

en méthode de traitement autonome à domicile chez les personnes âgées. C'est donc l'empreinte de la stratégie 2 qui semble prédominer sur l'image que l'on donne de la prise en charge des patients à partir d'un point de prévalence. Il est possible que les plus jeunes partent suffisamment vite vers la greffe (8,7% des patients, plus que vers le centre ou l'UDM) pour que cette stratégie ne laisse pas d'empreinte visible sur une image des modalités de traitement un jour donné. L'évolution de la DP n'est pas conforme à celle attendue, avec une relative stagnation : les sorties correspondant à un état aggravé ou une perte d'autonomie (décès, replis vers le centre ou l'UDM) représentent 75% de l'ensemble, expliquées par des caractéristiques démographiques et un état médical de la population proche de la dialyse en centre (tableau 3). Les entrées étant essentiellement représentées par les patients incidents, une modification de tendance ne pourrait être attendue que par un changement des pratiques concernant la première technique de dialyse.

## Conclusion

Ce travail laisse penser que les bilans qui seront tirés des volets IRC des SROS mettront sans doute en évidence des décalages entre les objectifs quantitatifs attendus et ceux qui seront observés à l'horizon 2011, en particulier pour ce qui concerne la DP.

La greffe s'alimente beaucoup à partir du hors centre. On comprend que dans une période d'augmentation de l'activité de greffe rénale, cela impacte sur le nombre de patients en hors centre un jour donné. En 2011, il est possible que le nombre de porteurs d'un greffon rénal fonctionnel dépasse celui des dialysés, posant la question du suivi partagé des greffés.

Les caractéristiques moyennes des patients présents dans les différentes modalités de traitement vont dans le sens d'une adéquation relative, du moins macroscopique, avec les ressources mobilisées [7]. L'UDM se concrétise comme une alternative intéressante et utile pour les patients les moins lourds des centres et les plus lourds du hors centre. Mais l'évolution au cours des quatre années observées suggère que son développement est encore insuffisant pour modifier significativement l'état des populations traitées dans les autres stratégies.

Pour les régions incluses dans l'étude, l'HD en centre reste la principale méthode de traitement pour les patients les plus âgés et les moins autonomes. La dialyse hors centre, méthode de traitement des patients les plus autonomes, et source principale des transferts vers la greffe, semble ne pas pouvoir se développer au-delà de son emprise actuelle. La DP s'adresse apparemment à des patients proches de ceux de l'HD en centre, et ne pourra évoluer qu'avec un changement significatif des pratiques de début de traitement de suppléance.

La détermination des objectifs qualitatifs et quantitatifs des volets IRC des SROS à venir devra tenir compte de l'expérience accumulée, des flux de transition d'une modalité à une autre et des perspectives en matière de greffe rénale.

## Références

- [1] [http://www.legifrance.gouv.fr/telecharger\\_pdf.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665](http://www.legifrance.gouv.fr/telecharger_pdf.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665) dernière consultation le 5/10/2009
- [2] Jacquelinet C, Briançon S. Le Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein) : un registre national des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. *Bull Épidemiol Hebd.* 2005;37-38:185-7.
- [3] Couchoud C, Stengel B, Landais P, Aldigier JC, de Cornelissen F, Dabot C, et al. The renal epidemiology and information network (REIN): a new registry for end-stage renal disease in France. *Nephrol Dial Transplant.* 2006;21(2):411-8.
- [4] Décret n°2002-1197 du 23 septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la Santé publique (Deuxième partie : décrets en Conseil d'État) : *JORF* 2002:224 (25/9/2002);15811-3.
- [5] Décret n°2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique. (Troisième partie : décrets) : *JORF* 2002:224 (25/9/2002);15813-16.
- [6] Macron-Noguès F, Vernay M, Ekong E, Thiard B, Salanave B, Fender P, et al. The prevalence of ESRD treated with renal dialysis in France in 2003. *Am J Kidney Dis.* 2005;46(2):309-15.
- [7] CnamTS - Direction du service médical. Enquête nationale schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique terminale (SROS/IRCT) - Juin 2003 - Volet Patient, dernière consultation le 5/10/2009, accessible à [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sros\\_sios/enquete\\_sros\\_irc/volet\\_patients.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sros_sios/enquete_sros_irc/volet_patients.pdf).

