



Hospitalisation des patients infectés par le V.I.H. : les indicateurs de charge en soins : p. 13.

Le test HémoCCult dans le dépistage des lésions recto-coliques. Résultats de 10 années d'utilisation : p. 14.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Affaires sociales

et de l'Intégration

Direction générale de la Santé

N° 4/1992

27 janvier 1992  
- 7 FEVR 1992

## LE POINT SUR...

### HOSPITALISATION DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE V.I.H. LES INDICATEURS DE CHARGE EN SOINS

L. BONIFASSI \*/\*\*, C. SCHNEEBERGER \*\*\*, R. DEMEULEMEESTER \*\*, M. CALS \*\*\*\*, G. BRUN \*\*

Le développement de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) a modifié sensiblement le fonctionnement des services d'hospitalisation les plus concernés par cette pathologie. L'augmentation importante du nombre de patients séropositifs ou atteints du SIDA a induit une évolution des structures d'accueil et de soins qui se traduit par la création d'alternatives à l'hospitalisation (en particulier les hôpitaux de jour) et le développement de la prise en charge à domicile. De ce fait, seuls les malades qui nécessitent les soins les plus lourds sont toujours pris en charge dans les services médicaux traditionnels, les autres sont traités en mode ambulatoire par ces nouvelles unités de soins.

Cette situation a rendu nécessaire l'évaluation de la charge en soins (temps de soins correspondant à l'activité de personnel soignant) liée à la prise en charge de ces malades afin de disposer des informations indispensables à l'adaptation des moyens requis.

À la suite de travaux réalisés à Nice [1] [2] et à Paris [2], la direction des hôpitaux a lancé une procédure d'étude multicentrique. Elle avait pour objectif de déterminer précisément les besoins en prestations de soins pour faire face à l'hospitalisation des malades, mais aussi de mettre en évidence un indicateur significatif de la charge en soins infirmiers directs, c'est-à-dire centrés sur le patient [3], qui permettrait de prendre en compte cette donnée dans la version 2 du logiciel « D.M.I. » (dossier médico-économique de l'immunodéficience humaine) utilisé par la mission SIDA pour le suivi des activités hospitalières liées à l'épidémie.

#### 1. Matériel et méthode

À la suite d'un appel d'offre lancé par la direction des hôpitaux, l'étude a été réalisée entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 30 novembre 1990 dans 19 centres rattachés à un C.I.S.I.H. (1). Le recueil des données a été coordonné sur chaque site par un cadre infirmier; la coordination de l'étude, le traitement des données et la rédaction du rapport final [4] ont été réalisés au niveau national. Un groupe de pilotage [2] a assuré la logistique du projet, la validation des données et le contrôle du respect du protocole.

Les patients de tout stade, présentant une sérologie V.I.H. positive connue à l'entrée et pour qui la durée de séjour a été supérieure ou égale à 7 jours ont été inclus dans l'étude.

Pour chaque patient, les mesures ont été effectuées sur 3 à 5 journées représentatives de l'hospitalisation (jours 1, 3, 7, 14 et 21 de séjour). Tous les soins directs pratiqués sur ces 5 périodes de 24 heures ont été relevés et quantifiés en temps à l'aide d'une grille d'évaluation de la charge en soins reprenant les données élaborées et validées par le service infirmier des hospices civils de Lyon [5].

D'autres données ont été recherchées : démographiques, sociales, médicales ainsi que l'état clinique du malade (index de Karnofsky) et le stade où il se situe dans les classifications du « C.D.C. » et de « Turner », (ou indice de sévérité clinique basé sur la durée probable de survie du malade - Turner, Kelly and Ball, 1989).

#### 2. Résultats

Les données de 414 séjours ont pu être exploitées.

93,7 % (388/414) des séjours observés concernent des patients au stade I.V. C.D.C. de la maladie; 74,9 % (310/414) présentant un SIDA avéré.

19 % des patients (79/414) ont un Karnofsky moyen, sur l'ensemble du séjour, inférieur ou égal à 30 %, et présentent donc un état clinique très altéré. 41 % (170/414) ont un Karnofsky compris entre 40 % et 50 %; ils nécessitent une aide importante et des soins médicaux lourds. 40 % (165/414) ont un Karnofsky supérieur ou égal à 70 % et sont donc autonomes.

La charge moyenne en soins directs sur un séjour est de 315 minutes par jour. Elle n'évolue pas de façon significative au cours de l'hospitalisation.

#### ● Charge en soins et diagnostics

Aucun lien statistique n'a été retrouvé entre la charge en soins et la classification du C.D.C. et notamment avec les sous-groupes A à E à l'intérieur du groupe IV.

