

# Retour d'expérience sur la délégation de tâches

---

LES EXEMPLES DE L'ÉTUDE DELTA VIH (CHRU  
BRETONNEAU, TOURS) ET DU PHRI ACTIVE (CHU  
AVICENNE, BOBIGNY)

# Deux perspectives

---

## aCTIVE

- Perspective interne / infirmière
- Etude prospective, en simple aveugle, randomisée de non infériorité de la qualité d'une consultation infirmière VS une consultation médicale
- Médecine de voyage, Bobigny
- Protocole validé

## DelTa VIH

- Perspective externe / chargée d'étude
- Evaluation de l'acceptabilité et de la transférabilité d'une délégation de tâches de médecin infectiologue à personnel infirmier dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH
- SMIT, Tours
- Stade expérimental

# Plan de la présentation

---

- Délégation des tâches, un état des lieux
- L'étude évaluative DelTa VIH
- L'étude prospective (PHRI) aCTIVE

# Délégation de tâches, un état des lieux

---

UN DISPOSITIF DÉJÀ ANCRÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

UNE LENTE MONTÉE EN CHARGE EN FRANCE

# Un dispositif qui a fait ses preuves en Afrique subsaharienne

---

- **Délégation de tâches** (« *task shifting* ») = « Redistribution rationnelle des tâches auprès des équipes de personnel de santé » (OMS)
  - Aussi « Coopération entre professionnels de santé » (France) : idée de mélange de compétences.
  - Recommandation de l'OMS pour le développement de la DT dans les pays à bas revenus.
- Quelles résultats pour la DT sur le continent africain ?
  - **pour les patients** : amélioration du taux de suivi et de la capacité de mise sous traitement (Hulela *et al*, 2008), réduction du temps d'attente entre diagnostic et mise sous traitement (Callaghan *et al*, 2010), investissement croissant des patients dans leur suivi médical (Suzan-Monti *et al*, 2015)
  - **pour les professionnels de santé** : amélioration de la qualité des soins (Zachariah *et al*, 2009), perception d'une amélioration de ses compétences par le personnel infirmier (Davies *et al*, 2013); gain de temps pour les médecins (Chung *et al*, 2008)

# Une lente montée en charge en France

---

- Question débattue en France depuis le début des 00's (**rapports Berland, 2002-2003**) → 1ères expérimentations dès 2004 et résultats positifs
- **Une reconnaissance institutionnelle... :**
  - Recommandations HAS pour la généralisation de ces nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé (2008)
  - Inscription dans la Loi « Hôpital, patients, santé, territoires - HPST » (art. 51) en 2009 → permet la mise en place de **protocoles de transferts d'actes ou d'activités de soins**
- **...mais une montée en charge qui reste lente :**
  - complexité et longueur de la procédure
  - craintes d'une perte de l'identité professionnelle et de mauvaises pratiques
- Champs majoritairement investis : ophtalmologie, diabétologie, radiologie et actes de vaccination

# L'étude évaluative DelTa VIH

---

- CONTEXTE : UNE EXPÉRIMENTATION DE CONSULTATIONS « SUIVI PARTAGÉ »
- OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE
- RÉSULTATS (RESSENTI DES ACTEURS IMPLIQUÉS, FREINS ET LEVIERS RELEVÉS)
- BILAN

# Contexte - des consultations « suivi partagé »

---

- En 2015, des consultations réalisées **en alternance** par une **infirmière de consultations externe** et un médecin infectiologue ont été proposées à 13 PVVIH sans complications de santé
- Critères d'inclusion : Patients volontaires, CV VIH <1,6 log depuis au moins 1 an, CD4>500/mm<sup>3</sup>, pas de difficultés psychosociales majeures, pas de pathologie évolutive
  - Les patients inclus ont 46 ans en moy. , une ancienneté VIH de 11 ans, un taux de CD4 moy. de 737/ mm<sup>3</sup> et un suivi à 6 mois.
- En amont des consultations infirmières : préparation des feuilles de prescriptions d'analyses et des ordonnances de traitement pour 6 mois par l'infectiologue.
- Pendant la consultation infirmière, 2 temps :
  - **Entretien** : question sur la situation de santé, sur la situation personnelle (familiale, pro) du patients, sur l'observance et les éventuelles, orientation vers d'autres praticiens si nécessaire
  - **Soins techniques** : prise de sang, tension, pouls, poids, toise et vaccins
  - Puis transmission du CR de consultation et des résultats des examens au médecin

