RAFMI



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2026, JUIN - VOLUME 13 (1-1)

Correspondance

Secrétariat
E-mail : revueafricainemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse
UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10ème RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION
Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Pr Michel Assane NDOUR (Sénégal)

CURATEUR
Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS
Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)
Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)
Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES
Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)
Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETAIRE D'EDITION
M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE
Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI
Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)
Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)
Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)
Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;

2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de téléfax et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français.

Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.
Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.
Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.
La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

1. Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373-379.

2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.

3. Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996 ; 89 : 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.
Les références (thèses et mémoires) ne sont pas acceptées.
Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.
Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.
Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.
Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.
Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.
Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.
Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.
Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.
Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi
Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante **(revueafricainemi@gmail.com)** et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne **(rafmi.org).**

IV. Publication
Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité.
Une fois l'article accepté, il sera publié après payement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Stéatose hépatique métabolique (MASLD) chez les diabétiques de type 2 en milieu hospitalier africain (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Profil épidémio-clinique et paraclinique de la Sclérodermie Systémique au service de médecine interne du CHU-Treichville (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Polyarthrite rhumatoïde au Sénégal : profil hospitalier et facteurs associés aux formes déformantes. Étude multicentrique de 340 cas dans la région de Thiès **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Qualité de vie des diabétiques de type 2 suivis au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Bénin) en 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Équipe multidisciplinaire d'antibiothérapie de l'Hôpital Principal de Dakar : Activités et résultats préliminaires après 18 mois de mise en œuvre **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prévalence des maladies systémiques au cours du VIH dans le service de rhumatologie du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée. **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Profil épidémiologique, clinique, biologique et étiologique du syndrome inflammatoire biologique chez les patients hospitalisés en médecine interne : étude multicentrique comparative au Maroc et au Sénégal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Nuisances sonores et troubles du sommeil au-delà de la neurologie, quel impact sur la santé en général ? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur le diabète gestationnel à Abidjan (Côte d'Ivoire) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Le suivi et les difficultés d'insertion professionnelle des doctorants d'une jeune UFR des sciences de la santé à Saint-Louis du Sénégal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs diagnostiquée par l'indice de pression systolique chez des patients diabétiques à Ouagadougou (Burkina Faso). **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Metabolic hepatic steatosis (MASLD) among patients known for type 2 diabetics in an African hospital setting (Burkina Faso) **7-15**
Somé DP, Traoré S, Pankolo M, Zemba D, Ouedraogo NCJ, Ouedraogo DF, Sawadogo N, Zoungrana L, Bognounou R, Tieno H, Simbooro LR, Ouedraogo CLW, Guira O

Epidemiological and Clinical Characteristics of Systemic Sclerosis at Treichville University Hospital (Côte d'Ivoire) **16-25**
Kpata DPM, Lobah YG, Ahouangansi SER, Konan NM, Bamba A, Bamba NS, Akahi JN, Ouattara TR, Sanogo I, Abbe F, Acko UV, Binan Y

Rheumatoid arthritis in Senegal: hospital profile and factors associated with deforming forms. A multicenter study of 340 cases in the Thiès region **26-32**
Sow K, Diallo BM, Elamé Ngwa H, Mamoudou BN, Guèye MT, Ba IK, Nandong N, Mouhamad M, Dièye I, Bacourine S, Pouye M, Berthé A, Touré PS, Diop MM, Ka MM

Quality of life of type 2 diabetics monitored at the Borgou Departmental University Hospital (Benin) in 2023 **33-39**
Alassani A, Kone S, Djalogue L, Djibril A, Wanvoegbe A

Multidisciplinary antimicrobial stewardship team at Principal Hospital of Dakar: activities and preliminary outcomes After 18 months of implementation **40-49**
Diop M, Ndoye M, Mbacke Daffé SM, Youbong T, Radji RO, Diouf K, Seck M, Gueye MW, Baro R, Sakho M, Traore CA, Ngom M, Bassoum O, Faye A, BA PS

Prevalence of Systemic Diseases in the course of HIV in the Rheumatology Department of CHU Ignace Deen, Conakry, Guinea **50-57**
Condé K, Bah A, Barry A, Touré M, Kamissoko AB, Cissé FA

