

## Evaluation des Preuves: Résumé d'une Revue Systématique

### A qui est destiné ce résumé?

Aux Médecins et personnel de santé, aux Administrateurs et Gestionnaires des formations sanitaires, aux Agents de Santé Communautaires et les partenaires impliqués dans la prise en charge des personnes vivant le VIH.

## Délégation des tâches des Médecins aux non-médecins pour l'initiation et le suivi du traitement antirétroviral

### Principales conclusions

- Deux essais qualité modérée démontrent qu'il n'y avait pas de différence sur le nombre de décès ou le nombre de patients perdus de vue à un an lorsque le suivi du traitement antirétroviral est assuré par les Médecins ou bien par les Infirmiers.
- Une étude de cohorte de faible qualité a montré que le nombre de décès ainsi que le nombre de patients perdus de vue sur un an est inférieur dans le groupe traité par le personnel infirmier.
- Il existe des preuves de qualité modérée d'une étude selon laquelle lorsque le traitement antirétroviral est conduit en communauté par le personnel de santé formé, il n'y avait pas de différence sur le nombre de décès ou des perdus de vue par rapport aux soins donnés par des Médecins.

### Contexte

La crise de ressources humaines joue un rôle dans l'accès limité au traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu et intermédiaire. Cela survient surtout dans des localités où la charge de morbidité du VIH est la plus élevée et où l'accès aux Médecins formés est limité. Il serait important de savoir si la délégation des tâches des Médecins aux non-médecins aboutit à la fois à des soins de qualité élevé ainsi qu'à la sécurité des patients nécessitant un traitement antirétroviral.

### Question

Quel est l'effet (en termes de sécurité et d'efficacité) de la délégation des tâches des Médecins aux non-médecins lors de l'initiation et du suivi du traitement antirétroviral ?

**La délégation des tâches des Médecins aux non-médecins pour l'initiation et le suivi du traitement antirétroviral au Cameroun:** La prévalence du VIH au Cameroun est de 4,3%. Le pays souffre d'importantes insuffisances de professionnel de santé avec seulement 1 Médecin pour 9245 habitants. La délégation des tâches peut aider à améliorer l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH.