# Objectifs et méthodologie - Evaluer l'acceptabilité du modèle

---

- Etude réalisée par **AIDES** sur sollicitation du **COREVIH Centre Poitou-Charentes**
- **Objectif principal** : Evaluer l'**acceptabilité** de la délégation de tâches de médecins infectiologue vers le personnel infirmier dans la prise en charge de PVVIH dans le cadre de l'expérimentation menée au CHRU de Tours
- **Objectif secondaire** : Contribuer à l'analyse de la **transférabilité** de ce modèle (élargissement, réplication) en dehors de son contexte d'exercice
- **Méthode** : Enquête **qualitative** par entretiens semi-directifs.
- **Echantillon** : 13 entretiens menés auprès de différents groupes :
  - **Groupe 1 (n=3)** : 1 médecin infectiologue participant à l'expérience de DT et 2 médecins ne participant pas ;
  - **Groupe 2 (n=2)** : 1 infirmière participant à l'expérience de DT et 1 infirmiers-e ne participant pas ;
  - **Groupe 3 (n=8)** : 4 PVVIH participantes et 4 non participantes au programme mais éligibles.

# Résultats – Ressenti des acteurs impliqués

---

- Pour l’infirmière référente : formalisation d’une **activité déjà ancrée dans ses pratiques professionnelles, posture d’interlocutrice privilégiée** pour les patients et le médecin, satisfaction concernant les échanges avec le médecin, inquiétude quant à la réactualisation des connaissances dues à l’augmentation de la charge de travail

*« Il y a un lien qui est établi, une relation de confiance et là je trouve que justement cette consultation là ça rentre un petit peu dans ce domaine-là » (Infirmière impliquée)*

- Pour le médecin référent : peu de changement dans le déroulé des consultations (+ de temps pour aborder l’information du patient), + de temps dégagé pour des activités annexes, satisfaction concernant les échanges avec l’infirmière

*« Je sais que quand ils ont été vus il y a 6 mois, tout a été fait, tout ce qui concerne les comorbidités et la vaccination et de ce fait là je peux plus m’attarder sur l’information sur les nouveautés... » (Médecin impliqué)*

- Pour les patients : importance du maintien du suivi à 6 mois, pas de changement ressenti dans la prise en charge, confiance forte en l’infirmière

*« Le médecin reste dans la consultation stricto sensu et avec l’infirmière c’est plus un aspect relationnel » (patient impliqué 1).*

# Résultats - Freins et leviers à l'acceptabilité de l'expérimentation

---

- Fédérer l'équipe médicale autour du projet :
  - **Difficile implication des infectiologues** : désintérêt ou manque de temps pour le projet, réticences exprimées en termes de dépossession de son travail/de ses compétences voire manque de confiance dans le personnel infirmier
  - **Conditions d'un personnel infirmier motivé** : manque d'information, crainte d'une augmentation importante de la charge de travail et d'un manque de légitimité, perspective en termes de reconnaissance professionnelle (symbolique ou formelle : statut, salaire) comme levier
- Conditions de l'adhésion pour les patients : un statut quo dans l'environnement de prise en charge, une confiance dans les intervenants (« personne-dépendance »)

*« Ça se passe bien aussi parce que je m'entends bien avec (l'infirmière impliquée). Pas de problème avec elle. » (Patient impliqué 3)*
- Incertitudes quant à l'adhésion institutionnelle : difficulté à légitimer le projet auprès de la direction de l'hôpital, problématique budgétaire (grille de tarification infirmière)

# Bilan

---

- **L'intérêt perçu de la coopération entre professionnels de santé est partagé** pour l'ensemble des acteurs interrogés malgré quelques appréhensions.

*« C'est une très bonne idée car ça permet une prise en charge multidisciplinaire du patient : le point de vue du docteur, le point de vue de l'infirmière et le point de vue du patient. » (Médecin infectiologue non impliqué)*

*« La délégation de compétences est nécessaire. Les médecins ne peuvent pas être présents aussi souvent que le personnel infirmier auprès des patients. » (Infirmière non impliquée)*

*« Je trouve très bien que l'infirmière ait plus de temps à consacrer pour explorer ce qui relève de l'environnement psychologique du patient. » (Patient non impliqué 2)*

- **Des questions en suspens** : difficultés à légitimer le projet auprès de la direction de l'hôpital, problématique budgétaire (grille de tarification de la consultation infirmière)

# L'étude prospective aCTIVE

---

CONTEXTE

PROTOCOLE (HYPOTHÈSE, OBJECTIFS, CRITÈRES D'ÉVALUATION,  
MÉTHODOLOGIE)

