

# La qualité de vie questions de clinicien

Docteur Isabelle Ravaux

Praticien hospitalier AP-HM  
Corevih de Marseille  
Service maladies infectieuses  
CHU La Conception  
Marseille

**Définition de la qualité de vie  
et de ses outils de mesure**

**Pourquoi mesurer la perception des patients ?**  
**Est elle differente de celle des soignants?**

**Mesurer, mais quels sont les bons outils de mesure et comment les choisir ?**

**Une fois la mesure faite comment peut-elle être utilisée pour améliorer nos pratiques?**

**Peux on utiliser des parties de questionnaire en l'ajoutant à un autre ?**

**Pourquoi ces questionnaires doivent il être validés dans une pathologie ? Dans une population ?**

**EXEMPLE:**  
**Données QDV de l'enquête**  
**PRESAGES**



**Abstract n° CDB092**



# **PRESAGES, a multicenter survey in French clinical practice : What are the reasons to switch the current antiretroviral regimen to a new protease inhibitor PI in 2007-2008 ?**

**I.Ravaux<sup>1</sup>, H.Tissot-Dupont<sup>1</sup>, P. De Truchis<sup>2</sup>, F.Sordet<sup>3</sup>,  
N.Manuel<sup>3</sup>, and Presages study group**

<sup>1</sup> Assistance Publique Hôpitaux de Marseille-hôpital de la Conception, Maladies Infectieuses et Tropicales, Marseille, France <sup>2</sup> COREVIH Ile de France Ouest-Assistance Publique Hôpitaux de Paris-Hôpital R. Poincaré, Médecine Aigüe Spécialisée, Garches, France, <sup>3</sup> Laboratoire Tibotec, Janssen-Cilag, Affaires Médicales et Scientifiques, Issy les Moulineaux, France



- **Enquête Tibotec nationale multicentrique** (Métropole + DOM-TOM) initiée de décembre 2007 à juillet 2008
  - **Comité scientifique** : 3 experts Dr I. Ravaux / Dr H. Tissot-Dupont (APHM); Dr P. De Truchis (APHP)
  - **Objectif principal** : Évaluer la stratégie thérapeutique et le choix d'inhibiteur de protéase chez des patients infectés par le VIH 1 nécessitant un changement d'inhibiteur de protéase.
- Intérêt ⇒ Mieux connaître les pratiques cliniques des infectiologues VIH en France en 2007-2008**

- **objectifs secondaires :**

- Déterminer quels sont les facteurs décisifs du choix thérapeutique :(efficacité, résistance, qualité de vie, expérience du médecin..).
- Évaluation de l'observance ,
- **La qualité de vie du patient au moment du changement de traitement**

**Intérêt ➔ Mieux connaître les pratiques cliniques des infectiologues VIH en France en 2007-2008**



# Enquête PRESAGES

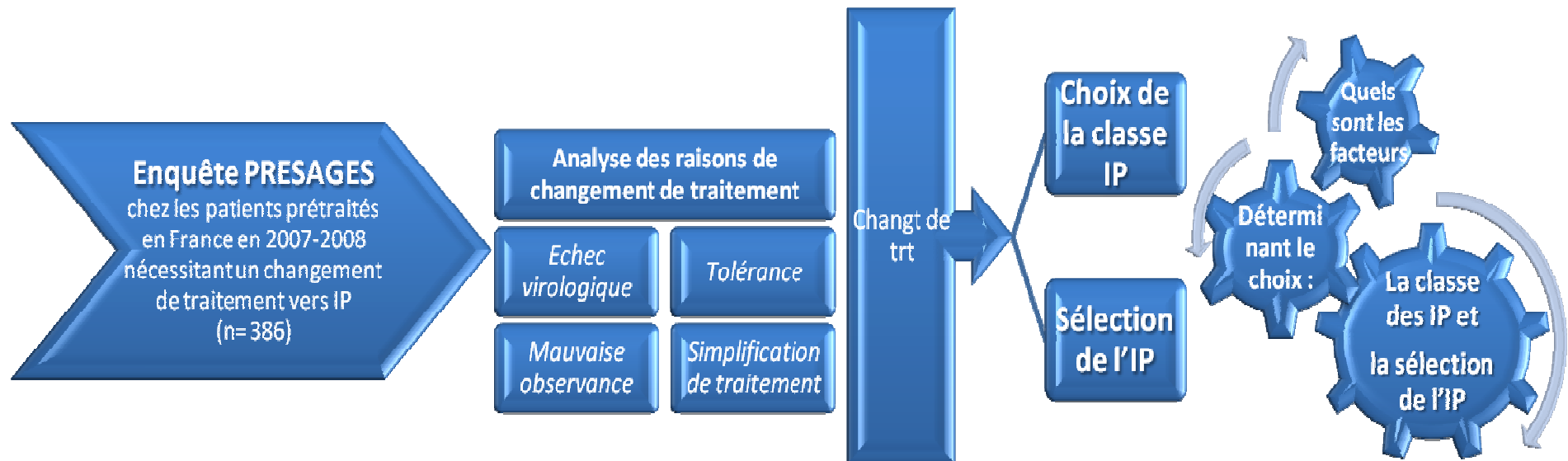
Enquete nationale Française Métropole et DOM-TOM Chez **386 patients VIH1 prétraités** nécessitant le changement de leur traitement antirétroviral vers une combinaison comportant une nouvelle antiprotéase.

SUIVI

par 132 médecins dans 95 centre différents en France

- L'enquête PRESAGES, **multicentrique montre que le switch d'IP vers d'autres IP chez des patients prétraités, concerne principalement dans cette étude des patients avec charge virale indétectable dans les pratiques cliniques en France (2007-2008).**
- **L'évaluation des facteurs déterminants le choix du régime IP montre que c'est le critère de puissance (attendu) qui est le plus prédictif même chez des patients virologiquement contrôlés.**
- **Cependant lorsque plusieurs IP restent possibles le choix de la molécule dépend du profil patient et de son historique, notamment de la durée d'infection VIH et pas seulement des caractéristiques virologiques.**

# Design de l'enquête PRESAGES



## Méthodologie : 3 questionnaires

- 1 Questionnaire Médecin : profil médecin
- 1 Questionnaire d'observation patient : données permettant de cerner les critères et facteurs décisifs du choix de la nouvelle antiprotéase
- **1 Auto-questionnaire patient : observance et autoévaluation de la qualité de vie au moment du changement d'IP.**

## Autoévaluation de la qualité de vie au moment du changement de traitement à partir de l'échelle SF-12 :

- **Score résumé physique** (PCS-12)

comprend 4 sous-scores : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue

- **Score résumé psychique** (MCS-12)

comprend 4 sous-scores : Vitalité, vie et relations avec les autres, limitations dues à l'état psychique et santé psychique.

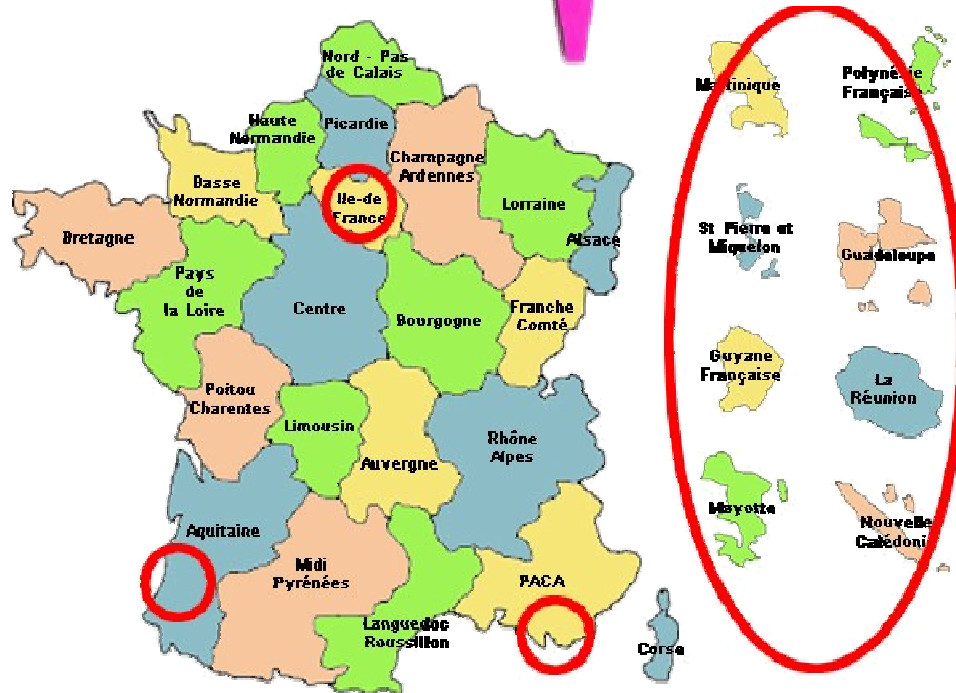
## Profil médecin :