---

# Qualité de vie des patients dialysés et transplantés rénaux : résultats de deux enquêtes multirégionales, France

Stéphanie Gentile (stephanie.gentile@ap-hm.fr)<sup>1</sup>, Stéphanie Boini<sup>3,4</sup>, Lucie Germain<sup>3,4</sup>, Christian Jacquelinet<sup>5</sup>, Juliette Bloch<sup>6</sup>, Serge Briançon<sup>2,3,4</sup> et le groupe de travail qualité de vie Rein

1/ Université Aix-Marseille, Faculté de médecine, EA 3279, Laboratoire de santé publique, France 2/ Nancy-Université, Faculté de médecine, École de santé publique, France  
3/ CHU, Épidémiologie et évaluations cliniques, Nancy, France 4/ Inserm, CIC-EC Cie6, Nancy, France 5/ Agence de la biomédecine, Paris, France 6/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

---

## Résumé / Abstract

**Objectif** - Estimer le niveau de qualité de vie (QV) des patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (dialysés ou transplantés) et identifier les facteurs associés.

**Méthodes** - Deux études transversales ont été menées en 2005 et 2007 auprès des patients de plus de 18 ans, suivis dans une des huit régions du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein) de 2005, respectivement dialysés et greffés. Les patients ont été tirés au sort après stratification sur l'âge et la région. La QV a été mesurée avec le MOS-SF36 et un questionnaire spécifique, le KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) chez les patients dialysés, le ReTransQoL chez les transplantés, et comparée à celle de la population générale.

## Quality of life of dialysis and renal transplant patients: results of two multiregional surveys, France

**Aim** - To assess the quality of life (QoL) of ESRD patients either under dialysis or Renal Transplants Recipients (RTR) and to identify associated factors.

**Methods** - Two cross-sectional studies were carried out in 2005 and 2007 among patients over 18 in one of the eight REIN Network regions, in dialysis patients and RTRs. In each survey, patients were randomly selected after stratification for region and age. Quality of life was measured using the generic MOS-SF36 questionnaire, and one condition specific questionnaire,

**Résultats** - 832 patients dialysés et 1 061 transplantés ont été inclus, avec une participation respective de 67,1% et 72,5%. Les scores de QV étaient plus élevés (de 10 à 30,6 points) chez les greffés que chez les dialysés sur toutes les dimensions du SF-36. Les principaux facteurs associés étaient le sexe, l'âge, la durée de dialyse et la présence de comorbidités. Chez les greffés, les effets secondaires des traitements avaient un effet délétère marqué.

**Conclusion** - Les différences de qualité de vie entre dialysés et greffés en comparaison à la population générale objectivent le bénéfice de la greffe rénale. Les facteurs associés permettent de proposer des pistes d'amélioration.

---

## Mots clés / Key words

Qualité de vie, insuffisance rénale chronique terminale, transplantation, dialyse / Quality of life, end stage renal disease, transplantation, dialysis

---

## Introduction

La qualité de vie (QV) se définit, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme 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, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

Les indicateurs de QV apprécient le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne, au-delà du point de vue du médecin ou des professionnels. Les mesures de QV sont obtenues à partir des réponses des patients à des questionnaires standardisés. Leurs réponses reflètent le jugement qu'ils portent sur leur état de santé, leur satisfaction vis-à-vis de leur santé et de leur vie, incluant la répercussion de la maladie et des traitements associés [1].

Devant l'augmentation de prévalence des maladies chroniques, l'OMS fait de l'amélioration de la QV des personnes atteintes de maladies chroniques une priorité [2]. En France, la loi de santé publique du 9 août 2004 a relayé cette priorité, qui s'est concrétisée par la mise en place d'un plan d'amélioration de la QV des maladies chroniques [3].