Epidemiological, clinical, biological, and etiological profile of biological inflammatory syndrome in patients hospitalized in internal medicine: a comparative multicenter study in Morocco and Senegal **58-64**
Diagne N, Ndao AC, Ndour MA, Faye A, Idrissi AR, Djiba B, Pouye A

Noise pollution and sleep disorders beyond neurology, what impact does it have on health in general? **65-70**
Sarr MM, Marone Z, Coly MS, Ka M, Sarr TM, Ndiaye M

Knowledge, attitudes and practices of health providers regarding gestational diabetes in Abidjan (Ivory Coast) **71-78**
N'guessan A, Danho J, Ouattara TR, Tapsoba M, Assita Y, Kouassi FH, Bakayoko F, Hué LA, Abodo J

Monitoring and difficulties of professional integration of doctoral students of a young health sciences UFR in Saint-Louis, Senegal **79-84**
Dia DG, Sagna AS, Dia AD, Doupa D, Kane A

Peripheral arterial disease (PAD) diagnosed using the ankle-brachial index in diabetic patients in Ouagadougou (Burkina Faso) **85-90**
Tieno H, Bognounou R, Ouedraogo Z.-N, Zoungrana L, ZOROME K.- A-A, Bouda M, Yameogo S, Zio G-U, Guira O

Qualité de vie des diabétiques de type 2 suivis au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (Bénin) en 2023

Quality of life of type 2 diabetics monitored at the Borgou Departmental University Hospital (Benin) in 2023

Alassani A[1], Kone S[2], Djalogue L[3], Djibril A[1], Wanvoegbe A[4]

1. **Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin**
2. **Faculté de Médecine, Université Alassane OUATTARA, Côte d'Ivoire**
3. **Faculté de Médecine, Université de Kara, Togo**
4. **Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, Bénin**

Auteur correspondant : Adébayo ALASSANI / Mail : adebayoalassani@gmail.com / Tél : +2290166667244

Résumé

Introduction : Le diabète de type 2 est une maladie chronique susceptible d'altérer la qualité de vie en raison de ses complications et de son retentissement physique, psychologique, social et familial. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie (QDV) des patients diabétiques de type 2.

Méthodes : L'étude était transversale analytique monocentrique dont la collecte de données a été réalisée de mars à juillet 2023. La population d'étude a concerné les diabétiques de type 2 âgés de 18 ans au moins, capables de répondre aux questions et ayant donné leur consentement. L'échantillonnage était exhaustif. La variable dépendante est la qualité de vie appréciée par l'échelle Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life version 19. Le seuil de significativité était de 5%.

Résultats : Au total 380 diabétiques de type 2 ont été inclus, la prédominance féminine était de 62,63 % avec une sex-ratio de 0,59. L'âge moyen des enquêtés était de 57,15 ± 2,33 ans. La qualité de vie était mauvaise chez 61,32 % avec un score moyen de -0,41 ± 0,36. Le diabète a impacté négativement la qualité de vie de la quasi-totalité (99,21 %) des patients. Les facteurs associés à la mauvaise qualité de vie étaient : l'inactivité physique (p=0,001), l'indice masse corporelle ≥ 25 kg/m^2 (p=0,009), le tour de taille élevé (p=0,01), l'asthénie (p=0,003), l'anorexie (p=0,03), la polyurie (p=0,04), la présence de complications chroniques (p=0,001) et la mauvaise observance médicamenteuse (p=0,001).

Conclusion : Le diabète a impacté négativement la qualité de vie de la plupart des patients. L'évaluation de la QDV doit s'intégrer dans la prise en charge des diabétiques pour une meilleure gestion de la maladie.

Mots clés : Qualité de vie - Diabète de type 2 - Parakou.

Summary

Introduction: Type 2 diabetes is a chronic disease that can impair patients' quality of life because of its complications and its physical, psychological, social, and family impact. The aim of this study was to assess the quality of life (QoL) of patients with type 2 diabetes.

Methods: This was a single-center analytical cross-sectional study, with data collection conducted from March to July 2023. The study population included type 2 diabetics aged 18 and over, able to answer questions and having given their consent. Exhaustive sampling was used. The dependent variable is the quality of life assessed by the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life version 19 scale. The significance level was 5%.

