

# VACCINS ET INFECTION PAR LE VIH : UNE EPP COLLABORATIVE ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL

JEAN-MARTIN MEYER<sup>1</sup>, ISABELLE WILLEMAIN<sup>1</sup>, MARIE-  
JOSÉE KUBLER-LEVEQUE<sup>1</sup>, MICHEL LEVEQUE<sup>1</sup>, CHARLES  
BECK<sup>1+2</sup>, CATHERINE MICHEL<sup>2</sup>, DOMINIQUE  
BOURDÉRON<sup>3</sup>, ERIC BILLAUD<sup>4</sup>, GENEVIÈVE BECK-WIRTH<sup>5</sup>

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE (REVIH-MLH); 2 PH DERMATOLOGIE (CHM) ; 3 PH EVALUATION ET SANTÉ PUBLIQUE (CHM) ; 4 PH (CHU NANTES & SFLS) ; 5 PH (CHM & PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION REVIH-MULHOUSE).

✉ GENEVIEVE BECK-WIRTH REVIH-MULHOUSE, 5 RUE BARTHOLDI 68400 RIEDISHEIM ;  
E-MAIL : CONTACT-REVIH@REVIH-MULHOUSE.ORG

# INTRODUCTION

# L'« obligation » d'EPP

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est une obligation réglementaire (article 14 de la Loi du 13 août 2004, décret de juillet 2005).

L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle :

- en référence à des recommandations actualisées
- selon une méthode élaborée ou validée par la HAS

Elle inclut la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques et doit ainsi contribuer à une actualisation des modalités de prise en charge du patient et une amélioration continue de la qualité des soins curatifs et préventifs.

Source : Haute Autorité de Santé; Décision n° 2007.10.035/EPP- (version consolidée)

# Acceptabilité

L'acceptabilité de la démarche (et la satisfaction des professionnels) est meilleure si elle s'intègre dans la pratique quotidienne.

La dichotomie FMC – EPP est artificielle et éloignée des pratiques : associer FMC et EPP selon le principe du Développement Professionnel Continu (DPC) facilite sa mise en oeuvre.

# Articulation FMC-EPP = DPC

*« Le développement professionnel continu (DPC) a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins. » projet de loi HPST article L. 4133-1*

# Choix du thème pour une démarche « DPC »

Lors d'une formation « vaccins et infection VIH », l'ensemble des participants a pris conscience d'un déficit global des vaccinations des PvVIH.

La décision d'une action d'EPP ayant pour objectif principal d'améliorer la couverture vaccinale a été prise collégalement.

Une groupe de travail a été constitué, rassemblant 4 médecins généralistes (MG) et 2 médecins hospitaliers (MH).

# Choix de la méthode : de l'audit clinique à l'ACC (\*)

L'audit clinique (AC) est une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer.

L'audit clinique présente :

- des intérêts multiples, démontrés lors des différents programmes d'audits cliniques, conduits par l'Anaes de 1999 à 2001,
- mais avec un inconvénient majeur : c'est une démarche consommatrice de temps.

-> le choix de l'Audit Clinique Ciblé (ACC) s'est imposé

(\*) L'Audit Clinique Ciblé (ACC) en établissements de santé – HAS juin 2007

# Choix de la méthode : de l'audit clinique à l'ACC (\*)

En proposant des **critères** d'évaluation :

- en nombre limité,
- sélectionnés à partir de recommandations majeures (y compris la réglementation) ou de consensus professionnels forts,
- ciblés sur une pratique technique ou organisationnelle ayant un fort potentiel d'amélioration

l'Audit Clinique Ciblé (ACC) :

- réduit les délais de recueil, de traitement des données...
- facilite la mise en place d'actions d'amélioration concrètes, et dans un délai le plus court possible,
- favorise l'adhésion des professionnels à l'évaluation des pratiques et à l'appropriation des recommandations.

(\*) L'Audit Clinique Ciblé (ACC) en établissements de santé – HAS juin 2007

# HAs - Les étapes de l'ACC

1. Sélectionner un thème
2. Choisir un ou des référentiels d'évaluation
3. Observer la pratique
4. Analyser les résultats
5. Décider des actions d'amélioration
6. Observer la pratique
7. Analyser les résultats
8. Etc...

# POPULATION ET METHODE

# Environnement

# Un réseau de santé : soigner et prendre soin

Le réseau ville-hôpital existe depuis 1992, régit par une association - ReVIH-Mulhouse - depuis 1996, financé successivement par le FAQSV puis la DRDR (2004 – 2007) puis le FIQS (2007 – 2010).

Son objectif est de développer la qualité des soins proposés aux patients infectés par le VIH dans le TS4 du département du Haut-Rhin.

L'EPP était destinée aux médecins volontaires suivant des patients infectés par le VIH, généralistes formés à la pathologie ainsi que les référents hospitaliers du Centre Hospitalier de Mulhouse.

# Méthode

# Le référentiel d'ACC (mars 2008)

- Un protocole d'ACC a été rédigé précisant :
  - Le promoteur : ReVIH-Mulhouse
  - Les références : calendrier vaccinal adulte annuel et rapport Yeni
  - La cible professionnelle : médecins traitants adhérents du réseau et les référents hospitaliers
  - Les patients concernés : infectés par le VIH/sida et bénéficiant d'un suivi dans le cadre du réseau
  - La sélection des dossiers : patients vus en consultation sur une période de 6 mois prospective avec tirage au sort
- Une grille de recueil de données rappelle :
  - Les objectifs à atteindre pour chacun des critères
  - Enregistre les réponses OUI – Non – NA – commentaires
- Un guide d'utilisation était disponible, précisant pour chaque critère, l'interprétation et le type de réponse.

# Processus de validation de la démarche

La CME de l'établissement (accompagnée par un Médecin Expert Extérieur) et/ou un Organisme Agréé par la HAS sont habilités à délivrer aux médecins les certificats qui leur permettront de satisfaire à l'obligation d'EPP.