La prévalence et l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) sont respectivement de 554 personnes par million et 138 personnes par million [4], ce qui la classe parmi les maladies chroniques loin derrière le diabète et les maladies cardiovasculaires. Cependant, les patients en IRCT ne disposent que de deux traitements : la dialyse ou la greffe rénale, seuls gages de survie, mais tous les deux porteurs de contraintes et d'un coût très élevé.

either the KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) for dialysis patients or the ReTransQol for RTR. It was compared to the QoL of general population.

**Results** - 832 dialysis patients and 1,061 RTRs were included. Participation rates were respectively 67.1% and 72.5%. The QoL scores were higher (from 10 to 30.6 points) among RTRs than among dialysis patients for all SF-36 dimensions. The main factors associated to QoL were gender, age, duration of dialysis and the presence of comorbidities. For RTRs, the treatment side effects were associated with a lower quality of life level.

**Conclusions** - Differences in levels of quality of life among dialysed patients and transplanted patients, as compared to the general population level, evidenced the beneficial contribution of renal transplantation. Associated factors contribute to propose improvement strategies.

Le Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein), système national de surveillance, assure depuis 2001 le suivi épidémiologique de l'IRCT et de sa prise en charge [4]. En complément des indicateurs bio-médicaux, la connaissance d'indicateurs de QV est capitale pour mieux comprendre les domaines touchés par la maladie, mieux identifier les déterminants de la QV et proposer des actions appropriées visant à son amélioration. Dans ce contexte, l'Agence de la biomédecine et l'Institut de veille sanitaire ont confié à l'École de santé publique, au CIC-EC de Nancy et au Service de santé publique de l'AP-Hôpitaux de Marseille, deux études visant à estimer le niveau de QV des patients en IRCT en 2005 et 2007. La première ciblait les patients dialysés (QV-Rein) [5], la seconde les patients greffés (QV-Greffe) [6].

La finalité principale de ces enquêtes, qui ont vocation à être renouvelées, est la surveillance épidémiologique. Elles fournissent des indicateurs susceptibles de dresser des pistes d'action spécifiques et de contribuer à l'évaluation du plan « amélioration de la QV dans les maladies chroniques » [7].

## Matériel et méthodes

Deux enquêtes transversales ont été réalisées dans les huit régions qui participaient au réseau Rein en septembre 2005 : Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes. Ces deux enquêtes présentaient des spécificités, notamment sur la méthode d'échantillonnage et les modalités de recueil des données.

## Population ciblée et modalités d'échantillonnage

Les patients suivis dans un des 334 centres de dialyse pour l'enquête QV-Rein et dans un des 14 centres de transplantation rénale pour

l'enquête QV-Greffe appartenant à l'une des huit régions participant au réseau Rein au moment de l'enquête ont été inclus dans cette étude. Les patients devaient être âgés de plus de 18 ans, non greffés pour QV-Rein et en primo-greffe pour QV-Greffe.

Le nombre de sujets nécessaires a été estimé à 1 000 pour disposer d'une précision de 1,2 point sur les scores de QV au risque  $\alpha$  5%.

Le tirage au sort, stratifié par région et par classe d'âge, a été réalisé dans le registre du Rein pour QV-Rein et dans la base Cristal pour QV-Greffe.

## Recueil de données : questionnaires et modalités de recueil

La QV a été mesurée par le questionnaire générique SF36 [1], par un questionnaire spécifique aux dialysés : le KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) [8] (QV-Rein) et par un questionnaire spécifique aux greffés : le ReTransQol [9] (QV-Greffe).

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été extraites du registre Rein pour les dialysés et de la base Cristal ainsi que d'un auto-questionnaire pour les transplantés. Les questionnaires ont été remis en centre de dialyse pour QV-Rein et envoyés au domicile du patient pour QV-Greffe.

## Analyse statistique

Les caractéristiques des sujets ont été décrites en termes de moyenne, écart-type, minimum et maximum, ou de pourcentage, selon le type de variables.

Lors de la comparaison de groupes, des tests du  $\chi^2$  ou d'analyse de variance ont été effectués selon la nature des variables à comparer.