## PRESAGES :

Enquete nationale Métropole + DOM-TOM :

- 95 centres
- 132 médecins



Hôpital public > 90%

- 132 médecins: 50% femmes
- Age médian (ans) : 45 (30-64)
- Année de thèse avant 1996 : 75%
- 59% participent à des réseaux VIH Ville-Hôpital
- File active médiane = 200 patients

Figure 2 : profil et répartition des médecins

# Caractéristiques des patients

de **PRESAGES** :

Enquete nationale DOM-TOM + Métropole

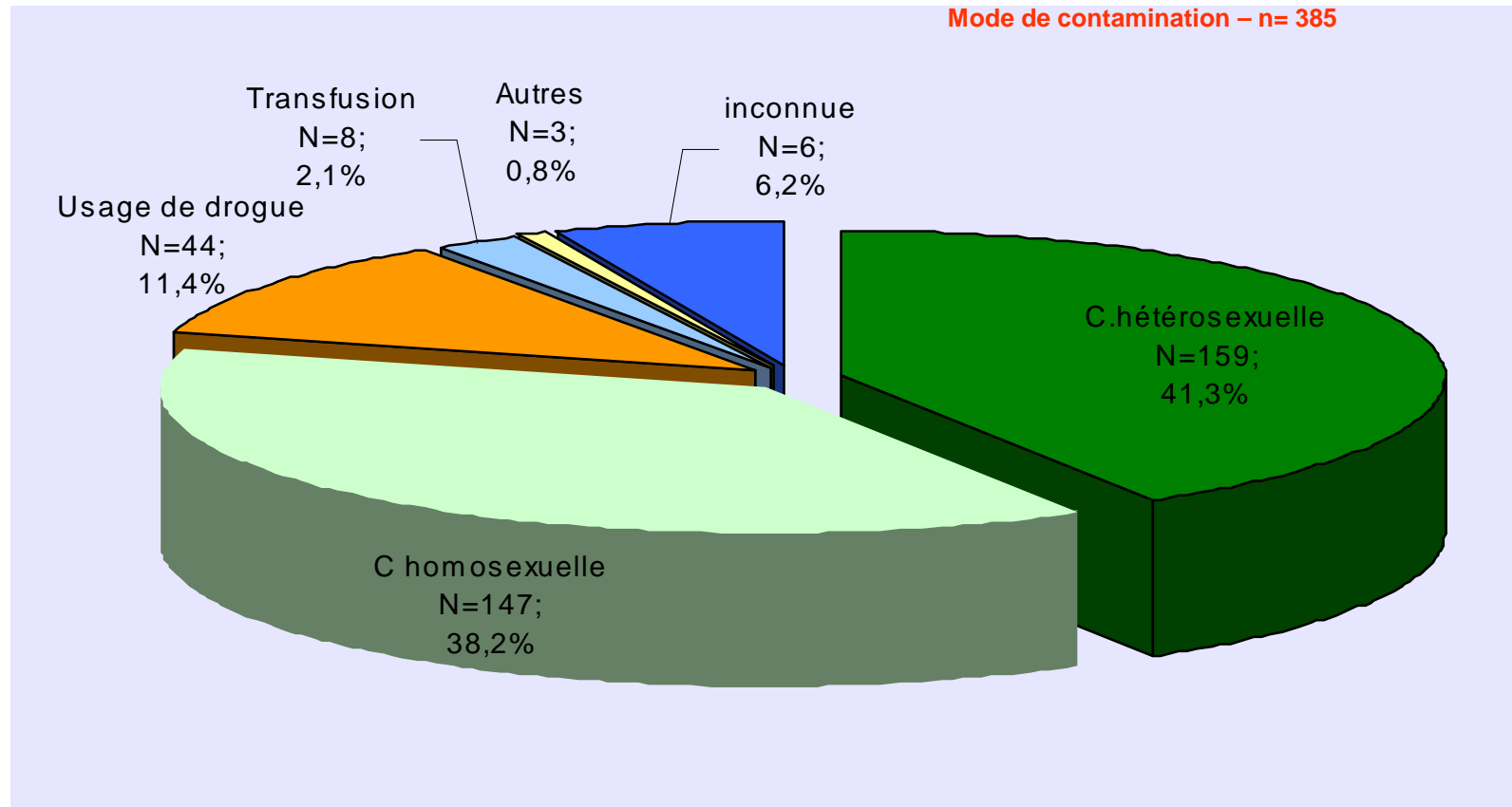
**N= 386 patients**



- 71% hommes
- Age médian (ans) : 43 (19-77)
- 93% index de Karnofsky > 80%
- Durée médiane d'infection VIH (écart type) : 11,8 ( $\pm$  6,6)
- CV médiane : < 50 copies/ml (<50 – 1 700000)
- CD4 médian : 383 ( $\pm$  206)
- Nombre moyen d'ARV antérieurs: 4,8 ( $\pm$  3,64)
- Nombre moyen d'IP antérieurs : 2,6 ( $\pm$  1,72)