En l'état de la réglementation, le projet a été soumis pour avis préalable à la Commission EPP/FMC du Centre Hospitalier de Mulhouse ainsi qu'à la SFLS.

A la fin du cycle complet (les 6 étapes de l'audit), les résultats complets de cette démarche d'EPP seront présentés devant ces deux instances et serviront de support à la validation des participations individuelles des médecins.

# Choix des critères

- Critère 1
  - a = dTP (indiquée, effectuée, retranscrite)
  - b = dTCaP (indiquée, effectuée, retranscrite)
- Critère 2 : VHB (statut sérologique connu, vaccination indiquée, effectuée, retranscrite)
- Critère 3 : VHA (statut sérologique connu, vaccination indiquée, effectuée, retranscrite)
- Critère 4 : pneumocoque (indiquée, effectuée, retranscrite)
- Critère 5 : grippe (indiquée, effectuée, retranscrite)
- Critère 6 : rubéole (statut sérologique connu, vaccination indiquée, effectuée, retranscrite)

# RESULTATS

## De la méthode d'EPP

Chaque critère est étudié en fonction du référentiel, permettant de définir les objectifs d'amélioration pour chacun des critères avec un ordre de priorité.

Les outils sont mis à jour en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et des recommandations.

# 1<sup>er</sup> tour d'audit en octobre 2008

69 dossiers de patients tirés au sort ont été analysés en présence de 11 MG et de 3 MH.

Toutes les vaccinations sont déficitaires, souvent non renseignées dans les dossiers hospitaliers ; les statuts sérologiques indispensables ne sont pas connus (VHB, VHA, rubéole).

Les axes d'amélioration retenus concernent le % de vaccins réalisés et retranscrits ainsi que la connaissance du statut sérologique VHA/VHB.

Les vaccins prioritaires sont le VAG et le vaccin anti-pneumocoque, puis les vaccins contre les hépatites A et B. Le vaccin VHA pourra être réalisé lors d'une séance d'hôpital de jour.

Des carnets de vaccinations seront à disposition, les résultats biologiques devront être communiqués, à tous les correspondants.

Le calendrier du 2<sup>ème</sup> tour d'audit est décidé collégalement. Les recommandations sont mises à jour et distribuées, ainsi que le compte rendu du 1<sup>er</sup> tour.

# 2<sup>ème</sup> tour d'audit

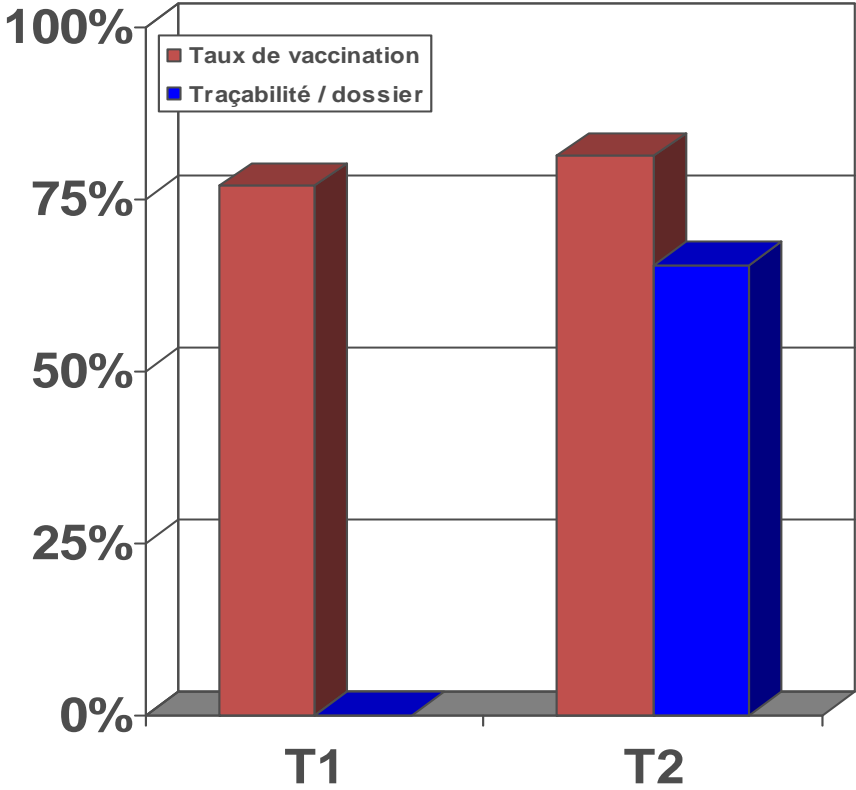
62 dossiers de patients tirés au sort ont été analysés en présence de 8 MG et de 3 MH.

Le niveau vaccinal est amélioré mais incomplètement car le délai d'intervention était trop court (6 mois) ; la transmission des informations reste insuffisante, surtout de la ville vers l'hôpital ; des freins administratifs liés au fonctionnement de l'Assurance Maladie font obstacle à la réalisation de certaines vaccinations (VAG, contestation sur le remboursement de Pneumo23, non remboursement du vaccin VHA).

