

# Évaluation de la qualité de vie d'un programme d'Éducation Thérapeutique

Muriel LAUNAY<sup>1</sup>, Christophe LALANNE<sup>2</sup>, Louis, DO<sup>1</sup>, Fatima TOUAM<sup>1</sup>, Catherine REICHERT<sup>1</sup>, Martin DURACINSKY<sup>2</sup>, Claudine DUVIVIER<sup>1,3,4</sup>

1 AHPH - Hôpital Necker, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Centre d'Infectiologie Necker-Pasteur, Paris, France;

2 University Paris Diderot, Paris Sorbonne Cité, EA 7334 (REMES), Patient-Centered Outcomes Research, Paris, France

3 Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, EA7327, Paris, France;

4 IHU Imagine, Paris, France



**OBJECTIF :** Évaluer l'impact sur la qualité de vie (QdV) d'un programme d'Éducation Thérapeutique (ETP).

**MATERIEL ET METHODES :** Utilisation de l'auto-questionnaire PROQOL-HIV, explorant les dimensions de la Qualité de Vie (QdV) vis-à-vis de la santé physique et les symptômes ressentis (PHS) avec ou sans traitement antirétroviral (cART) et son impact (TI) en prenant en compte les modifications corporelles induites par les traitements (BC), les relations sociales (SR) et intimes (IR), la stigmatisation (ST), les détresses émotionnelles (ED), les questions de santé globale (HC) ainsi que la vie spirituelle.

(Duracinsky M, Lalanne C, et al. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012 Apr 15;59(5): 498-505/506-15).

Les séances ayant été classées en : suivi, renforcement, initiation d'antirétroviraux (ARV), et échec aux ARV.

Analyse croisée des scores des dimensions de la QdV de 0 à 100 (HRQL) (moyenne  $\pm$  déviation standard) avec les données cliniques de deux échantillons de patients infectés par le VIH :

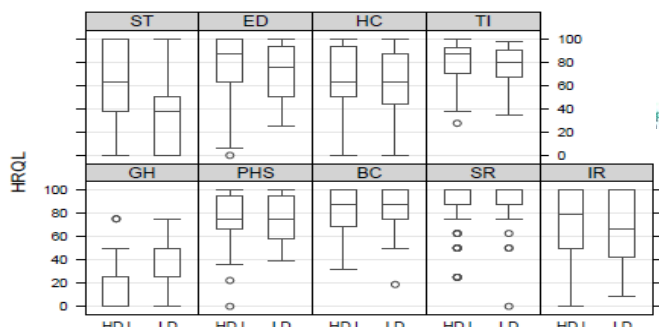
- **Analyse transversale :** Groupe ETP1 (n=111) Patients vus au moins une fois au décours d'une visite d'ETP annuelle (consultations (LD), HDJ)
- **Analyse longitudinale à M0, M6 et M12 :** Groupe ETP2 (n= 42 patients)

Utilisation de tests non-paramétriques (Wilcoxon et ANOVA Kruskal-Wallis) et modèles linéaires à effet aléatoire.