# Caractéristiques patients

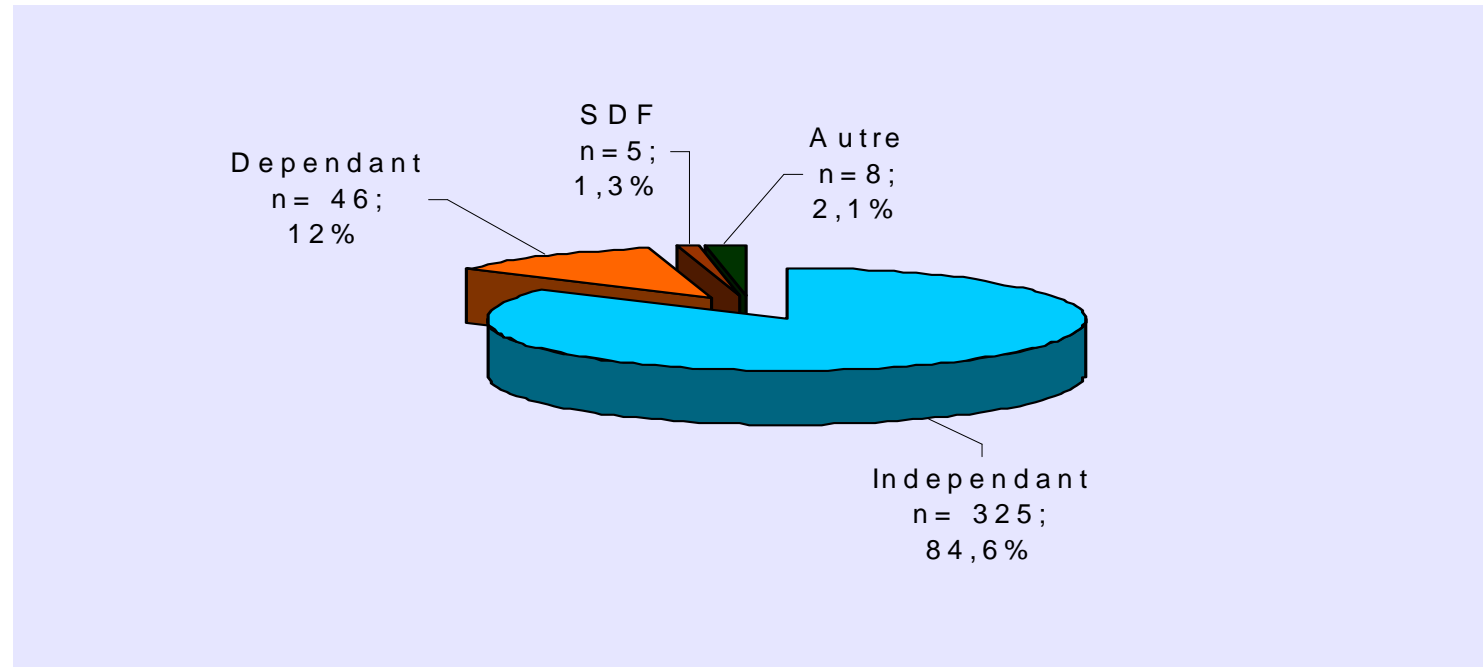
- mode de contamination



8 patients sur 10 ont été **contaminés par voie sexuelle**

# Caractéristiques patients

- Répartition de la population selon le mode d'hébergement – N=384



- hygiène de vie à comparer à la population générale du même age

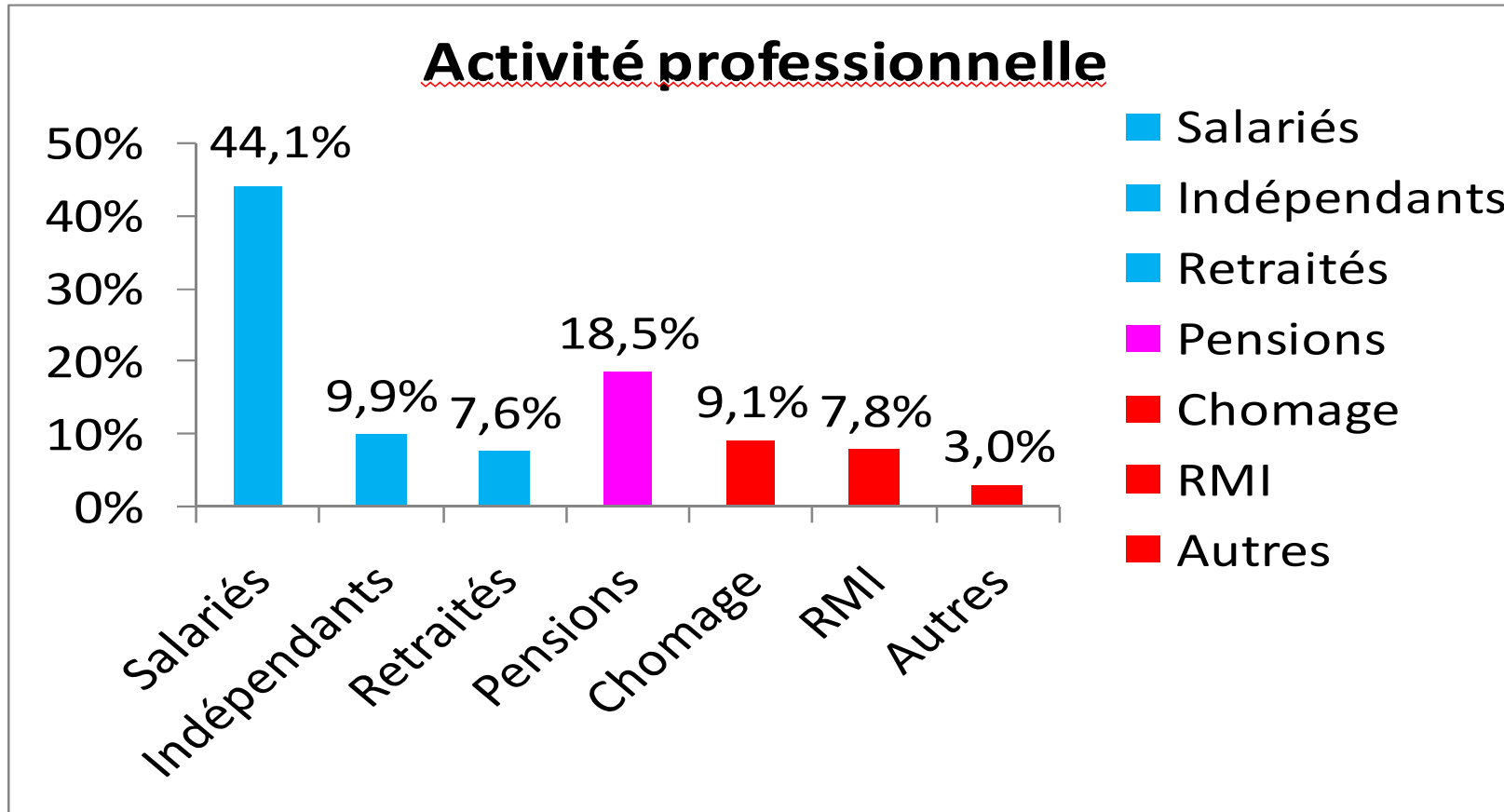
**8.9 %** des patients présentaient **un alcoolisme**

**5.7 %** étaient **toxicomanes** et **7.8 %** anciens toxicomanes en phase de substitution

**4 patients sur 10 (41.7%)** étaient **fumeurs**



# Caractéristiques patients n= 383



- **61,6% bénéficient de revenus liés à une activité professionnelle**
- 18,5% perçoivent une pension invalidité
- **Seuls 19,9 % des patients sont en situation de précarité**