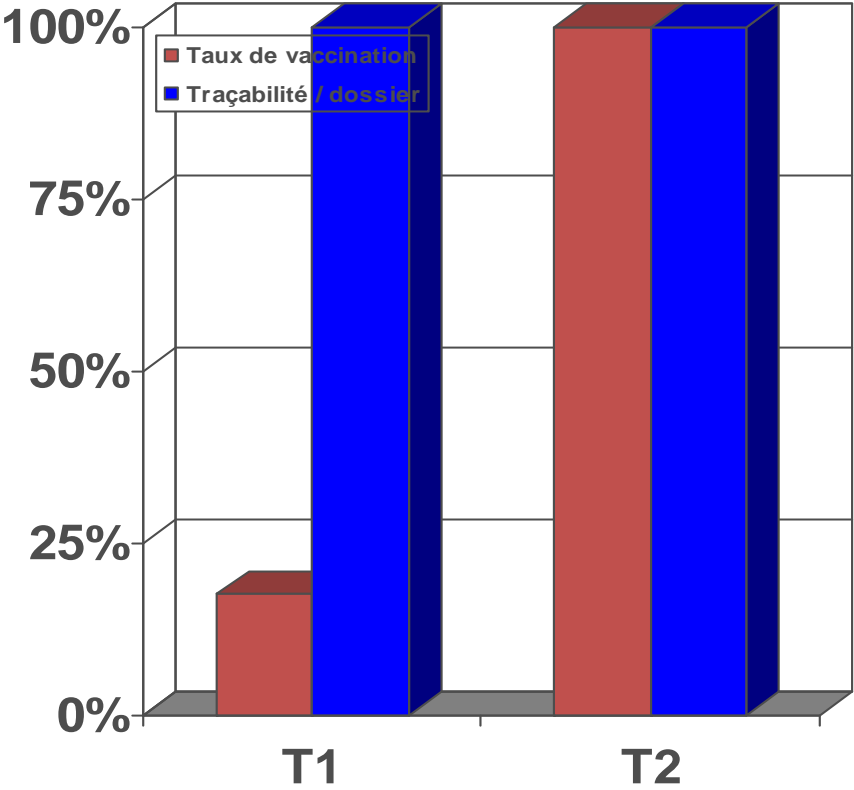
La vaccination contre le pneumocoque jugée prioritaire a été effective pour 50% des patients ; la connaissance de la sérologie VHB reste insuffisante en particulier en ville mais quand elle est connue, la vaccination indiquée est effectuée, témoignant de son acceptabilité par les PvVIH.

Un 3<sup>ème</sup> tour d'audit est décidé, dans le but d'aboutir à une protection vaccinale complète.

# Critère 1.a : DTPOLIO

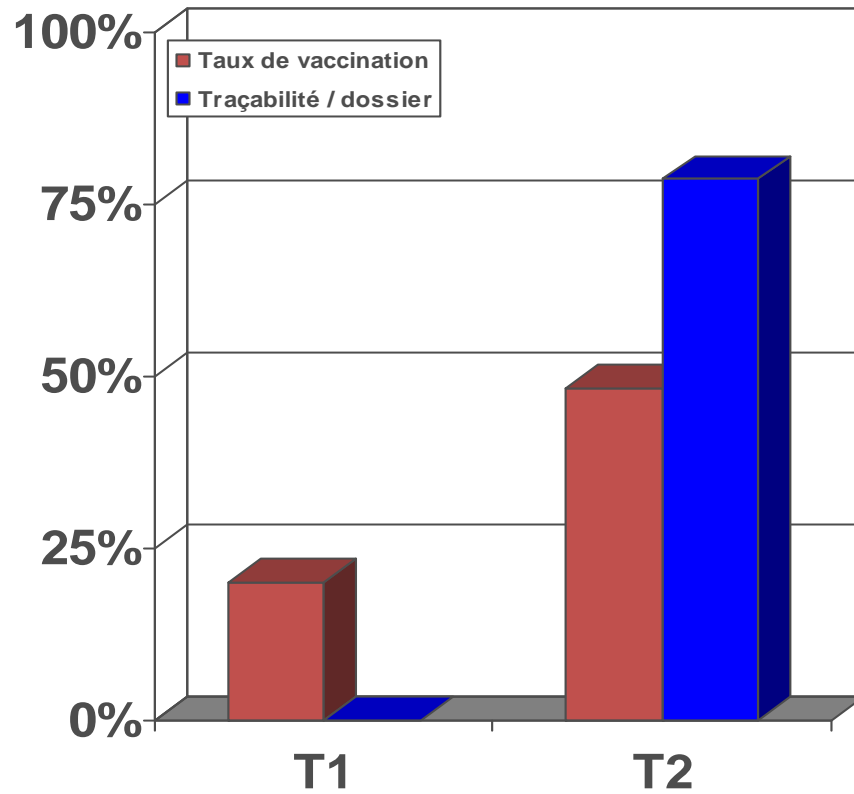


(MV)

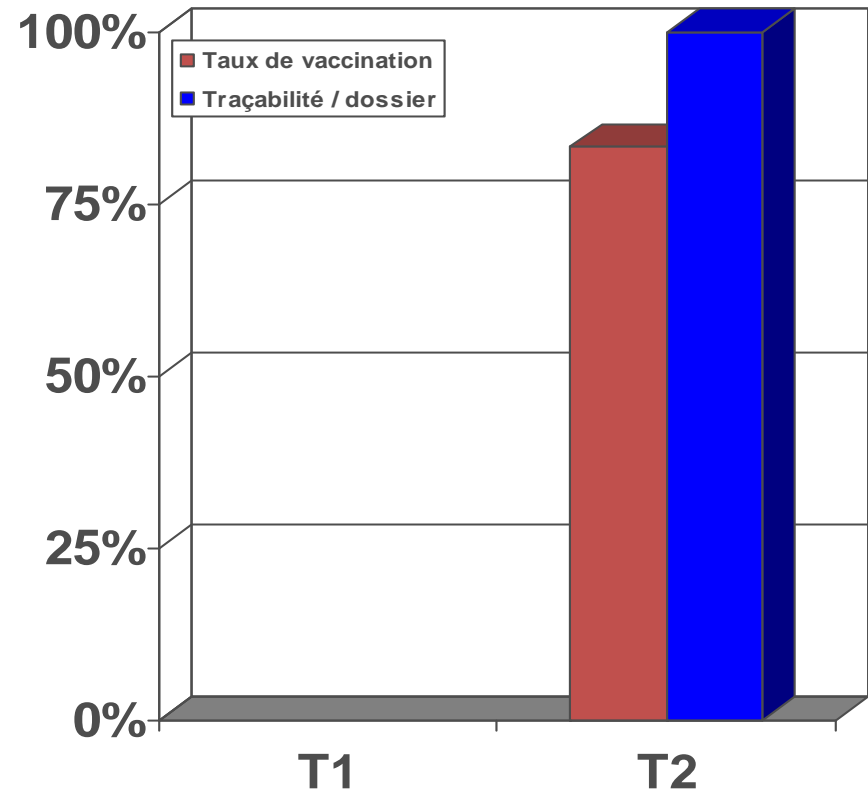


(MH)