Results: A total of 380 type 2 diabetics were included, the female predominance was 62.63% with a sex ratio of 0.59. The mean age of the respondents was 57.15 ± 2.33 years. Poor quality of life was observed in 61.32% of the participants, with a mean quality-of-life score of 0.41 ± 0.36. Diabetes negatively impacted the quality of life of almost all (99.21%) of the patients. The factors associated with poor quality of life were: physical inactivity (p=0.001), body mass index ≥ 25 kg/m^2 (p=0.009), increased waist circumference (p=0.01), asthenia (p=0.003), anorexia (p=0.03), polyuria (p=0.04), the presence of chronic complications (p=0.001), and poor medication adherence (p=0.001).

Conclusion: Diabetes negatively impacted the quality of life of most patients. The assessment of QOL should be integrated into the management of diabetics for better management of the disease.

Keys words: Quality of life - Type 2 diabetes - Parakou.

Introduction

Le diabète est l'un des maladies métaboliques les plus fréquentes dans le monde avec une prévalence à la hausse progressive. En 2024, 588,7 millions de sujets âgés de 20 à 79 ans étaient diabétiques dans le monde soit une prévalence de 11,1% avec une estimation à 852,5 de personnes atteintes et une prévalence de 13,0% en 2050 si rien n'est fait pour sa prévention. L'Afrique comptait en 24,6 millions de diabétiques soit une prévalence 4,2% avec une estimation à 59,5 millions de sujets atteints et une prévalence de 5,0% en 2050 **[1]**. Le Bénin s'inscrit dans cette dynamique de progression rapide puisqu'en 2001 la prévalence du diabète était estimée à 1,1% **[2]** ensuite elle est passée à 2,6% en 2008 **[3]** puis à 8,4% en 2015 **[4]**. Cette augmentation de la prévalence du diabète et particulièrement le type 2 est due à des modifications culturelles et sociales rapides notamment : le vieillissement de la population, le développement de l'urbanisation, la modification des habitudes alimentaires et la diminution de l'activité physique. Le diabète est responsable d'importantes pertes économiques pour les patients et leur famille, ainsi que pour les systèmes de santé et les économies nationales, du fait des coûts médicaux directs atteignant en 2024 1015 milliard de dollars et estimés à 1043 milliard en 2050. Il est également l'une des principales causes de mortalité au monde avec un nombre de décès estimé à 3,4 millions en 2024 soit 9,3% de tous les décès toutes causes confondues **[1]**. Au cours de son évolution, le diabète peut entrainer des complications chroniques ou aiguës, influencer l'état mental, les relations familiales, sociales et sexuelles puis aboutir à la réduction de la qualité de vie des patients. La qualité de vie est la perception qu'a 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 et ses attentes, ses normes et ses inquiétudes **[5]**. Plusieurs études ont été réalisées à travers le monde entier faisant l'état des lieux sur la qualité de vie des patients diabétiques. Les résultats des publications sont unanimes sur le fait que le diabète entraîne une mauvaise qualité de vie avec comme conséquence l'aggravation de la maladie, l'adoption des conduites à risque pour la santé, l'apparition de nouveaux troubles et la dégradation de la communication avec les soignants et les proches **[6-8]**. L'importance de la qualité de vie chez les sujets atteints de maladie chronique en l'occurrence le diabète sucré a motivé l'OMS à en faire un piler principal dans les objectifs à atteindre en dehors du contrôle de la glycémie et la prévention des complications. Le patient est au centre de toutes les décisions médicales et des instruments standardisés permettant de mesurer directement les résultats rapportés par le patient, sans interprétation par le médecin sont disponibles **[5]**. Au Bénin, peu d'études se sont intéressées à l'étude de la qualité de vie des patients diabétiques. La présente étude vise à évaluer la qualité de vie liée au diabète et identifier les facteurs indépendamment associés à son altération chez les diabétiques de type 2 à Parakou en 2023. Les résultats de cette étude vont servir dans l'amélioration de la qualité de vie des patients dans le but d'une prise en charge optimale et globale.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale analytique et monocentrique dont la collecte de données s'est réalisée du 1er Mars 2023 à 31 Juillet 2023.