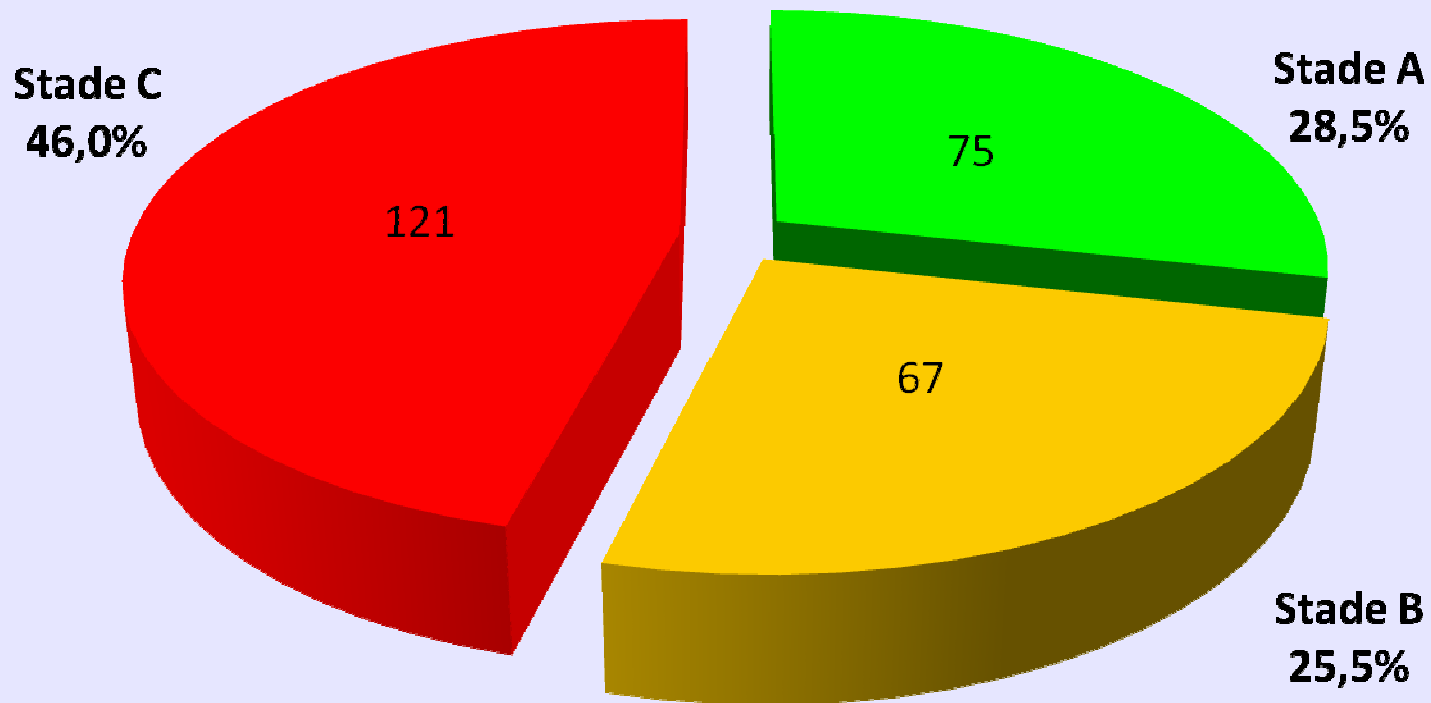
# Caractéristiques patient

## Répartition stade CDC

Répartition des patients selon la classification CDC

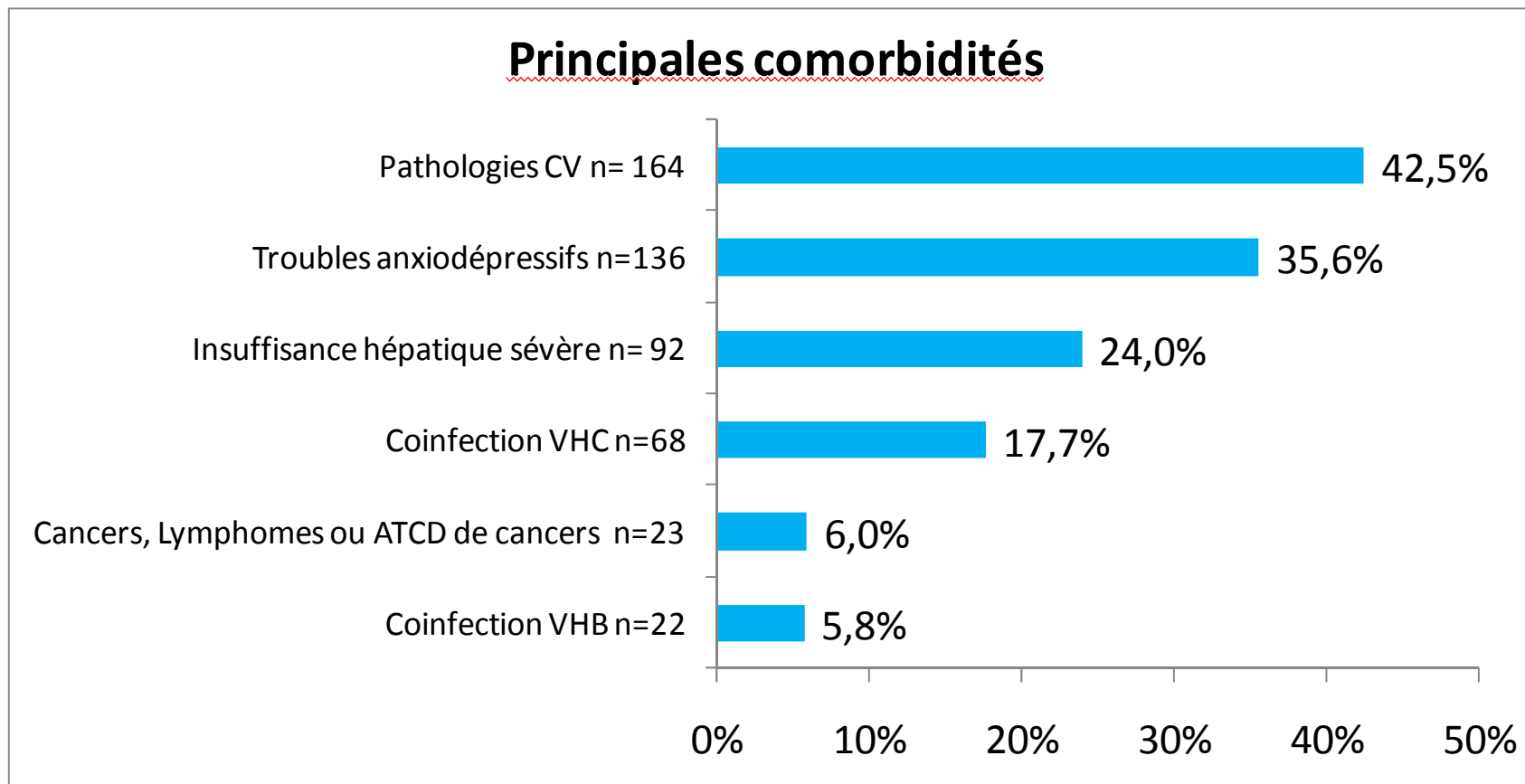
n=263

■ Stade A ■ Stade B ■ Stade C



# Caractéristiques patients

70,5% des patients présentent au moins 1 comorbidité

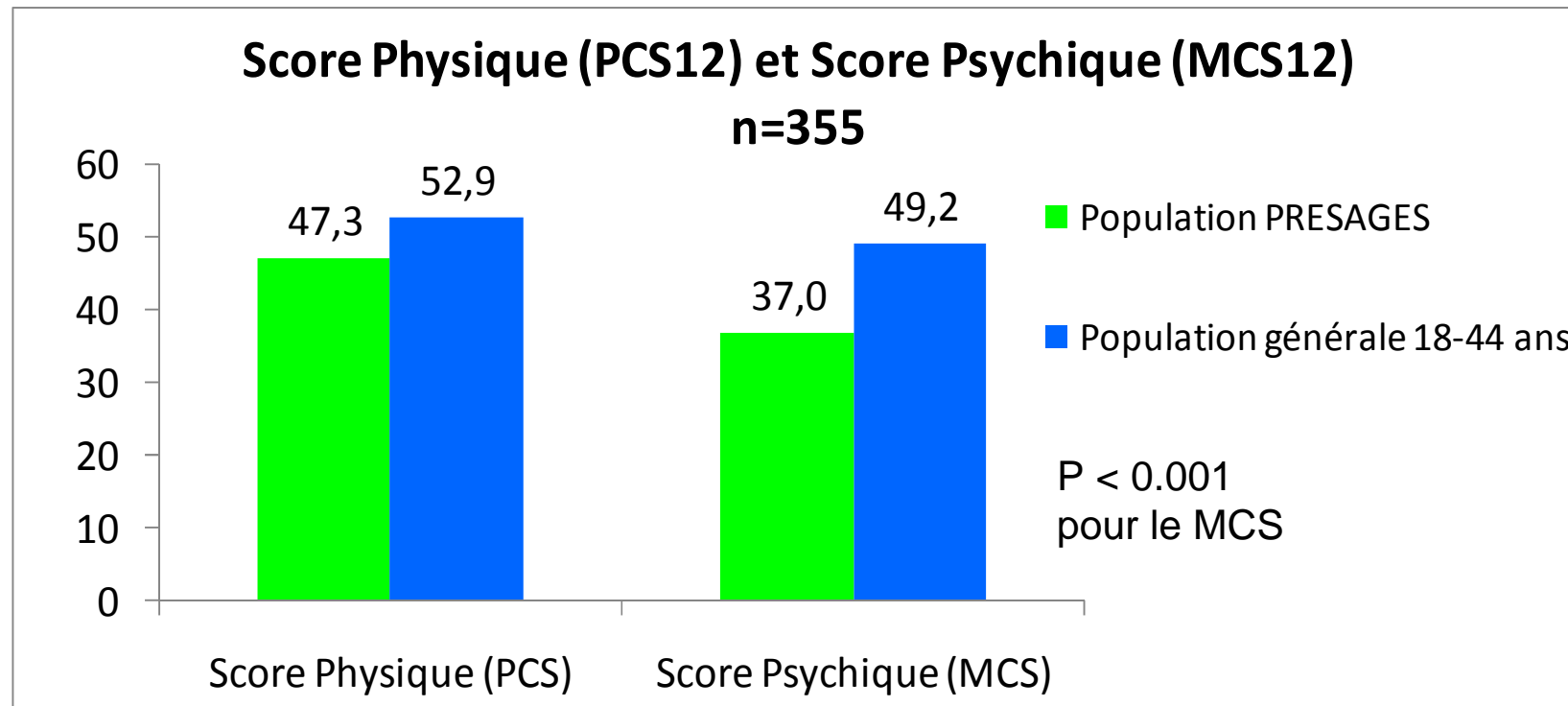


*Note : L'item pathologie cardiovasculaire est recoché si l'un des items suivant est coché : syndrome métabolique, risque cardiovasculaire, stéatose hépatique, insulino-résistance, diabète et autres comorbidités associées identifiées comme pathologie cardiovasculaire.*

# Résultats

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

- Les scores moyens de QDV sont inférieurs à ceux de la population générale\* (tranche d'âge de la population PRESAGES (18-44 ans)).
- Le score psychique MCS est nettement altéré ( $P < 0.001$ )