**Tableau 1 : Résumé de la revue systématique**

	<b>Ce que les auteurs de la revue cherchaient</b>	<b>Ce que les auteurs de la revue ont trouvé</b>
<b>Etudes</b>	Les Essais Contrôlés Randomisés (ECR) et études contrôlées avant et après (ECAA).	Dix études répondaient aux critères d'inclusion. Quatre études étaient des essais contrôlés randomisés, deux des cohortes prospectives, quatre des cohortes rétrospectives.
<b>Participants</b>	Patients infectés par le VIH au moment de l'initiation du traitement. Patients infectés par le VIH sous traitement nécessitant un suivi.	Les participants étaient des patients VIH positifs adultes, à l'initiation et au suivi du traitement antirétroviral.
<b>Interventions</b>	Un modèle de soins qui implique l'initiation ou le maintien du traitement antirétroviral par le personnel de santé autre que les Médecins.	Sept études ont comparé les soins prodigués par des Infirmiers avec ceux des Médecins, une étude a comparé les soins des responsables cliniques (ou non-médecin) aux soins des Médecins, tandis que deux études ont comparé les soins offerts par les agents de santé communautaires formés aux soins des Médecins.
<b>Contrôles</b>	Soins délivrés par un Médecin	Soins délivrés par un Médecin
<b>Résultats</b>	<p><b>Principaux résultats</b> Qualité des soins: décès survenus chez les patients après avoir été considérés comme éligibles au traitement, ou au cours du traitement.</p> <p><b>Résultats secondaires</b></p> <p><b>Clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdu de vue: Toute mesure de rétention comparative entre les populations de l'étude à des périodes après l'intervention telle que définie par les auteurs de l'étude ;</li> <li>• Abandon de traitement: composé de décès et de perdus de vue ;</li> <li>• Durée de l'initiation du traitement antirétroviral ;</li> <li>• Diagnostic de la tuberculose après le début de la prise en charge du VIH ;</li> <li>• Apparition d'une nouvelle maladie définissant le sida (stade 4 du diagnostic de l'Organisation Mondiale de la Santé).</li> </ul> <p><b>Laboratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réponse virologique au traitement antirétroviral (proportion de participants qui atteint ou maintient un niveau prédéfini de suppression de la charge virale, telle que définie par les auteurs de l'étude) ;</li> <li>• Réponse immunologique au traitement antirétroviral (variation moyenne de la concentration de lymphocytes CD4 + par rapport au départ, tel qu'il est exprimé en µl/cells).</li> </ul> <p><b>Coût</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût des soins pour le fournisseur de soins ;</li> <li>• Coût des soins pour le patient et sa famille.</li> </ul> <p><b>Résultats importants attendus des programmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des patients vis-à-vis des soins (défini par les auteurs de l'étude comprenant une analyse qualitative si disponible) ;</li> <li>• Tout impact négatif sur d'autres programmes de soins et sur la prise en charge des patients rapporté par les auteurs.</li> </ul>	<p>Les résultats rapportés étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nombre de patients perdus de vue ;</li> <li>• La diminution de la charge virale ;</li> <li>• Les changements immunologiques - numération des CD4 ;</li> <li>• Le diagnostic de nouveaux cas de tuberculose ;</li> <li>• La satisfaction des patients sur les soins reçus ;</li> <li>• Le temps mis pour l'initiation du traitement antirétroviral ;</li> <li>• Morbidité ;</li> <li>• Mortalité.</li> </ul>
<b>Date searched l'étude la plus récente:</b> 28 Mars 2014.		
<b>Limites:</b> Il s'agit d'une revue systématique de qualité moyenne, AMSTAR =09/11		
<b>Référence:</b> Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD007331. DOI:10.1002/14651858.CD007331.pub3		

## Tableau 2 : Résumé des Résultats

Résultats	Effet mesuré (IC à 95%)	Nombre de participants (études)	Qualité de la preuve GRADE
Décès (ECRs) Suivi: 12 mois	0,96 [0,82-1,12]	2770 (1)	Elevé
Décès (Cohortes) Suivi: 12 mois	1,23 [1,14-1,33]	39160 (2)	Faible
Perdu de vue (ECRs) Suivi: 12 mois	0,73 [0,55-0,97]	2770 (1)	Modéré
Perdu de vue (cohortes) Suivi: 12 mois	0,3 [0,05-1,94]	39156 (2)	Très faible
Décès ou de perdu de vue (ECRs) Suivi: 12 mois	0,89 [0,79-1,01]	2770 (1)	Elevé
Décès ou de perdu de vue (cohortes) Suivi: 12 mois	0,72 [0,48-1,07]	39160 (2)	Très faible

### Applicabilité

Quatre des 10 études ont été menées dans les zones urbaines, péri-urbaines et rurales d'Afrique du Sud, deux ont été menées dans les zones urbaines et rurales d'Ouganda, une en zone urbaine d'Ouganda et du Mozambique, une en zone rurale du Swaziland, et une étude a été menée dans les zones urbaines, périurbaines et rurales d'Ethiopie. Ces résultats peuvent s'appliquer dans d'autres contextes de faibles ressources.

### Conclusions

Il existe des preuves de qualité modérée démontrant que la délégation des tâches des Médecins aux Infirmiers ou des Médecins aux Agents de Santé Communautaires formés sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, n'a pas d'impact négatif sur la qualité des soins, et que cette délégation des tâches pourrait diminuer le nombre de patients perdus de vue suivi par le personnel infirmier formé.

#### Préparée et traduite par

M. Vouking, C.D. Evina, L. Mbuagbaw, P. Ongolo-Zogo: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé Yaoundé, Cameroun. Disponible sur [www.cdbph.org](http://www.cdbph.org)

Août 2014