La population était constituée des patients diabétiques de type 2 dont le diagnostic était par les critères de l'American Diabetes Association **[9]**, des deux sexes suivis en ambulatoire dans le service de Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (CHUD/B) depuis au moins 3 mois et âgés de 18 ans au moins. Les diabétiques de type 2 incapables de répondre aux questions, présentant des troubles cognitifs, souffrant de maladie psychiatrique sévère et les gestantes n'étaient pas inclus dans l'étude.

L'échantillonnage était exhaustif. La taille de l'échantillon était représentée par l'ensemble des patients admis dans le centre au cours de la période de collecte de données qui répondaient aux critères d'inclusion.

La variable dépendante était la qualité de vie appréciée par l'échelle Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life version 19 **[10]**. Le patient indique le niveau de sa qualité de vie, parmi 7 propositions auxquelles il est attribué chacune un score pour son interprétation : extrêmement mauvaise (-3), très mauvaise (-2), mauvaise (-1), ni bonne ni mauvaise (0), bonne (+1), très bonne (+2) et excellente (+3). La qualité de vie est considérée comme mauvaise pour tout score inférieur à 0, inchangée si score égal à 0 et bonne si score supérieure ou égale 1. Cette échelle a permis aussi d'apprécier l'impact du diabète sur la vie du patient en questionnant celui-ci sur sa qualité de vie s'il ne souffrait pas de diabète. Le patient choisit entre 5 propositions auxquelles il est attribué chacune un score pour son interprétation : nettement meilleure (-3), bien meilleure (-2), un peu meilleure (-1), identique (0) et moins bonne (+1). Le diabète a un impact négatif sur la vie du patient pour tout score inférieur 0, sans impact pour un score 0 et un impact positif pour tout score supérieur à 0. Les

variables explicatives étaient relatives aux données sociodémographiques, au mode de vie, aux paramètres anthropométriques, aux caractéristiques cliniques et paracliniques des patients. L'observance médicamenteuse était évaluée par le questionnaire de TEO de GIRERD
Les données recueillies étaient enregistrées, traitées, et analysées respectivement avec les logiciels Epi Data 3.1 et Epi info 7.2.0.1. Le test de Khi-2 ou le test Exact de Fischer était utilisé pour la comparaison des proportions. Les variables associées à la mauvaise qualité de vie en analyse uni variée avec une value p<0,20 avaient été simultanément introduites dans un modèle de régression logistique. Les odds-ratio avaient été déterminés ainsi que leur intervalle de confiance à 95% pour estimer le sens, la force et la stabilité de l'association. Le seuil de significativité des résultats était fixé à 5%.
Sur le plan éthique, en dehors du consentement des patients, l'autorisation du Directeur général du CHUD/B avait été obtenue. L'anonymat et la confidentialité des données avaient été respectées.

Résultats

Caractéristiques générales de la population d'étude

La population d'étude était constituée de 380 patients. La moyenne d'âge était de 57,15 ±12,33 ans. Une prédominance féminine était observée avec un sex-ratio de 0,59. L'ancienneté de dépistage du diabète était 7,51 ± 1,64 ans. Le mode de vie était caractérisé par l'exposition au tabac chez 2,89%, la consommation de l'alcool chez 0,79% et l'inactivité physique chez 71,58% des patients. Sur le plan clinique, 59,74% étaient hypertendus et 45,26% une asthénie. Sur le plan anthropométrique, l'indice de masse corporelle moyen des patients était de 27,55 ± 5,13 kg/m^2 ; le tour de taille moyen était respectivement 96,66 ± 11,24 cm chez les hommes et 99,03 ± 12,01cm chez les femmes ; 255 patients (67,10%) avaient un indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m^2 et 73 soit 29,73% étaient obèses. Le tour de taille était élevé chez 85,26%. Les complications chroniques étaient observées chez 226 patients (59%) dominées par la neuropathie périphérique et de la rétinopathie rapportées respectivement dans une proportion de 90,52% et de 28,68%. Le traitement n'incluait pas l'insuline chez 358 patients soit 94,21%. L'observance médicamenteuse était bonne chez 76,32 % des patients. **(Tableau I)**.