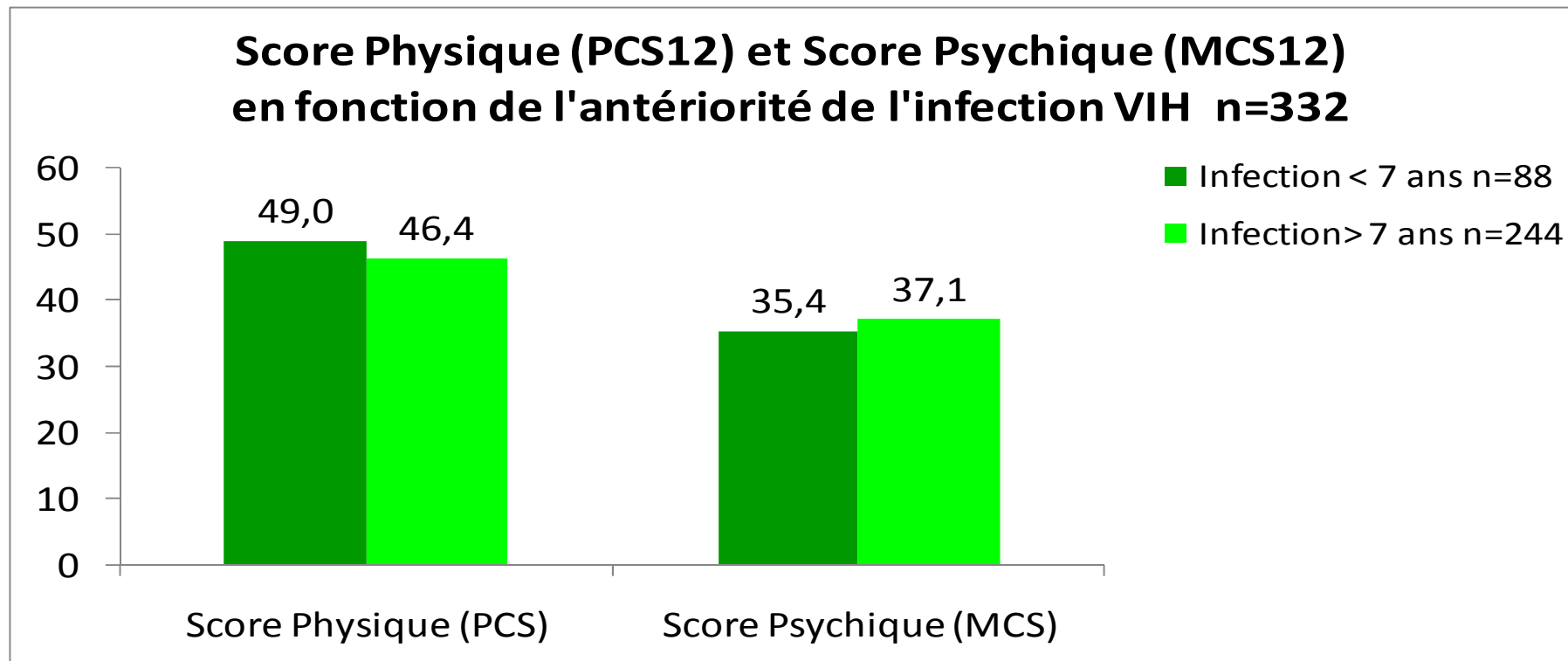
*Population Presages : 56% des patients se situent dans la tranche d'âge 18-44 ans*

\* Gandek, J. E. Ware B. & al. Cross validation of item selection and scoring for the the SF12 health survey in nine countries;  
Journal of Clinical of Epidemiology vol 51, issue11 nov. 1998 p1171-1178.

# Résultats QDV en fonction de l'antériorité de la maladie

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

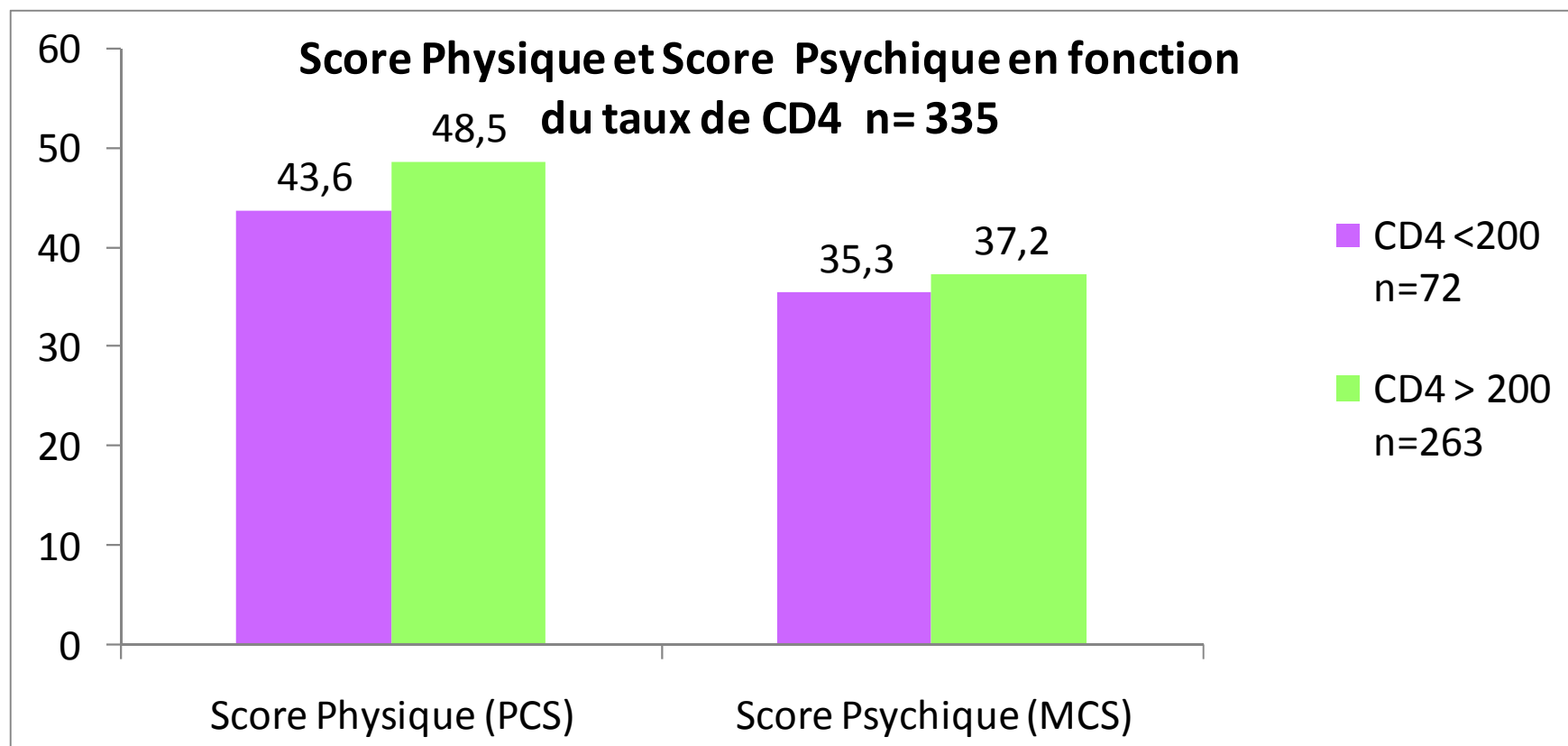
- Age médian des patients ayant moins de 7 ans de maladie = 41 ans, age médian
- Des patients ayant plus de 7 ans de maladie = 44 ans (donc effet age lissé sur la QDV  
Différence NS selon l'antériorité de la maladie (mais tendance pour le PCS:  $p = 0.056$ )