Tableau 1. - Répartition du temps de soins par type de soins et par groupe de diagnostics

Type de soins	Groupe non-SIDA	Groupe infect. Opport.	Groupe Cancers	Groupe Neuro.	Groupe S. Term.
Soins de base	50 min (23,3 %)	81 min (29,8 %)	131 min (33,6 %)	201 min (48,5 %)	423 min (51,5 %)
Soins éducatifs et relationnels	47 min (21,9 %)	55 min (20,2 %)	90 min (23,1 %)	67 min (16,1 %)	125 min (15,2 %)
Soins techniques	111 min (54,8 %)	135 min (50,0 %)	168 min (43,3 %)	146 min (35,4 %)	274 min (33,3 %)
<b>Total</b>	<b>208 min (100 %)</b>	<b>271 min (100 %)</b>	<b>389 min (100 %)</b>	<b>414 min (100 %)</b>	<b>822 min (100 %)</b>
Actes du rôle propre	97 min (45,3 %)	136 min (50,2 %)	221 min (56,8 %)	288 min (64,7 %)	548 min (66,7 %)
Effectif	87	110	41	87	29

\* C.I.S.I.H. du C.H.R.U. de Nice.  
\*\* Mission SIDA, direction des hôpitaux.  
\*\*\* A.P./hôpitaux de Paris.  
\*\*\*\* Direction des hôpitaux.

(1) Voir [4].



La population a été stratifiée en 5 groupes de diagnostics : non-SIDA, infection opportuniste sans trouble neurologique, cancer sans trouble neurologique, troubles neurologiques graves, stade terminal.

La charge en soins journalière moyenne pour ces 5 groupes varie de 214 à 622 minutes ; elle augmente de façon significative avec l'apparition des troubles neurologiques graves ; elle culmine au stade terminal. Le tableau 1 présente la répartition des soins directs dispensés. Ils correspondent aux actes que pratiquent les infirmières dans le cadre de leur fonction. Ils regroupent des actes pratiqués sur prescription médicale (soins techniques) et des actes exécutés en fonction du rôle propre infirmier (soins de base \* et soins relationnels et éducatifs \*\*). La part relative et la quantité absolue des soins relevant du rôle propre de l'infirmier par rapport à l'ensemble des soins augmentent de façon significative ( $p < 0,0001$ ) avec l'aggravation des tableaux cliniques présentés par le malade (de 45,3 % pour le groupe « Non-SIDA » à 66,7 % pour le groupe « Stade terminal »).

● **Charge en soins et classification de Turner**

Les données recueillies ont montré qu'il existe une corrélation ( $r = 0,375$ ,  $p < 0,01$ ) entre la charge en soins journalière moyenne calculée pour chaque séjour et le stade du malade dans la classification de Turner. Cependant, une dispersion importante des données a été observée.

● **Charge en soins et index de Karnofsky**

Une corrélation très étroite ( $r = -0,862$ ,  $p < 0,0001$ ) a été retrouvée entre la charge en soins directs moyenne journalière et l'index de Karnofsky. De même, l'intensité de chacune des composantes des soins directs (soins de base, soins éducatifs et relationnels et soins techniques) est corrélée avec l'état clinique du patient. Les temps de soins directs moyens pour chacune des valeurs de l'indice de Karnofsky sont présentés au tableau 2.

Tableau 2. — Charge en soins et index de Karnofsky

Indice de Karnofsky	Temps de soins de base	Temps de soins relationnels	Temps de soins techniques	Temps de soins Total
	min	min	min	min
10 %	423	125	274	822
20 %	332	107	240	679
30 %	256	96	191	542
40 %	200	74	182	455
50 %	101	64	160	325
60 %	51	53	113	217
70 %	31	43	84	157
80 %	25	37	70	131
90 %	17	20	48	85

3. **Discussion**

La population observée se situe, pour 93,7 % de ses membres au stade IV de la classification du C.D.C. ; le SIDA représente 74,9 % des cas. Ce sont des patients qui, théoriquement, présentent les troubles les plus importants de cette pathologie ; il est donc logique que leur nombre prédomine largement dans les structures d'hospitalisation traditionnelle. Ce taux est peu différent de celui observé lors de l'enquête du 12 décembre 1990 sur la fréquentation hospitalière des patients infectés par V.I.H. [6] dans laquelle le SIDA représentait 70,5 % des cas observés en hospitalisation traditionnelle.