# Critère 1.b : DTCaP

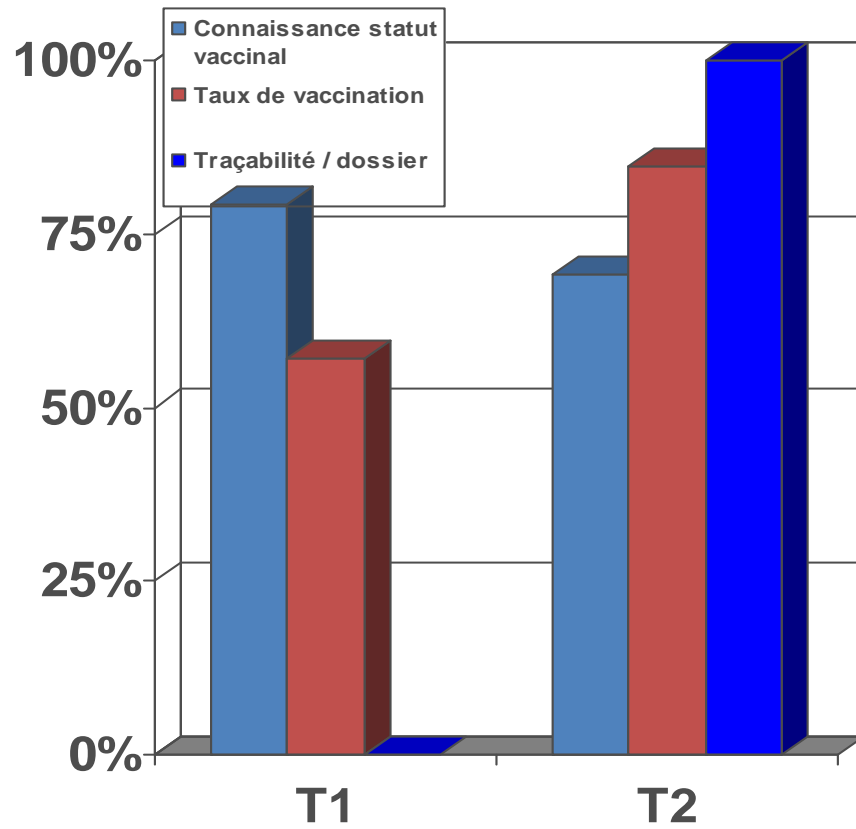


(MV)

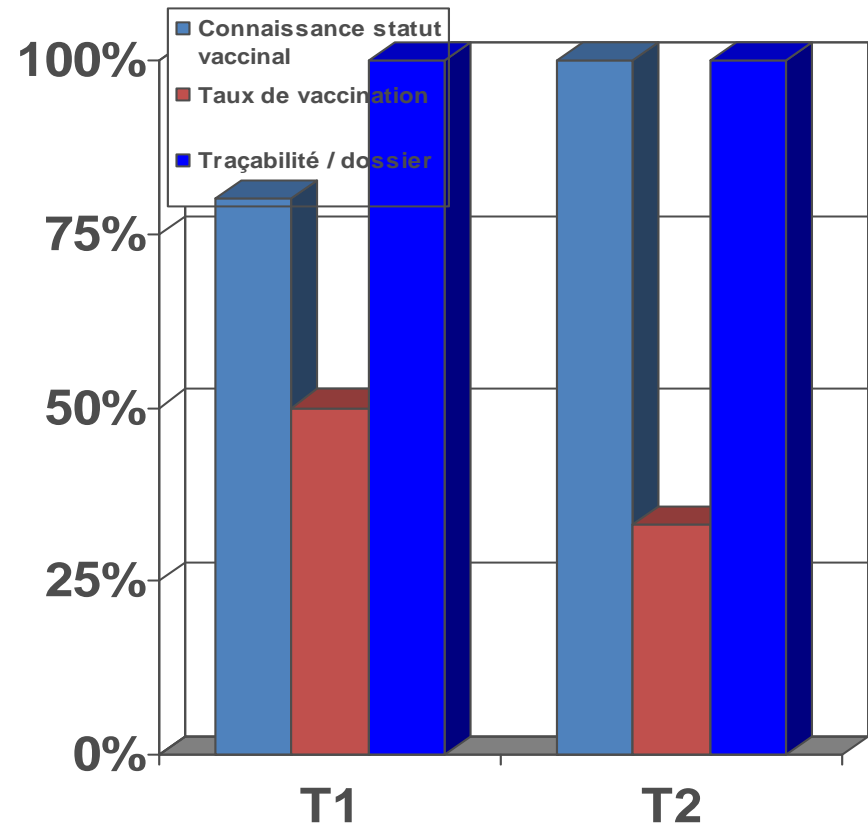


(MH)