Pour la recherche des facteurs associés à la QV, des analyses bivariées ont été effectuées, puis des analyses multivariées à partir des facteurs statistiquement liés aux scores de QV, en bivarié,

avec un seuil  $\alpha$  fixé à 5%. Seuls les facteurs identifiés lors des analyses multivariées sont présentés dans la partie résultats

## Résultats

Au total, 832 patients dialysés et 1 061 patients transplantés rénaux ont été inclus. Le taux de participation était de 67,1% pour QV-Rein et de 72,5% pour QV-Greffe. Les patients non participants ne présentent pas de caractéristiques particulières.

## Caractéristiques socio-démographiques

De façon attendue, les transplantés sont plus jeunes que les dialysés, donc moins souvent retraités et/ou sans activité professionnelle, et sont moins souvent diabétiques. Les patients greffés sont plus nombreux à fumer ; ceci est entièrement expliqué par la différence d'âge avec les dialysés. L'ancienneté du traitement suivi est malgré cela plus grande chez les transplantés, ce qui traduit l'avantage majeur en terme de survie conféré par la greffe (tableau 1).

## Qualité de vie liée à la santé : comparaison des scores du SF36 de la population générale et ceux retrouvés dans les populations dialysée et greffée enquêtées

Les scores bruts de QV sont plus élevés chez les greffés, sur toutes les dimensions du SF-36. Les différences de scores entre patients greffés et dialysés varient de 10 points (santé mentale) jusqu'à 30,6 points (limitations dues à l'état physique). Chez les dialysés, la dimension douleur physique est très altérée et représente sans doute un aspect sous-estimé du retentissement de la maladie rénale sur leur vie quotidienne. Ces résultats doivent être interprétés en tenant compte de l'âge et du sexe, deux déterminants majeurs de la QV.

Par rapport à la valeur attendue en population générale de même sexe et même âge, les scores résumés physique et mental étaient inférieurs de 14,5 et 6,5 points chez les dialysés, alors qu'ils ne le sont que de 4,5 et 1,2 points chez les greffés (tableau 2).

Le score résumé physique (figure 1) diminue de façon linéaire avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, dans la population générale, phénomène attendu avec l'âge et le développement des comorbidités. À chaque âge, la QV est supérieure chez les hommes. La QV des sujets greffés est à chaque âge inférieure à celle de la population générale [10] et cette différence tend à s'atténuer avec l'âge, en particulier chez les hommes qui rejoignent les niveaux de la population générale à plus de 65 ans. Ainsi, un homme de plus de 75 ans greffé a en

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et médicales dans les enquêtes QV-Rein et QV-Greffe, France / Table 1 Sociodemographic and medical characteristics in QoL-Dialysis and QoL-Transplantation surveys, France

	QV-Rein	QV-Greffe	P
Âge	62 ± 16,5	55,2 ± 12,4	<0,0000
Sex ratio (H/F)	1,5	1,6	0,286
Activité professionnelle	11,50%	35,50%	<0,0000
Retraité	60,40%	31,40%	<0,0000
Fumeur actuel	6,10%	11,80%	<0,0000
Indice de masse corporelle > 30kg/m <sup>2</sup>	15,60%	13,10%	0,118
Diabète (I et II)	21,10%	12,90%	<0,0000
En hémodialyse au moment de l'enquête	90,60%		
Ancienneté de la dialyse ou la greffe	4,8 ± 5,4 ans	8,5 ± 5,8 ans	
Durée sous dialyse avant la greffe		2,6 ± 3,1 ans	

moyenne une QV supérieure à celle d'une femme de la population générale. La différence entre les scores observés chez les dialysés et dans la population générale est majeure, avec une baisse importante de la QV à chaque âge et pour chacun des sexes. Elle tend à s'atténuer avec l'âge.

Le score de santé mentale (figure 2) est relativement stable avec l'âge. Il a plutôt tendance à s'améliorer avec l'âge et est toujours supérieur chez les hommes, comparé à celui des femmes de la population générale. La différence entre les greffés et la population générale est à chaque âge minime et le score tend même à devenir supérieur chez les sujets les plus âgés. Il est très nettement inférieur chez les sujets dialysés. L'écart est en particulier marqué chez les sujets jeunes chez lesquels, de façon attendue, l'impact du traitement par dialyse est plus marqué que chez les personnes âgées.