# Résultats QDV en fonction des CD4

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

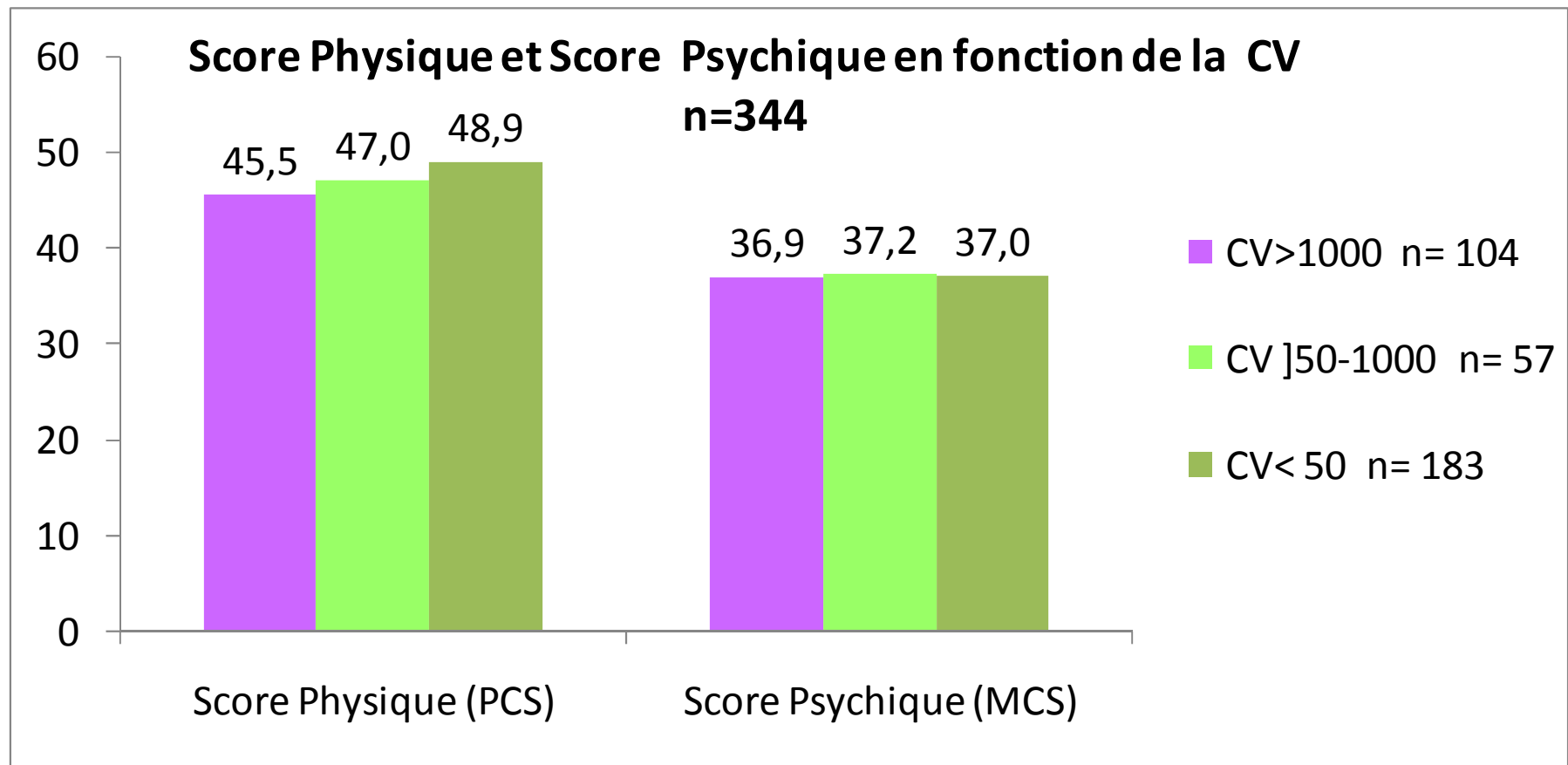
Il existe une corrélation entre le score physique et le taux de CD4 ( $p < 0.0001$ )



# Résultats QDV en fonction de la charge virale

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

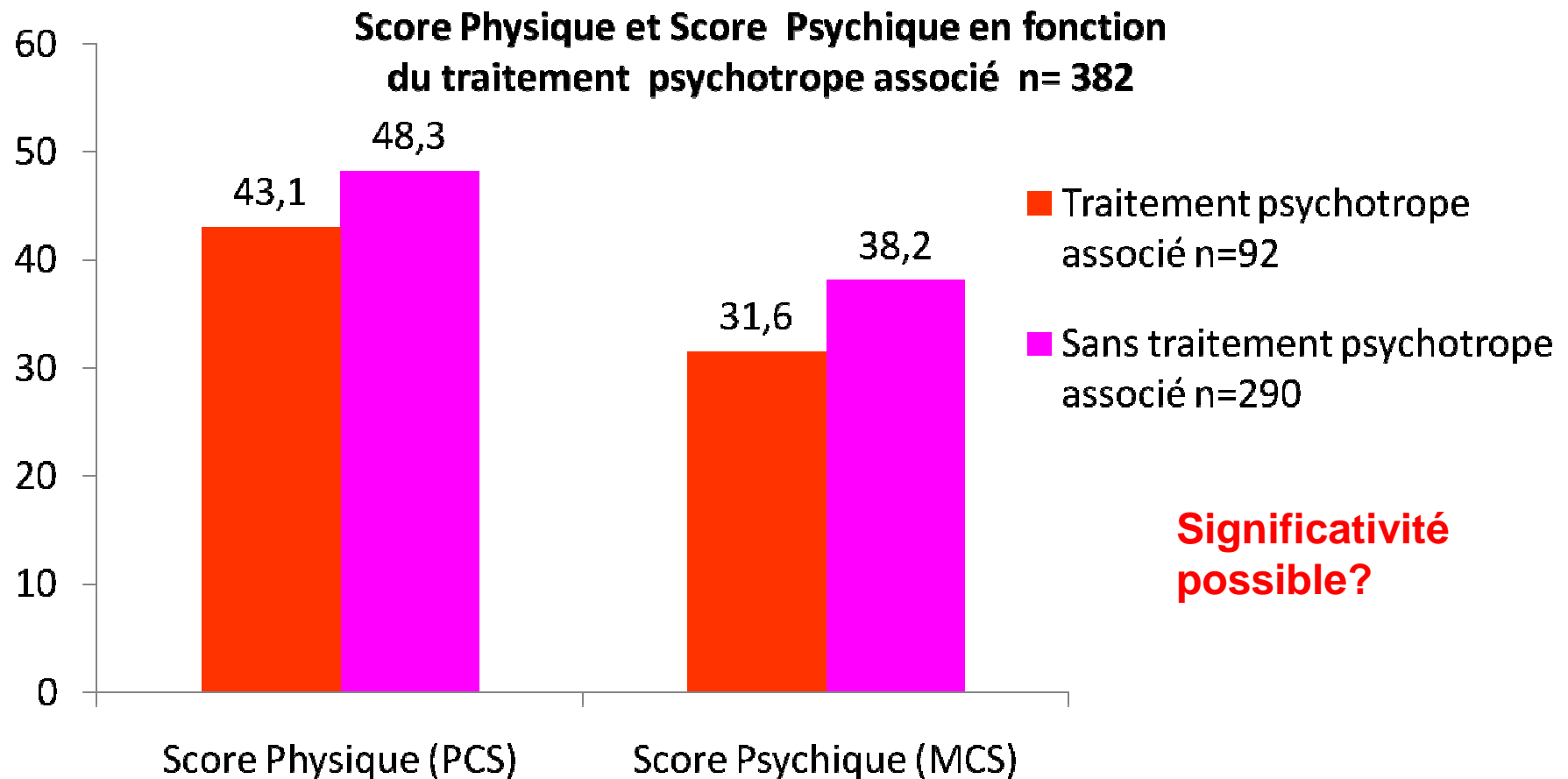
Il existe une corrélation entre le score physique PCS (-0.16,  $p = 0.0022$ ) et le niveau de la charge virale (CV) mais pas de corrélation pour le score psychique MCS



# Résultats QDV en fonction TRT psychotrope associé

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

Les scores physique et psychique sont altérés en présence d'un traitement associé psychotrope.