Tableau I : caractéristiques générales de la population d'étude des diabétiques suivis au CHUD/B en 2023 (n=380)

	n	%
Age		
< 50 ans	120	31,58
≥ 50 ans	260	68,42
Sexe		
Masculin	142	37,37
Féminin	238	62,63
Exposition au tabac		
Oui	11	02,89
Non	369	97,11
Consommation d'alcool		
Oui	03	00,79
Non	377	99,21
Inactivité physique		
Oui	108	28,42
Non	272	71,58
Indice de masse corporelle		
< 25 kg/m^2	125	32,90
≥ 25 kg/m^2	255	67,10
Tour de taille		
Normal	56	14,74
Elevé	324	85,26
Signes cliniques		
Asthénie	172	45,26
Anorexie	55	14,47
Polyurie	161	42,37

Amaigrissement	151	39,74
Hypertension artérielle	227	59,74
Complications chroniques		
Neuropathie périphérique	344	90,52
Rétinopathie diabétique	109	28,68
Observance médicamenteuse		
Bonne	290	76,32
Mauvaise	90	23,68

Appréciation de la qualité de vie des diabétiques après la découverte du diabète

La qualité de vie après la découverte du diabète était mauvaise chez 233 patients soit une proportion de 61,32% **(Figure 1)**.

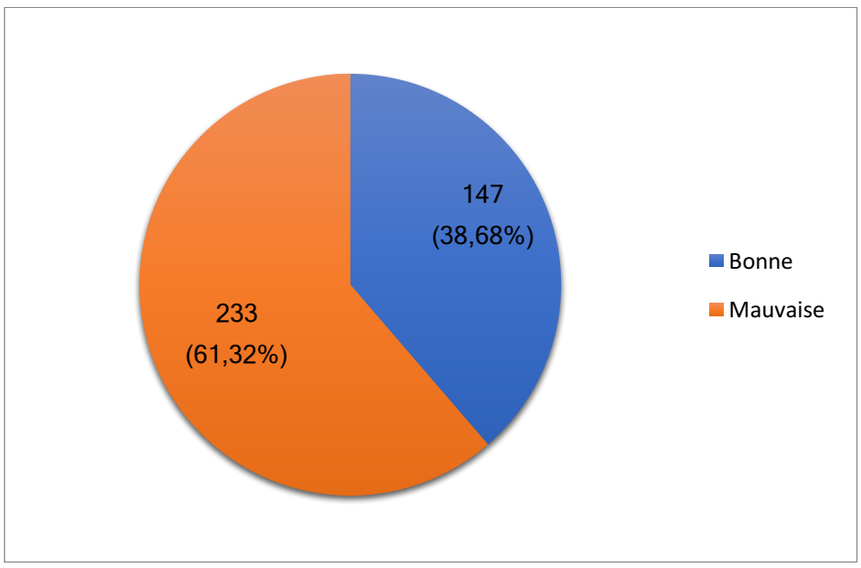

Figure 1 : appréciation de la qualité de vie des diabétiques suivis au CHUD/B en 2023 (n=380)

Le score moyen de la qualité de vie était -0,41 ± 0,36. Le diabète a impacté négativement la qualité de vie de la quasi-totalité (99,21%) des patients. **(Figure 2)**.

