

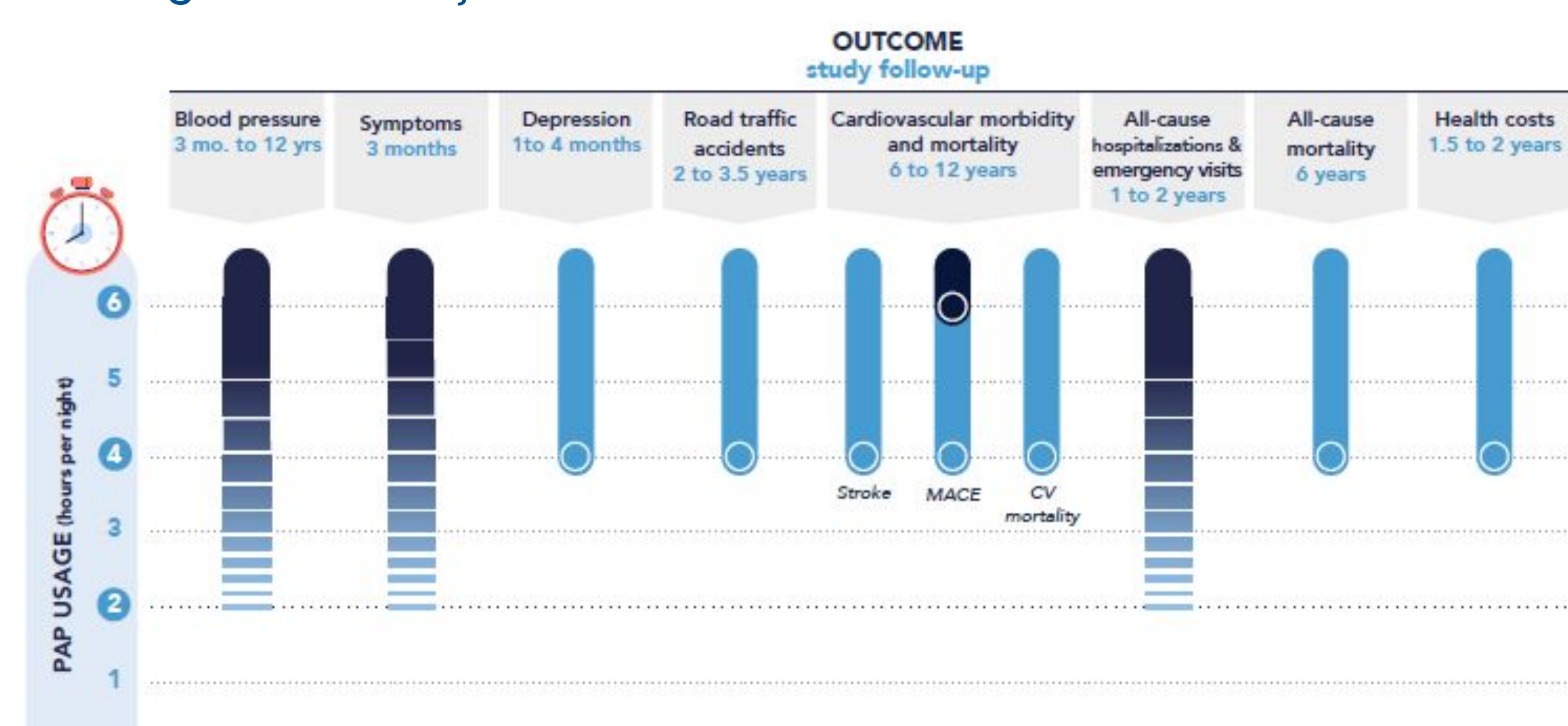
# Observance à la PPC à long terme, moyens mis en oeuvre par les prestataires et effet des interventions sur l'observance

Frédéric Gagnadoux<sup>1</sup>, Sarah Alami<sup>2</sup>, Léa Pasquet<sup>3</sup>, Fabienne Diaz<sup>3</sup>, Manuella Schaller<sup>2</sup>, Joëlle Texereau<sup>4</sup>

1. Department of Respiratory and Sleep Medicine, INSERM, CNRS, MITOVASC, Equipe CarME, SFR ICAT, Hôpital Universitaire d'Angers, Angers, France; 2. Air Liquide Santé International, Bagneux, France; 3. HORIANA, Bordeaux, France; 4. Air Liquide Healthcare France; Hôpital Cochin, AP-HP, France