Au total, ces résultats quantifient le bénéfice de la QV apporté par la transplantation rénale, qui persiste après ajustement sur les autres variables de confusion (ancienneté de la maladie rénale, comorbidités, en particulier maladie cardiovasculaire et diabète). Les limites à l'interprétation de ces différences sont les éventuels biais de sélection dans l'accès à la greffe, qui sont ici limités par les comparaisons à âge et sexe identiques et, pour les personnes plus âgées, le faible nombre de sujets, en particulier chez les femmes.

## Qualité de vie liée à la santé : présentation des scores de qualité de vie recueillis par les questionnaires spécifiques

La dialyse représente un poids considérable pour le patient comme en atteste la valeur du score « effets de la maladie » et surtout « fardeau ». Les scores spécifiques sont tous élevés pour les transplantés et c'est le score relatif à la crainte de perdre le greffon qui constitue le domaine qui semble le moins touché (tableau 3). Ces scores ne peuvent être comparés à d'autres sources françaises de données. Leur recueil a permis de mettre en évidence certains facteurs associés plus spécifiquement à la maladie et devraient permettre, lors de la répétition de l'enquête, de mesurer l'impact des actions d'amélioration mises en place.

## Facteurs associés à la qualité de vie : résultats de l'analyse multivariée

### Facteurs associés à la qualité de vie en dialyse

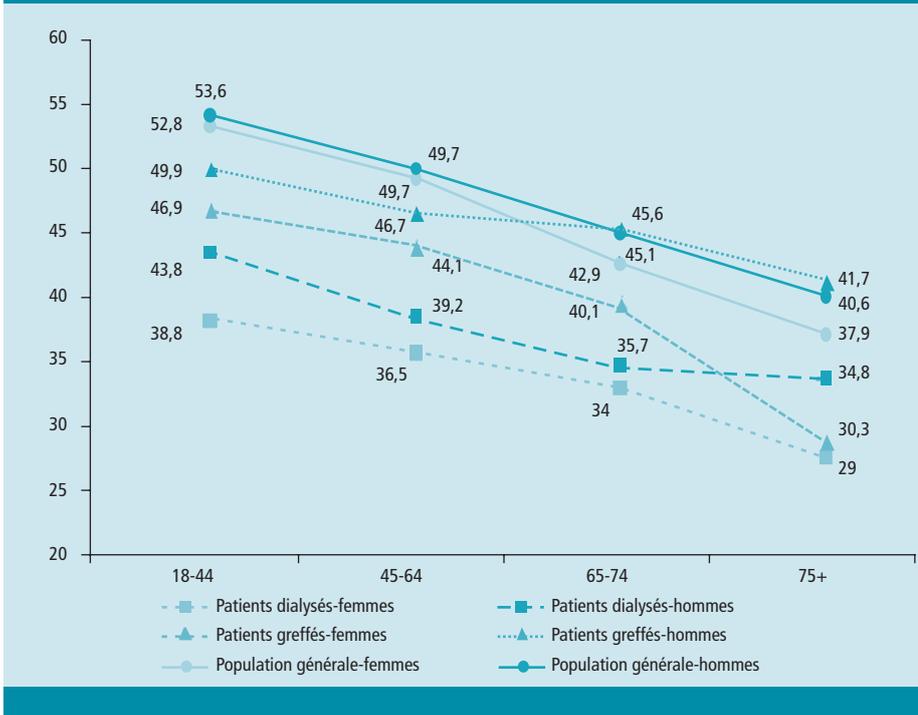
Les facteurs le plus souvent associés aux différentes dimensions de QV sont le sexe, l'âge, l'ancienneté de la maladie et le fait d'être en activité professionnelle. Les femmes avaient une moins bonne QV que les hommes. La qualité de vie se dégrade avec l'âge. Enfin, les patients dont la mise en dialyse était récente avaient une meilleure QV.