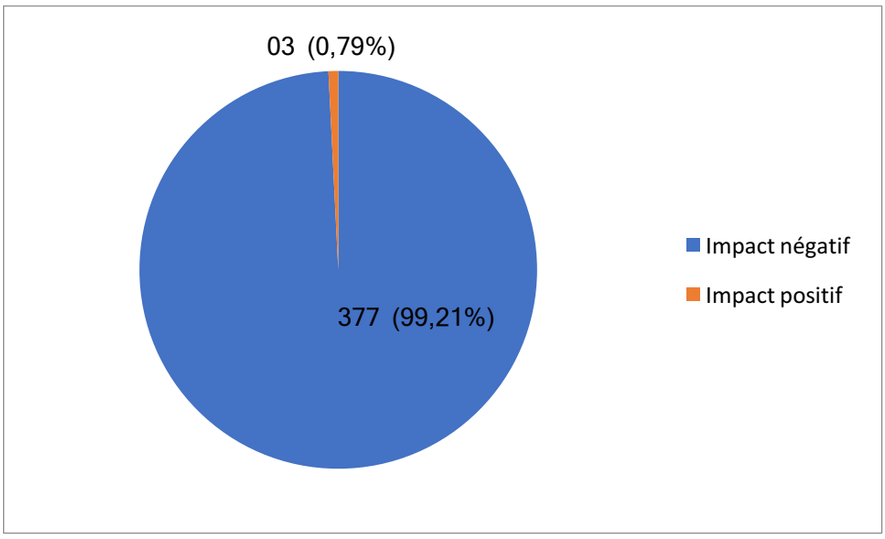

Figure 2 : impact du diabète chez les diabétiques suivis au CHUD/B en 2023 (n=380)

Facteurs associés à la mauvaise qualité de vie des diabétiques

Les facteurs associés à la mauvaise qualité de vie après la découverte du diabète en analyse multivariée étaient l'inactivité physique (p=0,001), le surpoids (p=0,009), le tour de taille élevé (p=0,01), l'asthénie (p=0,003), l'anorexie (p=0,03), la polyurie (p=0,04), la présence de complication chronique (p=0,001) et la mauvaise observance médicamenteuse **(Tableau II)**.

Tableau II : facteurs associés à la mauvaise qualité de vie des diabétiques suivis au CHUD/B en 2023 (analyse multivariée)

	OR ajusté (intervalle de confiance 95%)	p-value
Inactivité physique		
Oui	1	0,001
Non	4,11 (2,31-5,15)	
Statut pondéral (kg/m^2)		
< 25	1	0,009
≥ 25	2,23 (1,22 - 4,07)	
Tour de taille		
< Normal	1	0,01
≥ Elevé	2,27 (1,18 - 5,02)	
Asthénie		
Non	1	0,003
Oui	2,49 (1,35 - 4,59)	
Anorexie		
Non	1	0,03
Oui	2,47 (1,06 - 5,75)	
Polyurie		
Non	1	0,04
Oui	2,92 (1,01 - 8,41)	
Complications chroniques		
Non	1	0,001
Oui	2,24 (1,39 - 3,59)	
Observance médicamenteuse		
Bonne	1	0,001
Mauvaise	3,15 (1,56 - 6,20)	

Discussion

Cette étude montre qu'environ six patients diabétiques sur dix présentaient une mauvaise qualité de vie ; le diabète a impacté négativement la qualité de vie de la quasi-totalité (99,21%) des patients ; les facteurs associés à la mauvaise qualité de vie étaient : l'inactivité physique, l'indice de masse corporelle ≥ 25 kg/m^2, le tour de taille élevé chez les hommes, l'asthénie, l'anorexie, la polyurie, la présence de complication chronique et la mauvaise observance médicamenteuse. Les auteurs quand bien même les méthodes d'appréciation sont différentes sont unanimes sur le fait que le diabète impacte négativement la qualité de vie des patients. En effet selon ces auteurs, il ressort que 30-70% des diabétiques avaient une mauvaise qualité de vie **[5, 11-16]**. La méthode d'évaluation de la qualité de vie utilisée par ces auteurs était celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui était très généraliste et sensible aux spécificités du diabète. La méthode utilisée dans la présente étude était non seulement spécifique au diabète mais aussi adaptée à tous les pays. Cette atteinte de la qualité de vie des patients est multidimensionnelle. En effet Mechal et coll **[17]** en Ethiopie avaient rapporté que 39,1%, 44,1%, 38,9% et 46,6% des diabétiques suivis dans leur cohorte présentaient respectivement une altération de la mobilité, de l'auto-prise en charge, des activités quotidiennes et ressentaient la douleur. Cette altération de la qualité de vie des diabétiques ne se limite pas seulement au patient mais aussi à son environnement immédiat. Shad et coll **[18]** avaient rapporté l'impact négatif du diabète dans la famille des patients. Pour ce qui concerne les facteurs associés à la mauvaise qualité de vie, plusieurs auteurs ont rapporté des associations similaires. Alaofè et coll **[19]** et Handayani et coll **[20]** avaient rapporté l'association entre la mauvaise qualité de vie et le surpoids. L'obésité abdominale était associée à la mauvaise qualité de vie dans l'étude de Gupta et coll **[5]**. En effet, l'obésité augmente les contraintes mécaniques sur les articulations, favorisant l'arthrose, la réduction de la mobilité et la fatigue à l'effort. L'ensemble de ces mécanismes contribue à une altération des dimensions physique, psychologique et sociale de la qualité de vie. L'association entre l'inactivité physique et l'altération de la qualité de vie chez les diabétiques a été rapportée par Akinbule et coll. au Nigéria **[16]**. Cette association pourrait s'expliquer par le fait que l'inactivité provoque une diminution de la masse musculaire, une baisse de la capacité