## INTRODUCTION

- En France, environ 2 millions de patients sont appareillés par PPC pour un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS).
- Les bénéfices en santé et médico-économiques sont associés à l'observance au traitement (Fig 1, Gagnadoux et al.<sup>1</sup>).
- Le suivi des patients est assuré par le médecin et le prestataire qui, depuis 2018, met en oeuvre le télésuivi (>90% des patients) et est rémunéré selon l'observance réelle du patient.
- Dans la perspective de la révision par la Haute Autorité de Santé de la nomenclature PPC et prestations associées et de la mise à jour des recommandations françaises de 2010 sur la prise en charge du SAHOS, l'efficacité du modèle de prise en charge "à la française" a été évaluée.



## OBJECTIFS

- Décrire l'observance au traitement par PPC jusqu'à 5 ans
- Décrire l'association entre interventions des prestataires et observance

## METHODOLOGIE

- L'étude internationale en vie réelle AWAIR<sup>2</sup> évalue l'impact du niveau de service prestataire sur l'observance et la persistance au traitement par PPC chez des adultes ayant initié un traitement PPC entre 2019 et 2023 suivis par Air Liquide Healthcare dans 4 pays. Le travail présenté ne concerne que les patients inclus en France.
- Réutilisation des données relatives au service apporté par le prestataire et des informations des PPC connectées télétransmises quotidiennement.
- Chaque intervention du prestataire auprès du patient a été caractérisée selon sa modalité (domicile, distancielle) et son contenu selon la terminologie décrite dans Askland et al.<sup>3</sup>.

### Analyses statistiques:

- L'effet des interventions sur l'observance a été analysé entre le 4e et 60e mois de suivi en calculant la différence moyenne d'observance 2 mois avant et 2 mois après l'intervention et en prenant comme seuil cliniquement significatif un gain d'observance d'au moins 30 minutes.
- La persistance au traitement par année a été estimée à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier.

## RESULTATS

### Caractéristiques des 84 550 patients inclus

	Total (N = 84550)
Durée de suivi, mois	31.5±20.2
Sexe, hommes (%)	63.7%
Age, années	58.5±13.5
IMC, kg/m <sup>2</sup>	31.4±6.4
IAH au diagnostic	40.2±18.1

Données présentées en moyenne (écart type) sauf pour sexe

### Observance moyenne et persistance dans le traitement à 4 ans

Observance moyenne (h/jour)		Persistance dans le traitement	
1ère année (N=84550)	4.9 (2.4)	Sous traitement à 12 mois	83.5 [83.2 - 83.7]
2ème année (N=69850)	5.3 (2.5)	Sous traitement à 24 mois	74.0 [73.7 - 74.3]
3ème année (N=47896)	5.7 (2.3)	Sous traitement à 36 mois	68.4 [68.0 - 68.7]
4ème année (N=32510)	6.0 (2.2)	Sous traitement à 48 mois	64.1 [63.7 - 64.5]

Données présentées en moyenne (écart type)

Données présentées en % avec intervalle de confiance à 95%

### Interventions des prestataires

- Le nombre moyen d'interventions par patient et par an était de **7,5 interventions la 1ère année** (4 à domicile; 2,9 par téléphone; 0,6 par envoi postal) et entre **2,2 et 2,6 interventions les années suivantes**.
- L'objectif des interventions était : apporter du **soutien réactif au patient** (79,1% des interventions), de **l'éducation** au traitement (61,3%), **fournir du matériel** (57,8%). 4,3% des interventions étaient des **entretiens motivationnels**, réalisés par un infirmier spécialisé d'éducation.
- La **fréquence des interventions** était d'autant **plus élevée** que la **classe d'observance réelle** était basse : 9,0 interventions avec une observance [0-2]h/jour, 8,8 pour [2-4]h, 7,5 pour [4-6]h et 6,9 pour ≥6 (la 1ère année)