EXAMEN ET PROCÉDURE

TABLEAU CHRONOLOGIQUE RÉCAPITULATIF

# Contexte

---

- La médecine du voyage est une **discipline médicale en expansion** dont les besoins deviennent de plus en plus pressants.
- Les voyageurs français (env. 4,5 millions) se répartissent entre **120 pays dont un quart fait partie de zones à risques 2**. La plupart des risques peuvent être réduits au minimum si des précautions appropriées sont prises avant, pendant et après le retour de ces zones
- La médecine de voyage est avant tout **préventive** mais s'attache aussi au **diagnostic et au traitement de la pathologie du retour**, des compétences strictement médicales
- Les professionnels de santé doivent communiquer efficacement, de manière à favoriser la compréhension et la rétention des informations fournies aux voyageurs. La **promotion de la santé** est une des principales compétences investies par les infirmières

# Le protocole aCTIVE - Présentation

---

## Protocole de coopération accepté en 2014

« Consultation infirmier(e) en médecine du voyage pour le conseil, la vaccination, la prescription de médicaments à titre préventif, la prescription et l'interprétation de sérologies à visée vaccinale, la prescription de vaccins »

→ Dérogation obtenue pour le service du Professeur Bouchaud

Investigateur principal :

**Delphine LECLERC**

Hôpital Avicenne

Responsable scientifique :

**Pr. Olivier BOUCHAUD**

Hôpital Avicenne

Responsable méthodologie :

**Pr. Vincent LEVY**

URC Avicenne

Promoteur :

APHP (DRCI)

Coordination Projet :

URC PSSD

# Le protocole aCTIVE - Hypothèse et objectifs

---

- Hypothèse :

**Une consultation infirmière en médecine du voyage, sous réserve d'une formation adéquate et d'un cadre de travail parfaitement défini, peut-elle répondre aux mêmes critères de qualité de prise en charge qu'une consultation médicale ?**

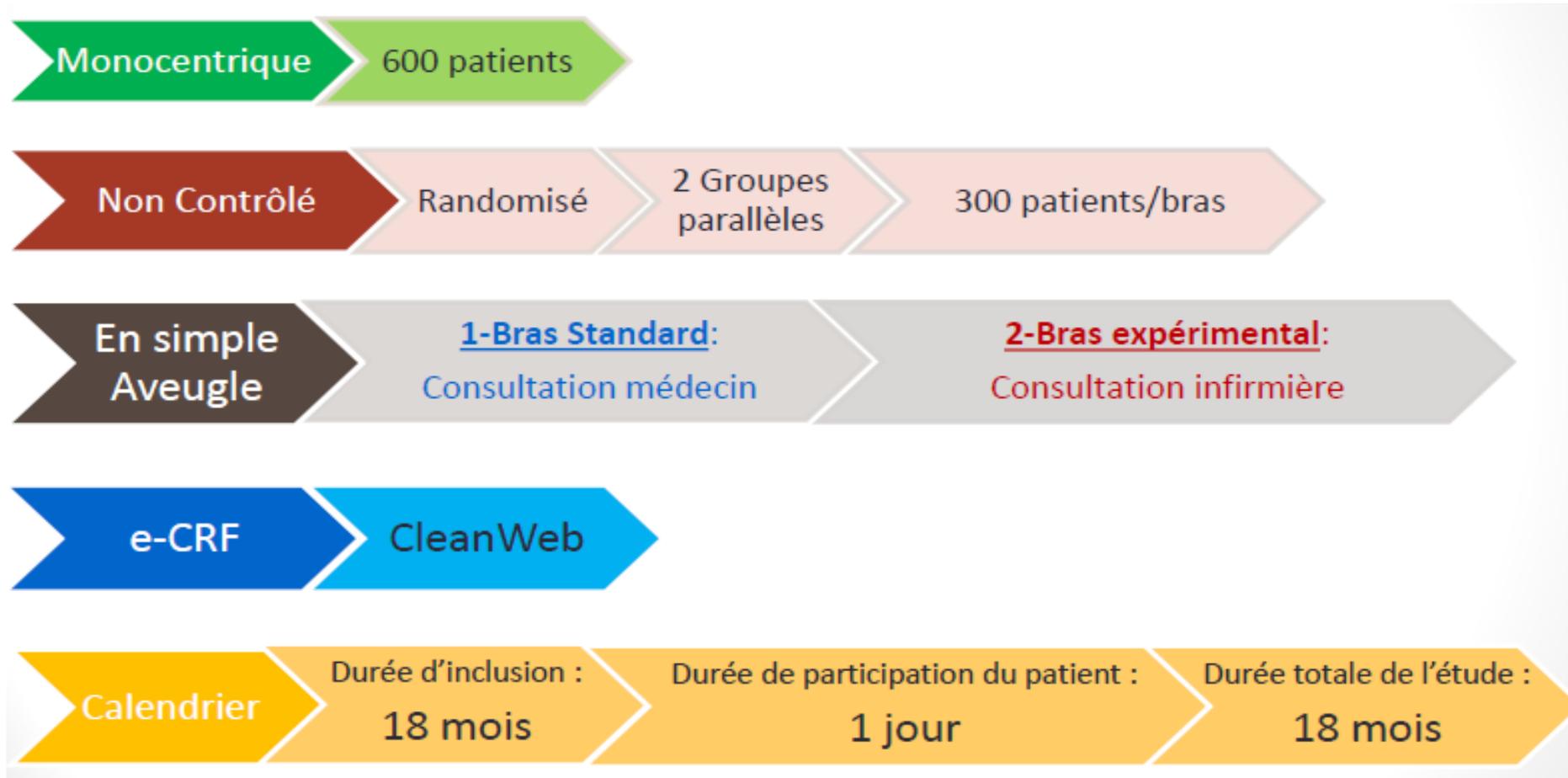
- Objectif principal : démontrer par une étude randomisée de non infériorité qu'une consultation du voyage réalisée uniquement par une infirmière peut permettre d'apporter au voyageur la même qualité d'information mémorisée que si cette consultation est faite par un médecin.
- Objectifs secondaires : comparaison des 2 consultations sur les critères suivants :
  - qualité de prise en charge des voyageurs,
  - niveau de satisfaction des voyageurs,
  - pertinence du choix des vaccinations proposées et de l'anti paludique prescrit.