cardiorespiratoire et un déconditionnement physique, responsables d'une fatigue plus importante, d'une limitation des activités quotidiennes et d'une réduction de l'autonomie et par conséquent une altération de la qualité de vie. Dans l'étude de Mechal et coll **[17]** et de Wonde et coll **[21]**, la présence de complications ou de comorbidités étaient associées à la mauvaise qualité de vie chez les diabétiques. L'asthénie et la polyurie font partie des signes cardinaux du diabète et sont observés lorsque la glycémie est élevée. L'association entre les complications aiguës comme chroniques du diabète à une mauvaise qualité de vie des diabétiques a été souligné par Daboulaye et coll au Tchad **[22]**. Dans les études de Gupta et coll **[5]** et de Tusa et coll **[23]**, le mauvais équilibre du diabète était associé à la mauvaise qualité de vie des patients. Les complications qui peuvent découler de la mauvaise observance thérapeutique sont responsables des signes qui impactent négativement le vécu quotidien des patients avec comme corollaire une altération de la qualité de vie. Les limites de cette étude étaient non seulement la subjectivité des données recueillies mais aussi du fait de son caractère transversal monocentrique et l'existence éventuelle des biais de mémoire et de désirabilité sociale au sein des diabétiques. Aussi faut-il ajouter que tous les paramètres pouvant impacter la qualité de vie des diabétiques ne sont pas prises en compte dans la présente étude. Une étude prochaine multicentrique et prospective s'avère nécessaire pour mieux évaluer la qualité de vie chez les diabétiques.

Conclusion

La majorité des patients diabétiques suivis dans le service avait une mauvaise qualité de vie. Les sujets les plus affectés étaient ceux ayant un surpoids, une mauvaise observance médicamenteuse, une complication chronique ou qui présentaient des signes du diabète. En dehors de l'équilibre glycémique et du contrôle des comorbidités et complications, l'évaluation de la qualité de vie des diabétiques doit s'intégrer dans leur prise en charge globale.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. **Fédération Internationale du Diabète. Atlas du diabète de la FID, 11ème [En ligne]. 2025 [consulté le 9 juillet 2026]. Disponible sur : https://www.diabètesatlas.org**
2. **Djrolo F, Amoussou-Guenou KD, Zannou DM, Houinato D, Ahouandogbo F. Prévalence du diabète sucré au Bénin. Louvain médical. 2003 ;122(6) : 256-60**
3. **Organisation Mondiale de la Santé. STEPS Report Bénin. [En ligne]. 2008 [consulté le 5 Février 2025]. Disponible sur : https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/2008_STEPS_Report_Benin.pdf**
4. **Organisation Mondiale de la Santé. STEPS Fact Sheet Bénin. [En ligne]. 2015 [consulté le 5 Février 2025]. Disponible sur: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Benin_2015_STEPS_FactSheet_FR.pdf**
5. **Gupta J, Kapoor D, Sood V. Quality of life and its determinants in patients with diabetes mellitus from two health institutions of sub-himalayan region of India. Indian J Endocr Metab 2021; 25: 211-9**
6. **Mishra A, Choudhary M, Kumar C, Kishor C, Kumari A. Assessment of Health-Related Quality of Life and Its Determinants in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Cross-Sectional Study. Cureus 2024; 16(8): 1-16**
7. **Safieddine M, Bruneau L, Soulaimana I, Debussche X, Lafarge S, Falissard B, Ferdynus C and Huiart L. Quality of life assessment in diabetic patients: validity of the creole version of the EQ-5D-5L in Reunion Island. Front. Psychol 2023; 14: 1-9**
8. **Zan H, Meng Z, Li J, Zhang X, Liu T. Factors associated with quality of life among elderly patients with type 2 diabetes mellitus: the role of family caregivers. BMC Public Health 2024; 24: 539-47**
9. **American Diabetes Association. Diagnostic and classification of diabetes; standards of care un diabetes-2026. Diabetes care 2023; 49(suppl 1): 27-49**
10. **Krzeminska S, Bak E, Polanska A, Hasova K, Laurinc M, Zrubcova D, Mlynarska A. Does gender affect health-related quality of life in patients with type 2 diabetes (ADDQoL) in Center European countries? Annals of Agriculture and Environmental Medicine 2023: 30(2): 59-63**