### Impact des interventions sur l'observance

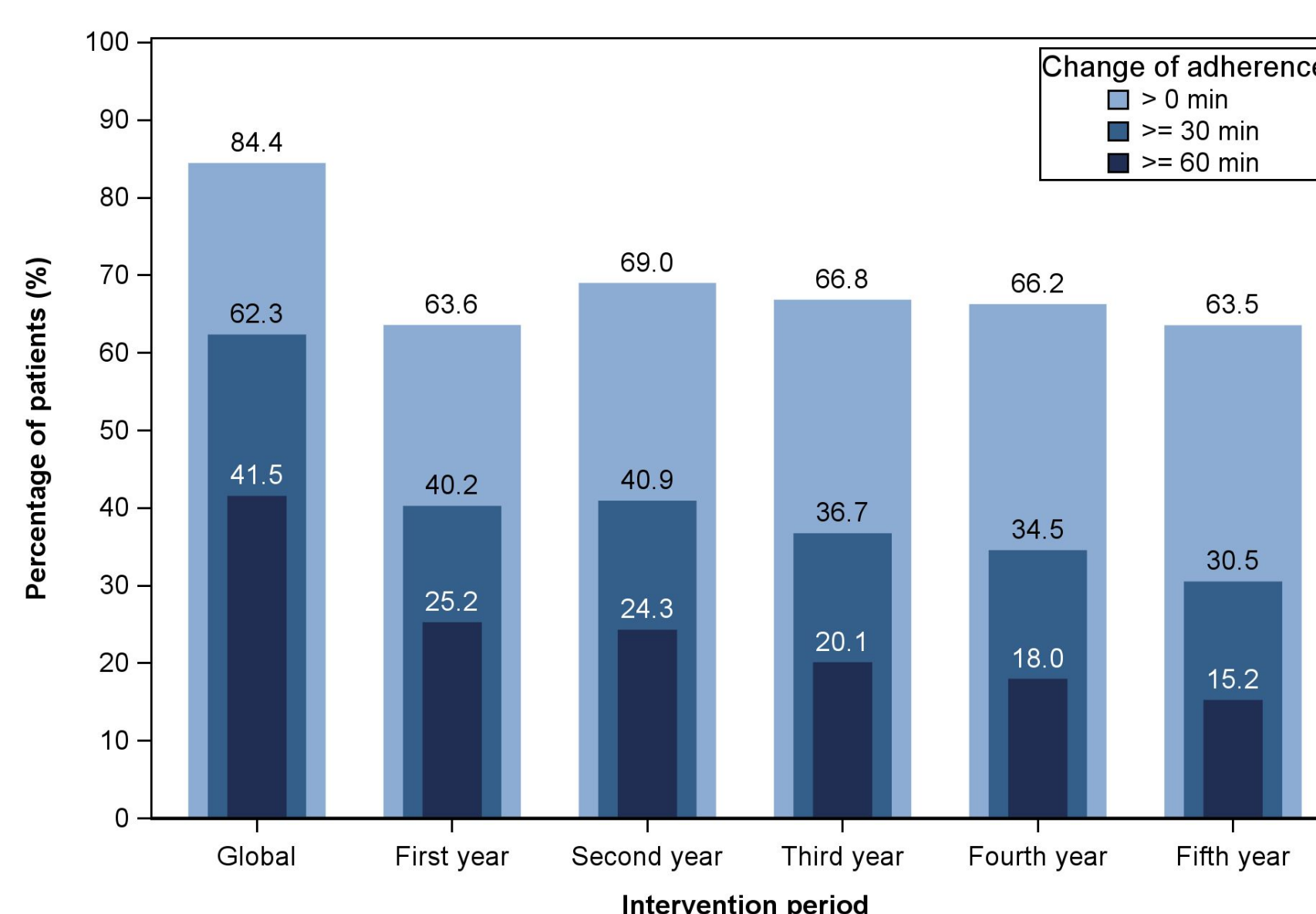


Fig 2. Proportion de patients avec au moins une intervention impactant l'observance (0 min, 30 min, 60 min)

**62,3% des patients** avaient, au moins une fois dans leur suivi, une intervention suivie d'un **gain d'observance d'au moins 30 minutes** (Fig 2). L'impact des interventions sur l'observance reste notable tout au long du suivi.