# Critère 2 : VHB

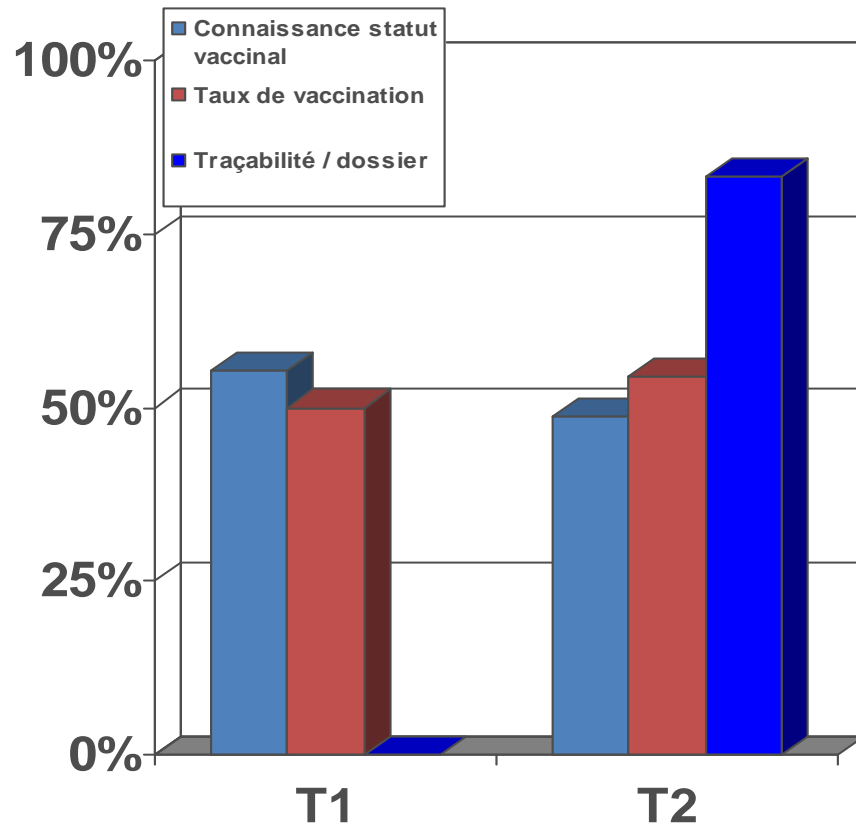


(MV)

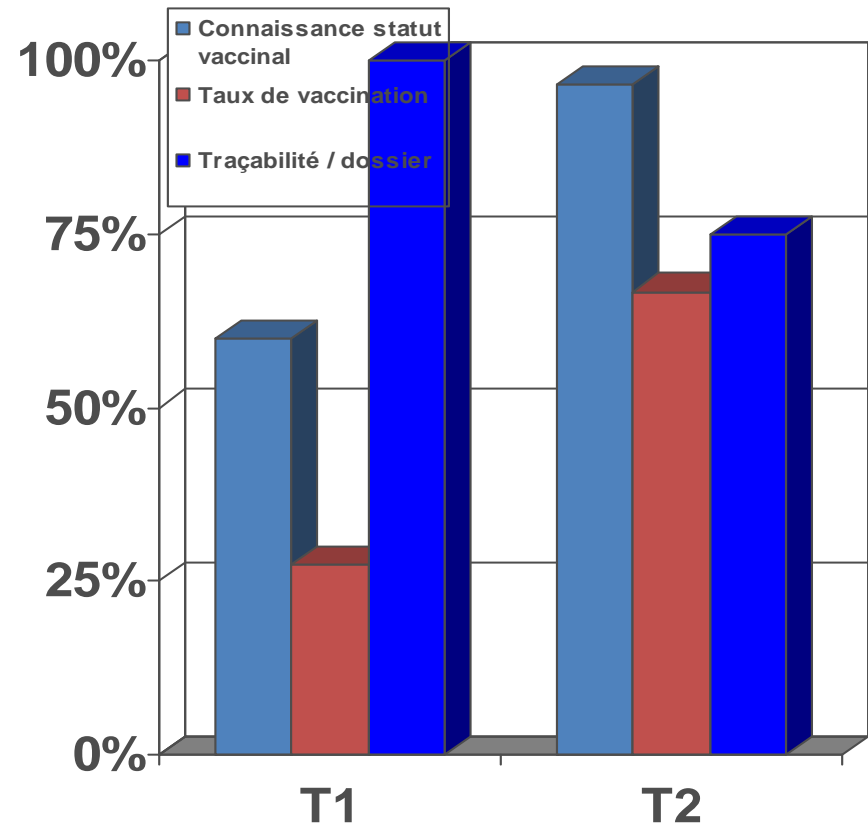


(MH)

# Critère 3 : VHA

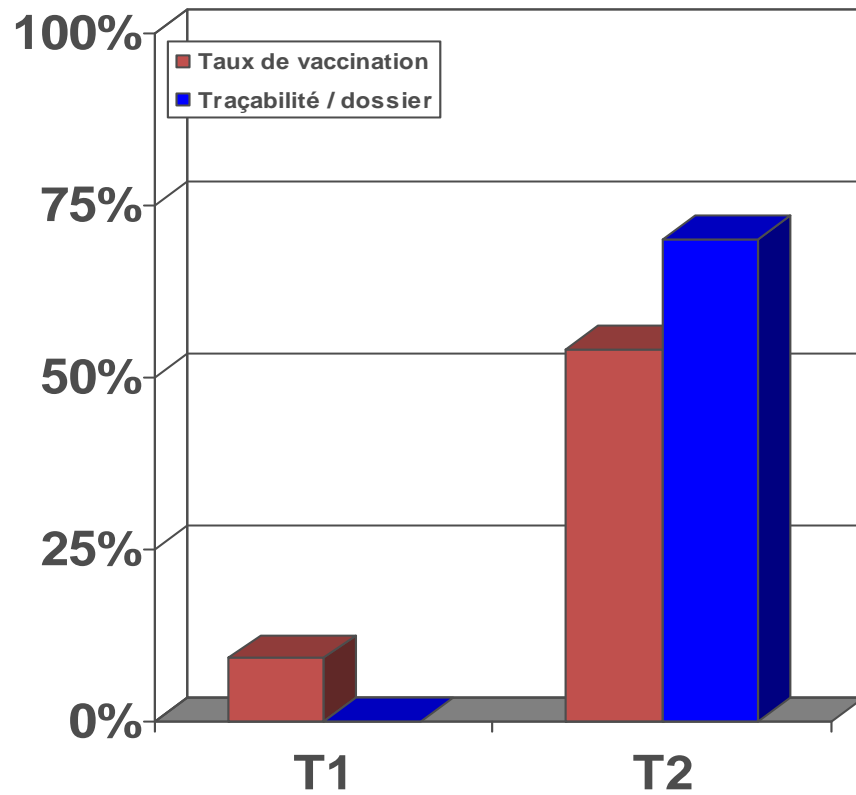


(MV)