# Le protocole aCTIVE - Critères d'évaluation

---

- **Critère d'évaluation principal** : taux de mémorisation par les voyageurs des principaux paramètres concernant la prévention individuelle du voyageur en matière de paludisme, diarrhées du voyageur, infections sexuellement transmissibles.
- **Critères d'évaluation secondaires** :
  - **Score de qualité** de prise en charge évaluant la mémorisation de l'information par les voyageurs, leur degré de satisfaction et l'adéquation des prescriptions par rapport aux recommandations
  - Le niveau de satisfaction des voyageurs sur le contenu de leur consultation sera évalué par une **échelle visuelle**
  - La pertinence du choix des vaccinations et des anti paludiques proposées par rapport aux recommandations en cours sera évaluée par une **revue rétrospective**

# Méthodologie



# Examen et procédure

---

## Visite d'inclusion/randomisation :

- Information et recueil du consentement des voyageurs
- Inclusion et randomisation via l'*e-CRF CleanWeb* (plateforme informatique)
- Randomisation :
  - Bras standard : consultation médecin
  - Bras expérimental : consultation infirmière

## Après la fin de la consultation :

- Le patient répond aux questionnaires :
  - 1 – Evaluation de l'information mémorisée par le voyageur
  - 2 – Evaluation du degré de satisfaction du voyageur (via une échelle visuelle de 1 à 10)
- Une évaluation de l'adéquation des prescriptions proposées au voyageur par rapport aux recommandations internationales est réalisée a posteriori par le médecin enquêteur

## Critères d'éligibilité :

- **Critères d'inclusion** : voyageur (H/F) de + de 18 ans se présentant en CVI
- **Critères de non inclusion** : enfants, femmes enceintes, voyageurs (H/F) présentant des facteurs de comorbidités.

# Tableau récapitulatif de la chronologie de la recherche

Avant l'enregistrement /rando du patient sur l'e-CRF il est obligatoire de faire signer le consentement

	Pré-inclusion (J1)	J1 (Avant la consultation)	J1 (pendant la consultation)	J1 (Après la consultation)
Vérification des critères d'inclusion/non inclusion	✓			
Information et non opposition	✓			
Randomisation		✓		
Consultation infirmière <u>ou</u> médecin			✓	
Prescription d'un antipaludique/vaccination			✓ (ordonnance pré-remplie)	
Questionnaire de mémorisation				✓
Echelle de satisfaction				✓

Merci de votre  
attention !

**Contacts :**

Mme **Delphine LECLERC** – investigateur principal aCTIVE

[Leclercd1@hotmail.fr](mailto:Leclercd1@hotmail.fr)

Tel : 01 48 95 55 55 / poste 5342

Mme **Isaora RIVIEREZ** – Doctorante, DeTa VIH

[irivierez@aides.org](mailto:irivierez@aides.org)

Tel : 01 77 93 97 47