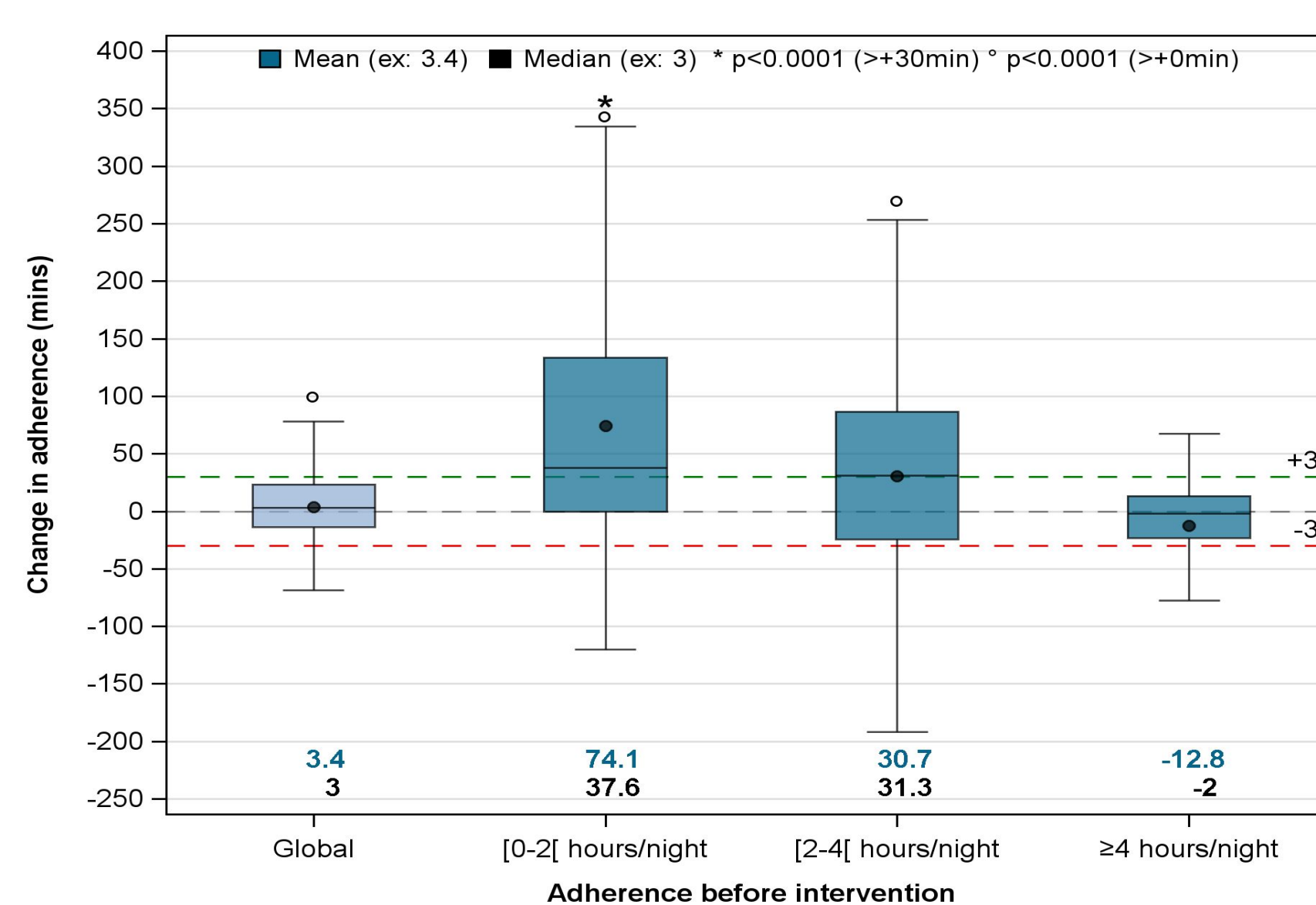


Fig 3. Changement moyen d'observance avant/après intervention selon niveau d'observance avant l'intervention

**L'ampleur du gain d'observance (min/nuit) dépendait de l'observance moyenne avant l'intervention (Fig 3):**

- +74,1 si observance [0-2] heures
- +30,7 si observance [2-4] heures
- pas de gain (-12.8) si observance ≥4 heures

En cas d'observance <4h, intervenir à domicile était plus efficace qu'un appel téléphonique: +56 min vs +43 min.

## CONCLUSION

- La fréquence des interventions des prestataires est plus intense chez les patients les moins observants; la majorité des interventions consiste en un soutien réactif au patient.
- Les interventions sont associées à un gain d'observance de plus de 30 minutes par nuit quand l'observance moyenne est inférieure à 4 heures, et ce, quelle que soit l'ancienneté du traitement. Dans ce cas, aller au domicile est plus efficace.
- Ces données suggèrent d'adapter la prestation en fonction de l'observance réelle du patient et d'autres paramètres d'intérêt comme le bénéfice perçu et la tolérance.