis A, Muirhead N, Keown P, Wong C. A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. Nephron 1992;60:302—6.

[18] Cagney KA, Wu AW, Fink NE, Jenckes MW, Meyer KB, Bass EB, et al. Formal literature review of quality-of-life instruments used in end-stage renal disease. Am J Kidney Dis 2000;36:327—36.

[19] Gentile S, Delarozière JCh, Fernandez C, Tardieu S, Devictor B, Dussol B, et al. Qualité de vie et insuffisance rénale chronique terminale : le point sur les différents questionnaires existants. Nephrologie 2003;24:291—9.

[20] Martin P, Ferreri M. Le concept de qualité de vie. In: Collection Dépression et... Neuilly-sur-Seine: ARDIX MEDICAL; 1997.

[21] Hyodo T, Yamamoto S, Inoguchi Y, Kikuchi C, Sato Y, Oka M, et al. Individual application of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) instrument to monitor the health status of dialysis patients. Nephron 2000;86:391—2.

[22] Canaud B, Leray-Moragues H, Bosc JY, Mion C. Conduite de l'hémodialyse et complications. Encycl. Méd. Chir. Néphrologie-Urologie, **(Elsevier, Paris)** 18-063-B-20;1998:14 p.

[23] Guerin A. Réadaptation à l'effort de l'insuffisant rénal chronique. Rôle de l'anémie [résumé]. Nephrologie 1998;19:364.

[24] Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Jofre R, Valderrábano F. Quality of life in dialysis patients. A spanish multicentre study. Nephrol Dial Transpl 1996;11(Suppl 2):125—9.

[25] Valderrábano F. Quality of life benefits of early anemia treatment. Nephrol Dial Transpl 2000;15(Suppl 3):23—8.

[26] Pucheu S, Consoli SM. Caractéristiques psychologiques associées à la qualité de vie chez des patients traités par dialyse péritonéale [résumé]. Nephrologie 1998;19:364—5.

[27] Cano N, Stroumza P. Prise en charge de la dénutrition en hémodialyse chronique. Nephrologie 1998;19:353—7.

[28] Hanson JA, Hulbert-Shearon TE, Ojo AO, Port FK, Wolfe RA, Agodoa LY, et al. Prescription of twice-weekly hemodialysis in the USA. Am J Nephrol 1999;19:625—33.

[29] Sklar A, Newman N, Scott R, Semenyuk L, Schultz J, Fiacco V. Identification of factors responsible for postdialysis fatigue. Am J Kidney Dis 1999;34:464—70.