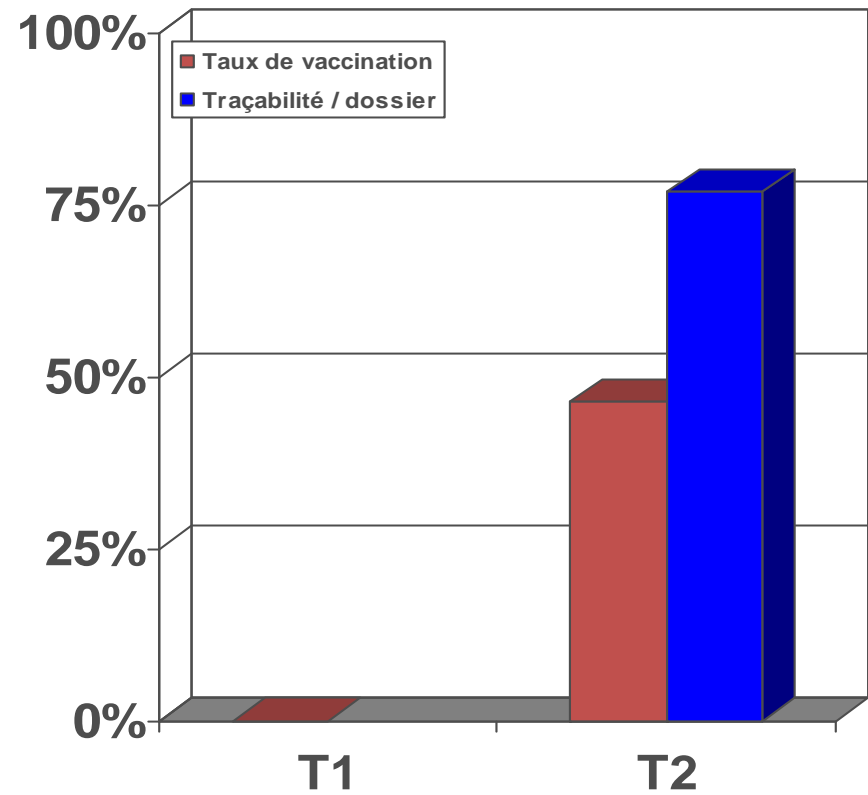


(MH)

# Critère 4 : Pneumocoque

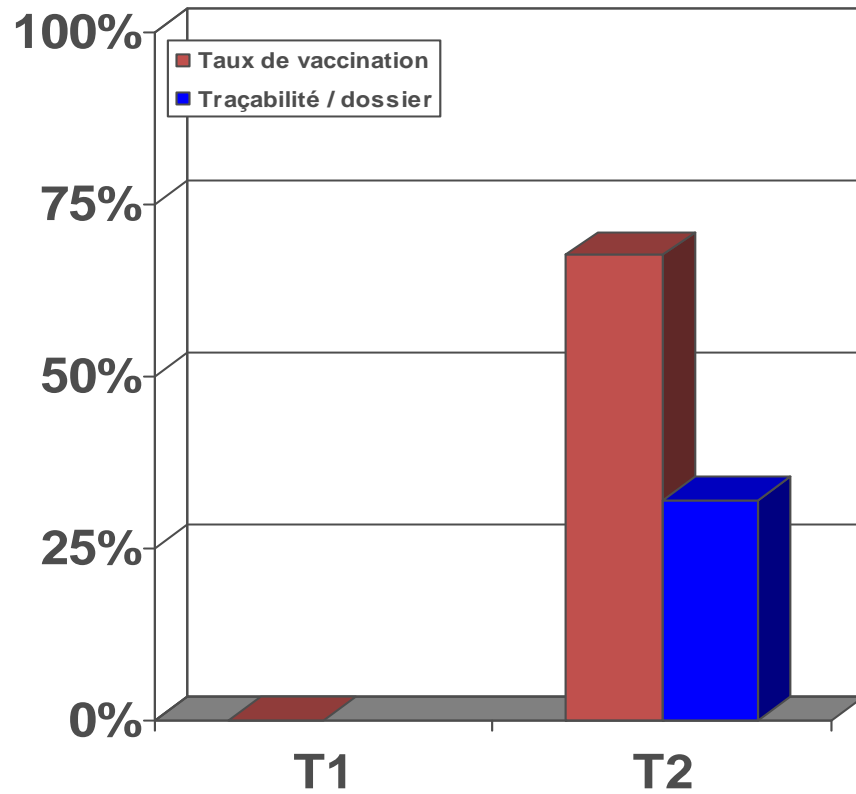


(MV)