La présence d'une comorbidité (maladie cardiovasculaire, handicap, diabète), et le nombre de

Tableau 2 Comparaison des scores de qualité de vie dans les enquêtes QV-Rein, QV-Greffe et en population générale, France / Table 2 Comparison of the scores of quality of life from QoL-Dialysis, QoL-Transplantation and from the general population, France

	QV-Rein	QV-Greffe	Population générale
Fonctionnement physique	48,5 ± 30,8	74,8 ± 24,3	85,3 ± 22,3
Limitations dues à l'état physique	33,8 ± 39,7	64,4 ± 41,3	82,2 ± 22,2
Douleur physique	49,2 ± 26,6	68,3 ± 25,8	73,0 ± 24,6
Santé mentale	55,5 ± 21,4	65,5 ± 18,7	66,7 ± 17,7
Limitations dues à l'état mental	39,8 ± 42,7	68,8 ± 11,3	82,0 ± 32,9
Vie en relation avec les autres	58,6 ± 28,0	74,9 ± 23,6	80,1 ± 21,2
Vitalité	38,2 ± 20,7	53,3 ± 19,3	57,4 ± 18,0
Santé générale	40,9 ± 20,4	55,4 ± 21,0	57,8 ± 18,9
Score résumé physique	35,8 ± 10,0	45,8 ± 09,7	50,3 ± 09,1
Score résumé mental	40,7 ± 11,9	46,0 ± 10,5	47,2 ± 9,7

**Figure 1** Score résumé physique des patients dialysés, greffés et de la population générale selon l'âge et le sexe. Enquêtes QV-Rein et QV-Greffe, France / *Figure 1* Dialysis patients, transplanted patients and general population SPCs according to age and sex. QoL-Dialysis and QoL-Transplantation surveys, France.



comorbidités, diminuent le niveau de QV. L'état nutritionnel mesuré par l'albuminémie est positivement associé au niveau de QV. Enfin, l'inscription sur la liste d'attente de greffe, la dialyse péritonéale et la réalisation de la dialyse hors centre lourd sont associées, dans une moindre mesure, à une meilleure QV.

#### Facteurs associés à la qualité de vie chez les transplantés

De nombreux facteurs sont associés à des variations du niveau de QV. Les facteurs socio-

démographiques influençant positivement la QV sont le sexe masculin, le jeune âge, le fait d'être diplômé(e), en activité professionnelle et en couple.

D'un point de vue médical, l'ancienneté de la greffe, la durée de la dialyse, l'obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), le diabète et une mauvaise observance influencent négativement la QV dans pratiquement toutes les dimensions. L'existence d'événements intercurrents de santé dans les quatre semaines précédant l'enquête et l'exis-

tence d'effets secondaires au traitement diminuent de façon marquée le niveau de QV dans toutes les dimensions.

En revanche, on trouve une influence positive de l'âge sur les scores de QV dans les dimensions spécifiques de l'auto-questionnaire ReTransQoL. Ainsi, les patients âgés semblent moins préoccupés par l'idée de perdre leur greffon, supportent mieux leur traitement et ont une meilleure perception de la qualité des soins qui leur sont prodigués.

#### Conclusion, recommandations

Les différences de niveaux de QV entre patients dialysés et greffés par rapport à la population générale mettent en évidence les apports bénéfiques de la greffe rénale conformément à la littérature [11-14]. Toutes les mesures possibles pour améliorer l'accès à la greffe et réduire le temps passé en dialyse devraient être mises en œuvre. Cet effet bénéfique s'observe même chez le sujet âgé.

● Chez les patients dialysés les principales actions susceptibles d'améliorer la QV sont :

- améliorer les possibilités de choix du type de dialyse le mieux adapté au patient, non seulement selon des critères médicaux, mais aussi selon des critères d'environnement ;
- favoriser les méthodes et lieux de dialyse qui renforcent l'autonomie du patient ;
- assurer un contrôle du statut nutritionnel (albuminémie > 35 g/L) ;
- assurer une prise en charge de qualité des comorbidités, notamment cardiovasculaires, dont le poids sur la QV est majeur. Des coopérations entre professionnels sont indispensables (généralistes, cardiologues, autres spécialistes) ;
- assurer une meilleure prise en charge de la douleur et mieux comprendre les composants et les déterminants de la douleur chez les dialysés. Ces actions doivent être intégrées au plan d'amélioration de la QV des malades chroniques.