11. Alsudairy N M, Alzaidi S M, Alghamdi A G, Alrashidi MS, Altashkandi DA. Quality of Life and Its Determinants Among Individuals With Diabetes in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Online Survey. Cureus 2024; 16(9): 1-9
12. Jose SD, Mishra S, Mini GK. Health-related quality of life and associated factors among adults with type-2 diabetes mellitus: A community-based cross-sectional study in rural Kerala, India. Indian J Endocr Metab 2022; 26: 530-6
13. Melligeri AG, Natekar DS, Naik A, Kandagal A et al. Comparative study Assess the Level of Stress and Quality of Life among Type 1 and Type 2 Diabetic Mellitus Patients at Bagalkot. SSR Inst. Int. J. Life Sci., 2023; 9(5): 1-6
14. Umar AB, Umar AA, Umar LB, Yamusa U, Kumbo AS. Quality of Life Domains among Patients with Type 2 Diabetes, in Samaru Community, Sabongari Local Government Area, Kaduna State. Bayero Journal of Nursing and Health Care 2024; 6(1): 1215-27
15. Gebeyaw E, Lema G. Understanding gender disparities in quality of life among patients with type 2 diabetes in Ethiopia: an institutional-based study. Life medicine 2025; 6: 1-10
16. Akinbule O, Tor-Anyiin F, Adenusi S. Impact of socio-economic factors and lifestyle behaviours on the quality of life of diabetes patients in Markurdi benue state Nigeria. Scientific reports 2025; 15: 1-13
17. Mechal A, Worku T, Oljira L, Amare E, Ezo E, Abate H et al. Health-related Quality of Life and Risk Factors Among Type II Diabetic Mellitus Patients Attending Public Hospitals in Harari Regional State, Ethiopia. Clinical Nursing Perspectives 2024; 1(1): 11-21
18. Shad R, Finlay AY, Ali FM, Otwombe K, Nixon SJ, George L and al. Comparaison of the impact of type 1 and type 2 diabetes on quality of life of families of patients: A UK cross-sectional stydy. Diabetes Obes Metab 2025; 27: 652-62
19. Alaofè H, Hounkpatin A, Djrolo, F, Ehiri J, Rosales C. Factors Associated with Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes of South Benin: A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 2360-72
20. Handayani D, Salsabila J, Versita R, Pranata M. Analysis of factors affecting the quality of life of prolanis patient with type 2 diabetes mellitus. Journal Ilmiah Kefarmasian 2024; 9(3): 685-94
21. Wonde TE, Ayene TR, Moges NA, Bazezew Y. Health-related quality of life and associated factors among type 2 diabetic adult patients in Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia. Heliyon 2022; 8: 1-7
22. Daboulaye D, Oumar A, Makang N, Tidjani A, Affadine H, Bonte A et al. Evaluation of the quality of life of diabetics at the national reference university hospital center (CHU-RN) of N'Djamena. International journal of diabetes and endocrinology 2026; 11(2): 13-9
23. Tusa BS, Weldesenbet AB, Gemada TA, Merga BT, Regassa LD. Heath related quality of life and associated factors among diabetes patients in sub-Saharan countries: a systemic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes 2021; 19: 31-43

Date de soumission : 14/04/2025
Date d'acceptation : 10/05/2026