## RESULTATS

Données cliniques à l'entrée dans l'étude	Groupe ETP1			Groupe ETP2		
	Hommes (n=93)	Femmes (n=11)	Total (n=111)	Hommes (n=36)	Femmes (n=6)	Total (n=42)
Age moyen (DS)	48,9 (10,3)	48,7 (11,2)	48,9 (10,4)	47,5 (11,5)	37,5 (12,4)	46 (12,3)
Transmission % (n) :						
- Hétérosexuel	- 24% (22)	- 78% (14)	- 32% (36)	- 25% (9)	- 67% (4)	- 31% (13)
- HSH	- 62% (58)	- 0%	- 52% (58)	- 50% (18)	- 0%	- 43% (18)
- autres (UD, Hémophile, AES, materno-fœtale, transfusion, bisexuel)	- 14% (13)	- 22% (4)	- 15% (17)	- 25% (9)	- 33% (2)	- 26% (11)
Durée moyenne VIH en années (DS)	16,8 (8,6)	13,3 (9,3)	16,2 (8,8)	11,1 (8,7)	15,0 (11,1)	11,7 (9,0)
Coinfection % (n)						
- VHB	- 9% (8)	- 0%	- 67% (8)	- 2% (1)	- 0%	- 2% (1)
- VHC	- 20% (19)	- 6% (1)	- 18% (20)	- 14% (5)	- 17% (1)	- 14% (6)
Stade C (CDC) % (n)	33% (31)	22% (4)	32% (35)	19% (7)	33% (2)	21% (9)
Nb moyen de lignes de traitement ARV (DS)	7,6 (5,8)	9,4 (10,2)	7,9 (6,6)	5,5 (4,9)	6,8 (6,2)	5,7 (5,0)
Traitement ARV en monoprise % (n)	63% (58)	39% (7)	63% (58)	83% (30)	67% (4)	81% (34)
Traitement ARV en biprise % (n)	37% (34)	61% (11)	37% (41)	17% (6)	33% (2)	19% (8)
Taux moyen de CD4/mm <sup>3</sup> (DS)	626,6 (276,5)	468,2 (290)	600,9 (283,5)	567,6 (362,5)	372,7 (307,3)	539,8 (362,5)
% de CV < 20 copies/ml	82% (76)	50% (9)	77% (85)	53% (19)	50% (3)	52% (22)
Types de séances ETP % (n) :						
- Suivi			- 81% (90)			- 45% (19)
- Renforcement			- 6% (6)			- 26% (11)
- Initiation ARV			- 7% (8)			- 19% (8)
- Échecs aux ARV			- 6% (7)			- 10% (4)

### ANALYSE TRANSVERSALE DES SCORES DES DIMENSIONS DE LA QdV (HRQL) 0-100 : GROUPE ETP1 (Consultations ETP (LD) ou HDJ)

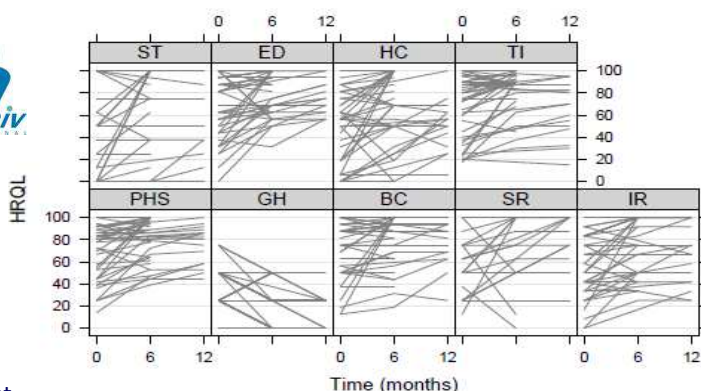


On note une corrélation négative avec l'âge (Spearman  $r = -0,179$ ,  $p = 0,060$ ) et la durée d'évolution de la maladie ( $r = -0,190$ ,  $p = 0,046$ ), et une différence significative de QdV selon que la charge virale soit détectable ou non ( $p = 0,001$ ) et entre le type de séances ( $p = 0,008$ ).

Les scores de QdV des patients suivis en séances « d'Initiation ARV » ( $93,6 \pm 11,1$ ) et « d'Échec aux ARV » ( $90,5 \pm 10,1$ ) montrent une meilleure QdV que pour les patients suivis en séances de « Renforcement » ( $76,2 \pm 22,6$ ) ou de « Suivi » ( $73,0 \pm 20,6$ ).

**CONCLUSION :** Si le contrôle de la charge virale reste un des éléments significatif d'une meilleure QdV, l'impact du vieillissement de la population infectée par le VIH se fait sentir par une moindre performance des scores de QdV, reflétant bien l'évolution de nos files actives de patients infectés par le VIH en 2015.

### ANALYSE LONGITUDINALE DES SCORES DE QdV (HRQL): GROUPE ETP2



L'évolution des CD4 est de  $535/\text{mm}^3$ ,  $550/\text{mm}^3$  et  $599/\text{mm}^3$  et 55%, 76% et 88% sont indétectables à respectivement M0 (n=42), M6 (n=40) et M12 (n=17).

L'analyse des scores différentiels entre M6-M0 (n=39) montre que les patients plus âgés ont un gain de QdV plus faible ( $r = -0,165$ ,  $p = 0,316$ ).