● Chez les patients greffés, on peut recommander :

- un meilleur suivi des effets secondaires des traitements. La peur du rejet du greffon chez les greffés récents légitime des stratégies visant à une gestion durable du capital immunologique pour minimiser le risque de perte de greffon primaire et secondaire ;
- de porter une attention particulière à la reprise d'une activité professionnelle ainsi qu'à la prise en charge du surpoids et des troubles dépressifs.

#### Limites

Ces études ont été réalisées uniquement dans les huit régions qui participaient au réseau Rein au moment de l'enquête et ne peuvent donc être

**Figure 2** Score résumé mental des dialysés, greffés et de la population générale selon l'âge et le sexe. Enquêtes QV-Rein et QV-Greffe, France / *Figure 2* Dialysis patients, transplanted patients and general population SMCs according to age and sex. QoL-Dialysis and QoL - Transplantation surveys, France.

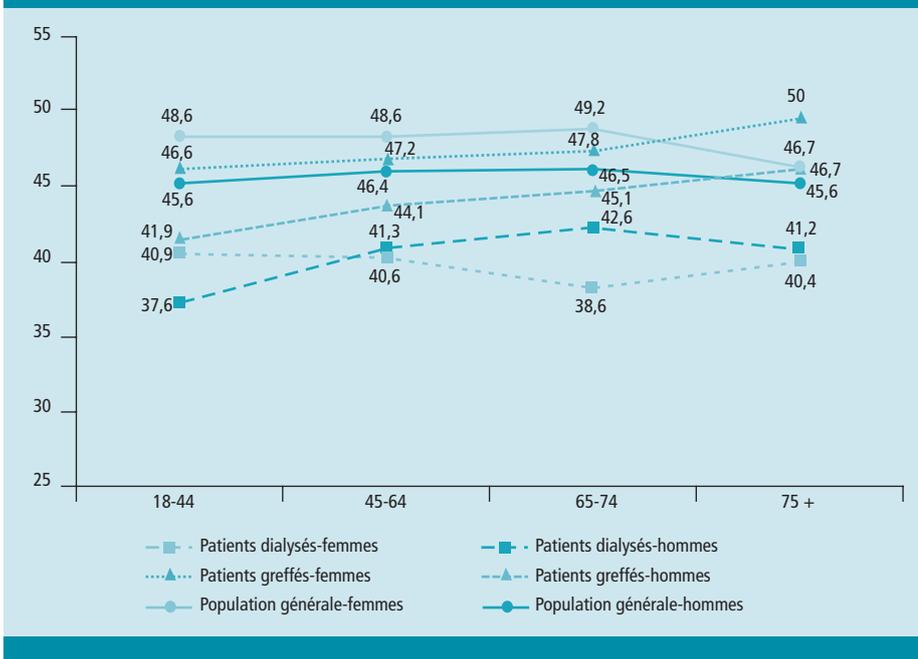


Tableau 3 Scores de qualité de vie spécifiques dans les enquêtes QV-Rein et QV-Greffe, France / Table 3 Specific quality of life scores in QoL-Dialysis and QoL-Transplantation, France

	QV-Rein	QV-Greffe
<b>KDQOL*</b>		
Symptômes / Problèmes	68,6 ± 17,3	
Effets de la maladie rénale	54,2 ± 21,0	
Fardeau de la maladie rénale	35,7 ± 23,4	
<b>ReTransQoL</b>		
Physique		63,8 ± 17,4
Mental		72,6 ± 16,7
Qualité des soins		75,0 ± 14,9
Traitement		70,7 ± 13,9
Anxiété liée au greffon		58,4 ± 20,4

\* Kidney Disease Quality of Life

considérées comme totalement représentatives de l'ensemble des patients suivis en France.

Le caractère transversal des enquêtes limite l'interprétation des facteurs associés à la QV. Ainsi, les différences de niveaux de QV, selon les modalités de prise en charge reflètent en partie des biais d'indication liée à l'état de santé des individus. Enfin, la comparaison des niveaux de qualité de vie des patients dialysés et greffés doit être interprétée avec précaution, compte tenu des biais de sélection sur l'âge et l'état de santé ; c'est pourquoi les résultats du SF36 ont été comparés à âge et sexe identiques pour pallier à ces difficultés.