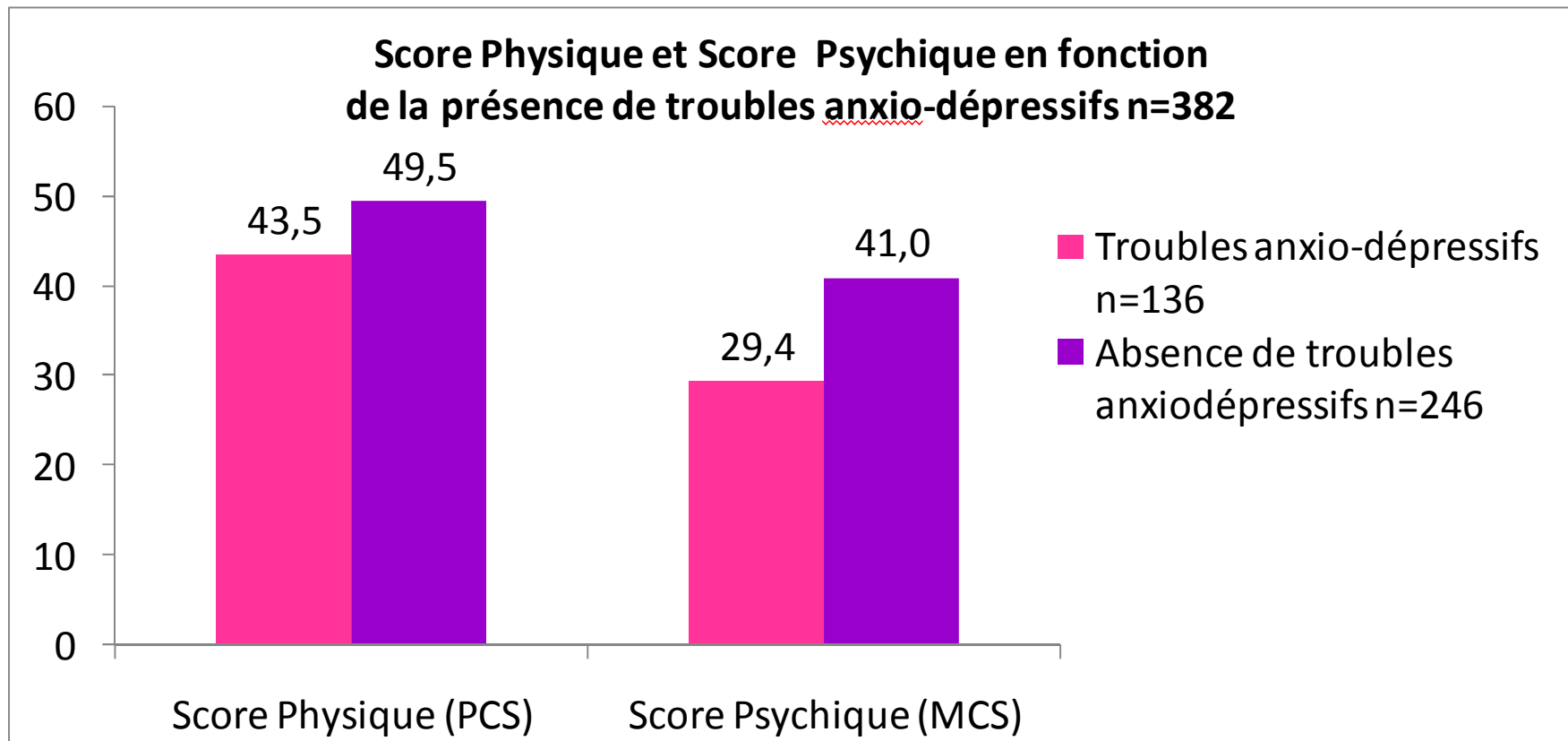




# Résultats QDV en fonction des troubles anxio-dépressifs

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

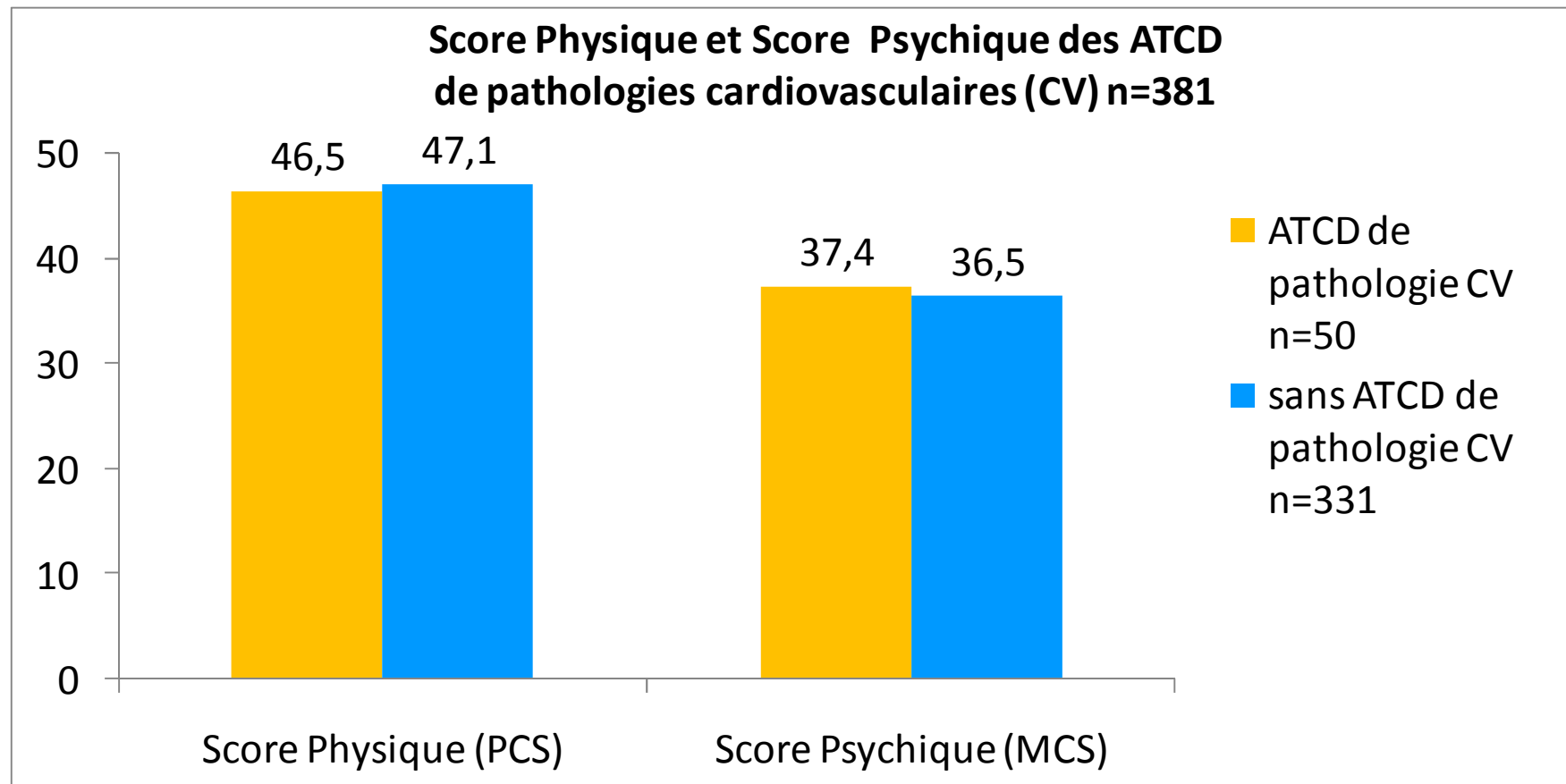
Chez les patients VIH, l'altération du score psychique est d'autant plus marquée qu'ils présentent un état anxiodépressif (29.4 vs 41.0,  $p < 0.001$ ), état altérant également la dimension physique



# Résultats QDV en fonction des ATCD CV

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

Les scores moyens PCS et MCS des patients PRESAGES sont similaires qu'il y ait ou non ATCD de pathologies CV.