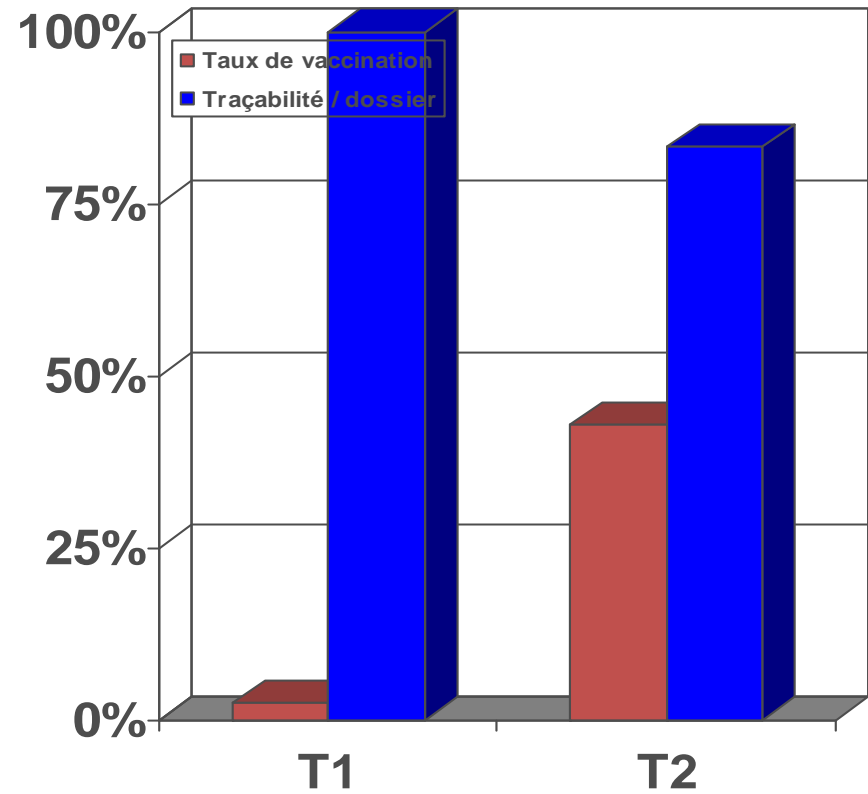


(MH)

# Critère 5 : Grippe

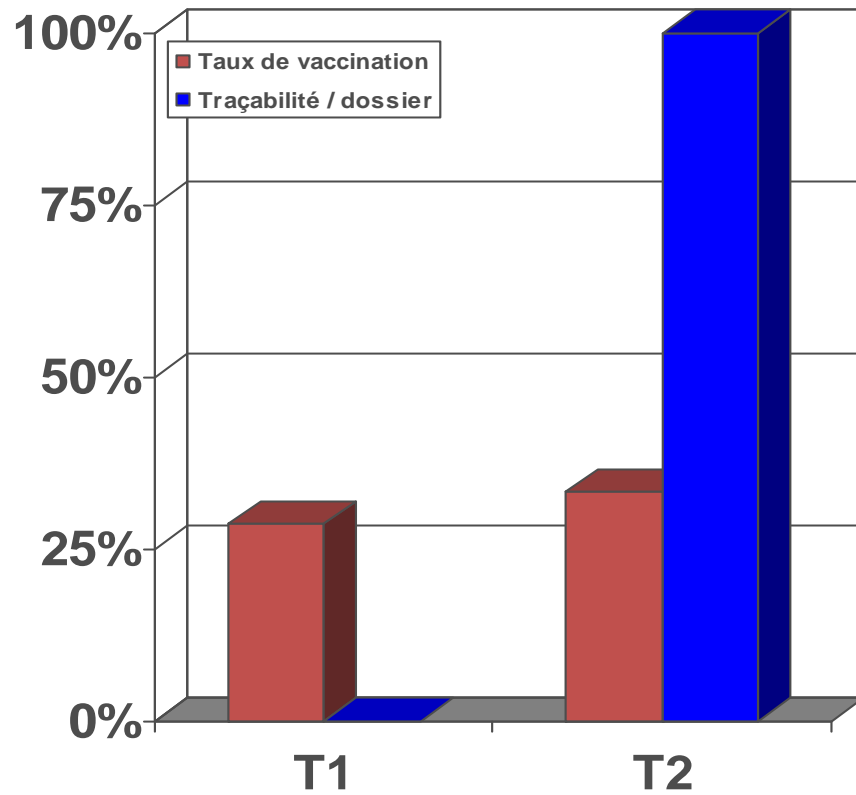


(MV)

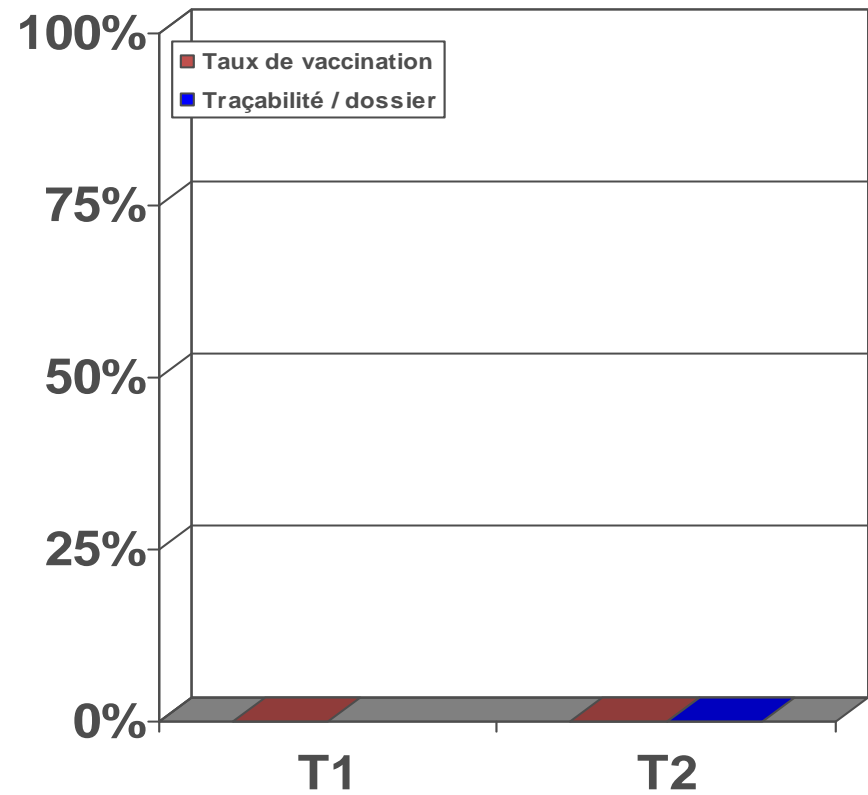


(MH)