#### Remerciements

À tous les professionnels des services de néphrologie, de dialyse et de transplantation des huit régions participantes.

Aux membres du groupe qualité de vie du réseau Rein : Dr Ben Said M, Dr de Peretti C, Pr Daurès JP, Duny Y, Dr Loos Ayav C, Mercier S, Pr Sambuc R, Pr Dussol B, Durand AC.

À la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (Fnair) et à tous les patients participants.

#### Références

- [1] Leplège A, Coste J. (Dir.) Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Paris : Éditions Estem, 2001.
- [2] Site Internet de l'OMS. Maladies chroniques et promotion de la santé. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/fr/index16.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/index16.html)
- [3] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel. 11 août 2004, vol 185. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [4] Couchoud C, Lassalle M, Stengel B, Jacquelinet C. Renal Epidemiology and Information Network: 2007 annual report. *Nephrol Ther.* 2009;5 Suppl 1:S3-144.
- [5] Boini S, Bloch J, Briancon S. Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique

terminale- Rapport Qualité de vie - Rein - Volet Dialyse, 2005.

[http://www.invs.sante.fr/publications/2008/insuffisance\\_renale/rapport\\_insuffisance\\_renale.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/insuffisance_renale/rapport_insuffisance_renale.pdf)

[6] Boini S, Briançon S, Gentile S, Germain L, Jouve E. Surveillance de la qualité de vie des sujets atteints d'insuffisance rénale chronique terminale- Rapport Qualité de vie -Rein-Volet Greffe, 2007. À paraître.

[7] Ministère de la santé et des solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)

[8] Boini S, Leplege A, Loos C, François P, Ecosse E, Briancon S. Mesure de la qualité de vie dans l'insuffisance rénale chronique terminale. Adaptation transculturelle et validation du questionnaire spécifique Kidney Disease Quality of Life. *Nephrol Ther.* 2007;3:72-383.

[9] Gentile S, Jouve E, Dussol B, Moal V, Berland Y, Sambuc R. Development and validation of a French patient-based health-related quality of life instrument in kidney transplant: the ReTransQoL. *Health Qual Life Outcomes* 2008;6:78.

[10] Présentation de l'enquête décennale santé 2002-2003. [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante\\_present.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/sante/docs/sante_present.pdf).

[11] Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, et al. A study of quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney Int.* 1996;50:235-42.

[12] Sesso R, Eisenberg JM, Stabile C, Draibe S, Ajzen H, Ramos O. Cost-effectiveness analysis of the treatment of end-stage renal disease in Brazil. *Int J Technol Assess Health Care.* 1990;6(1):107-14.

[13] Dew MA, Switzer GE, Goycoolea JM, Allen AS, DiMartini A, Kormos RL, et al. Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation.* 1997;64(9):1261-73.

[14] Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, Valderrabano F. Changes in quality of life after renal transplantation. *Am J Kidney Dis.* 1998;32:93-100.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication :** Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef :** Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe :** Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Secrétaires de rédaction :** Jacqueline Fertun, Farida Mihoub  
**Comité de rédaction :** Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Pierre-Yves Bello, InVS ; Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Anne Gallay, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Philippe Guilbert, Inpes. Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS ; Dr Bruno Morel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.  
 N° CPP : 0211 B 08107 - N° INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

**Diffusion / Abonnements :** Alternatives Économiques  
 12, rue du Cap Vert - 21800 Quétigny  
 Tél. : 03 80 48 95 36  
 Fax : 03 80 48 10 34  
 Courriel : [ddorey@alternatives-economiques.fr](mailto:ddorey@alternatives-economiques.fr)  
 Tarif 2009 : France et international 62 € TTC  
**Institut de veille sanitaire - Site Internet :** <http://www.invs.sante.fr>  
**Imprimerie :** Europ Offset  
 39 bis, 41 avenue de Bonneuil - 94210 La Varenne