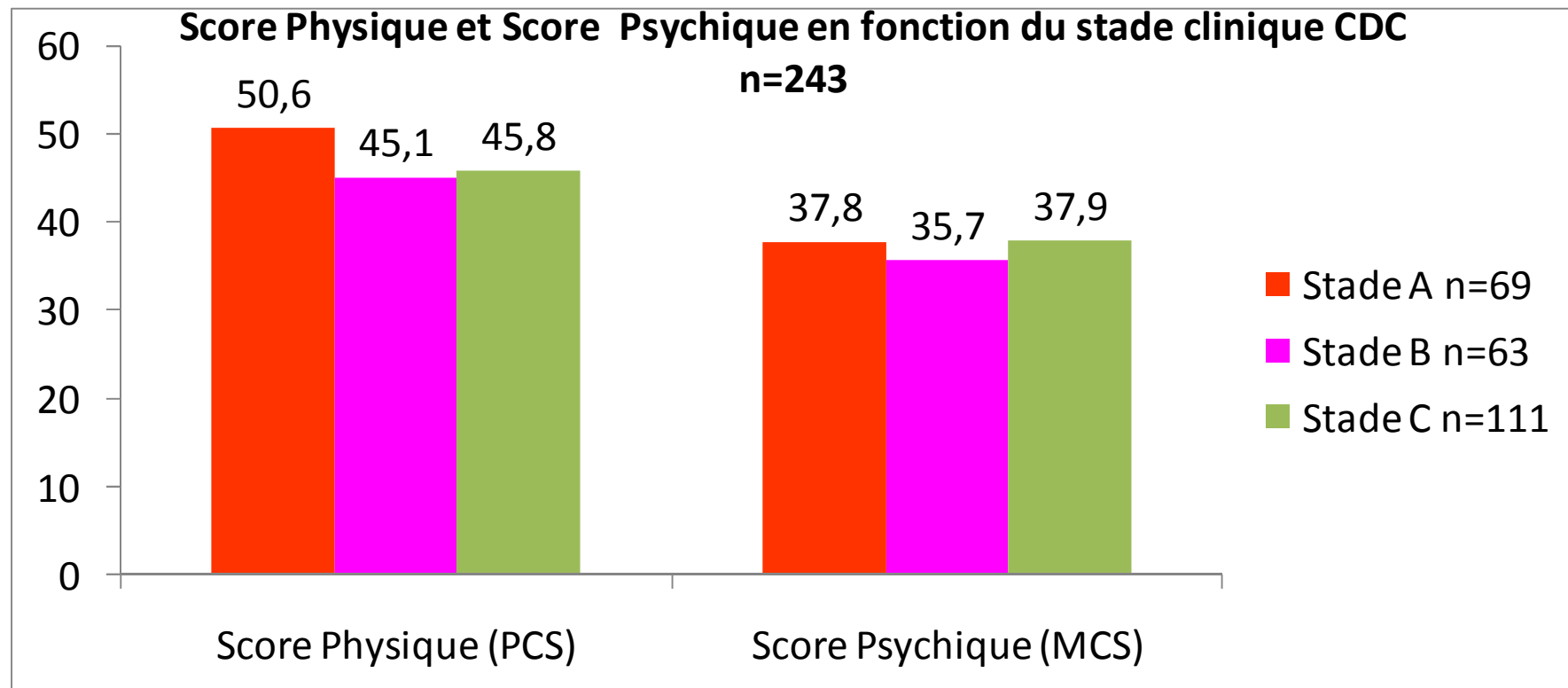


Note : L'item pathologie cardiovasculaire est recoché si l'un des items suivant est coché : syndrome métabolique, risque cardio vasculaire, stéatose hépatique, insulino résistance, diabète et autres comobidités associées identifiées comme pathologie cardiovasculaire.

# Résultats QDV en fonction du stade clinique CDC

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

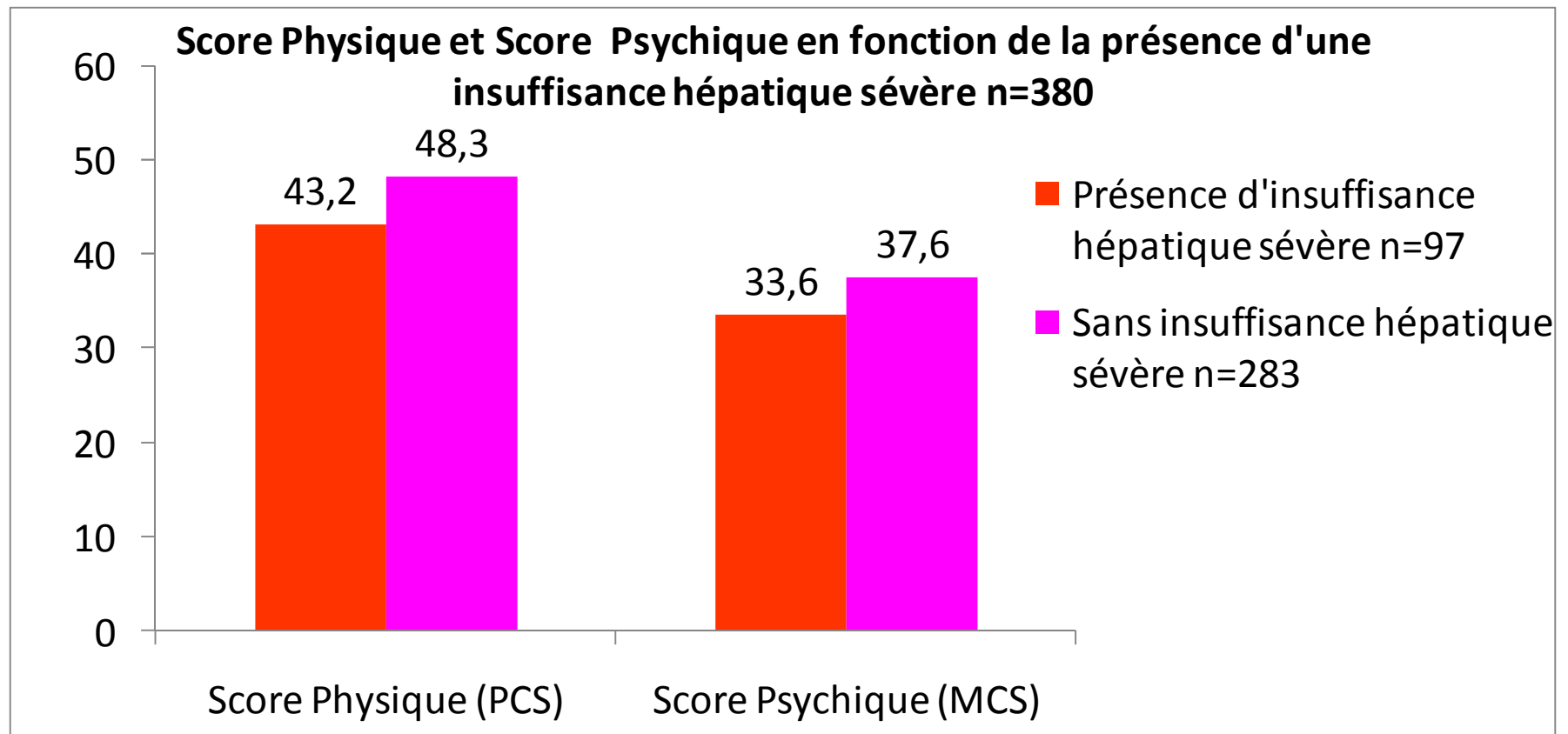
Il existe une altération du score physique en fonction de la sévérité du stade clinique non retrouvée dans le score psychique.



# Résultats QDV des 97 patients insuffisance hépatique sévère (IHS)

## Auto-évaluation au moment de la consultation – Echelle SF 12

On observe une dégradation plus importante des scores PCS et MCS chez les patients VIH présentant une IHS ( $p < 0.0001$ )



# Données récapitulatives QDV

## Scores moyens physiques PCS-12 :

- **Il existe une corrélation avec :**
  - **et le taux de CD4** (  $p < 0.0001$  )
  - **et le niveau de la charge virale (CV)**  $p = 0.0022$
- **Il existe une altération du score physique PCS-12 en fonction de la sévérité du stade clinique.**

## Scores moyens psychiques MCS-12 :

- **pop générale le score psychique MCS est nettement altéré** (  $P < 0.001$  )
- **Il n'existe pas de corrélation avec le niveau de CV**
- **Il existe pas d'altération du score psychique MCS-12 en fonction de la sévérité du stade clinique**

# Données récapitulatives QDV

## Points communs aux scores moyens physiques PCS-12 et psychiques MCS-12 :

- **une altération des scores** en présence d'un **état anxiodépressif** qui est d'autant plus marquée pour le score psychique (29.4 vs 41.0,  $p < 0.001$ ).
- **une altération des scores** en présence d'un **traitement associé psychotrope**.
- **une dégradation plus importante des scores PCS et MCS** chez les **patients VIH** présentant une **IHS** ( $p < 0.0001$ )
- Il existe une différence **NS** des scores selon l'**antériorité de la maladie** (tendance pour le PCS:  $p = 0.056$ )

**Les scores moyens de QDV sont inférieurs à ceux de la population générale\***

(tranche d'âge de la population PRESAGES (18-44 ans))

- **CONCLUSION**
- **Les scores moyens de QDV sont inférieurs à ceux de la population générale (tranche d'âge de la population PRESAGES (18-44 ans))**
- **Il existe une altération du score physique PCS-12 en fonction de la sévérité du stade clinique, et le taux de CD4 et le niveau de la charge virale.**
- **Par rapport à la population générale le score psychique MCS est nettement altéré ( $P < 0.001$ )**
- **mais Il n'existe pas de corrélation avec le niveau de CV ni en fonction de la sévérité du stade clinique qui s'explique par la longue durée de l'infection VIH dans cette population (Durée médiane 11,8 ( $\pm$  6,6)ans)**