# Critère 6 : Rubéole

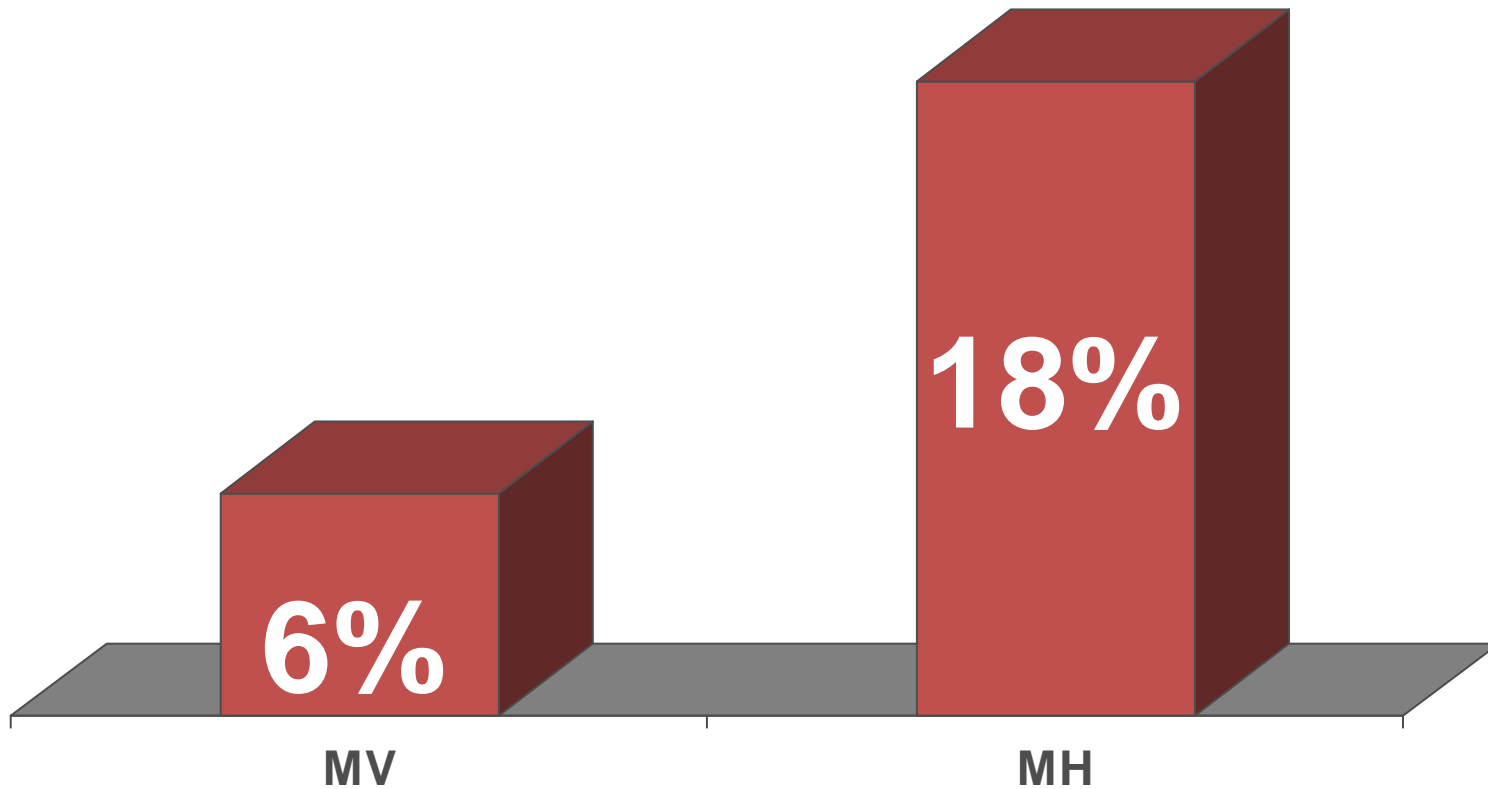


(MV)



(MH)

# Vaccins complets



# DISCUSSION

# Difficultés

Parmi les 20 MG engagés dans la démarche initiale, seuls 11 ont participé au 1<sup>er</sup> tour, 8 au 2<sup>nd</sup> car l'EPP est d'abord vécue comme une contrainte avant d'en percevoir les répercussions qualitatives.

Les tracasseries administratives imposées par l'Assurance Maladie ont découragé les patients qui pointent l'incohérence des campagnes d'incitation à la vaccination, en particulier antigrippale.

Beaucoup d'efforts sont à fournir pour améliorer la transmission des informations nécessaires à la vaccination.

La traçabilité des actes semble un Graal inaccessible...

# Bénéfices : les clés de la motivation

Le thème retenu est prioritaire en santé primaire et intégré au quotidien.

La répartition des tâches a été bien définie : le rôle des MG est clair.

L'acceptabilité a été très bonne tant pour les médecins que pour les patients (cf VHB).

L'incitation à vacciner n'a pas été restreinte aux patients ayant un médecin traitant formé par le réseau : le niveau de couverture vaccinal versant hospitalier reflète une implication élargie de tous les MG.

Ce travail collaboratif a apporté une autre dynamique au réseau : d'acteurs passifs en formation continue, les MG sont devenus actifs et engagés dans une démarche qualité.

Le niveau de satisfaction des professionnels est impressionnant et la décision unanime de poursuivre ce travail par un 3<sup>ème</sup> audit en témoigne.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- HAS : Décision n° 2007.10.035/EPP (version consolidée)
- HAS : L'Audit Clinique Ciblé (ACC) en établissement de santé, Juin 2007
- Projet de Loi HPST juin 2009
- RAPPORT YENI 2008 : prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts.
- Calendrier vaccinal des adultes (BEH 22 avril 2008 n°16-17 )

# REMERCIEMENTS

- Médecins participants : C. Beck, G. Beck-Wirth, T. Boggenschutz, J-M Dietrich, P. Fender, E. Kammerer, M-J Kubler-Levêque, J-M Meyer, C. Michel, C. Pelissier, J-M Peter, E. Racamier, J-P Robert, F. Ruillier, I. Willemain
- Isabelle Esquer pour le secrétariat et l'aimable harcèlement des participants...
- Les membres de la Commission EPP/FMC du Centre Hospitalier de Mulhouse
- La SFLS pour la diffusion de la démarche, disponible en ligne  
<http://www.sfls.aei.fr/epp/sfls-organisme-agree-epp-experiences.asp>