La charge en soins directs est un élément qui paraît stable sur l'ensemble du séjour. Elle augmente parallèlement à l'aggravation de la maladie ; elle est importante lors de la survenue de cancers, elle s'accroît avec l'apparition des troubles neurologiques et elle culmine au stade terminal où la demande de soins est intensive.

La recherche de relations statistiques entre la charge en soins et les classifications et index usuels dans cette pathologie (C.D.C., Turner, Karnofsky) avait pour objectif d'évaluer leur utilisation potentielle comme indicateurs précis de la charge de travail des équipes soignantes. En ce qui concerne la classification du C.D.C., l'absence de relation observée avec les temps de soins ne justifie pas son utilisation dans ce domaine. Pour la classification de Turner, bien qu'elle soit liée à l'intensité des soins, l'importante dispersion constatée dans les résultats de l'étude conduit à la même conclusion. En revanche, la charge en soins directs est très étroitement liée à l'index de Karnofsky ; de même, la structure des soins (soins de base, soins éducatifs et relationnels et soins techniques) est, elle aussi, fortement liée à cet index. De plus, contrairement à la relation « Turner/charge en soins », la dispersion observée est faible. L'état clinique du patient est donc un bon indicateur de la charge de travail des équipes soignantes.

4. **Conclusion**

La charge en soins induite par le V.I.H. est un des problèmes que pose cette pathologie aux pouvoirs publics, aux structures hospitalières et à leurs gestionnaires. Cette étude avait pour objectif de la quantifier et d'en déterminer un indicateur fiable et facilement utilisable ; l'état clinique du patient, traduit par l'index de Karnofsky, peut tenir ce rôle et, à ce titre, son introduction dans le logiciel « DMI-2 » permettra d'intégrer la consommation en soins infirmiers parmi les éléments essentiels du suivi médico-économique de l'épidémie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Charge en soins infirmiers liée à l'hospitalisation des patients V.I.H. + ou sidéens**, L. Bonifassi, C.H.R.U. de Nice, 1989, 43 pages.
- [2] **Les personnes atteintes du syndrome d'immunodéficience acquise. Quelle réponse du service infirmier**. Guide du service infirmier, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité, *Bulletin officiel*, n° 90/17 bis, Paris, 1990, 58 pages.
- [3] **Terminologie des soins infirmiers**. Glossaire provisoire, guide du service infirmier, direction des hôpitaux, *Bulletin officiel* n° 86/21 bis, Paris, 1986.
- [4] **Étude multicentrique de la charge en soins infirmiers liée à l'hospitalisation des patients infectés par le V.I.H.** L. Bonifassi, C. Schneeberger, ministère des Affaires sociales et de la Solidarité. Direction des hôpitaux, mission SIDA, janvier 1991, Paris, 40 pages.
- [5] **Mesure de la charge de travail du personnel soignant**. L. Favrin, *in Informatique et soins infirmiers*, sous la direction de N. Berroyer et L. Dusserre, *Le Centurion*, Paris, 1986.
- [6] **L'hôpital face à l'infection à V.I.H.** Résultats de l'enquête du 12-12-1990 sur la fréquentation hospitalière des patients infectés par le V.I.H. M. Wcislo, C. Jestin, G. Vidal-Trecan. *Informations rapides*, n° 5, juillet 1991. Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, Paris.

(1) Établissements ayant participé à l'étude : C.H.R. de Bordeaux ; C.H.G. de Cayenne ; hôpital Antoine-Béclère de Clamart ; C.H.R. de Dijon, C.H.R. de Grenoble ; C.R.A.C. de Marseille ; C.H.R. de Montpellier ; C.H.R. de Nancy ; C.H.R. de Nice ; hôpital Claude-Bernard, Paris ; hôpital Cochin, Paris ; hôpital Rotschild, Paris ; C.H.R. de Pointe-à-Pitre ; C.H.R. de Rennes ; C.H.R. de Rouen ; C.H.R. de Strasbourg ; C.H.R. de Toulouse ; C.H.G. de Tourcoing.

\* Soins de base : soins en rapport avec l'hygiène et le confort du malade (toilette, alimentation, élimination...).

\*\* Soins éducatifs et relationnels : accueil, information, éducation pour la santé, relation d'aide...

# ENQUÊTE

## LE TEST HÉMOCCULT DANS LE DÉPISTAGE DES LÉSIONS RECTO-COLIQUES RÉSULTATS DE 10 ANNÉES D'UTILISATION

ZUMMER K. \*\*\*, SOUQUES M. \*\*\*

Le cancer colo-rectal est actuellement le cancer le plus fréquent en France, si on considère les 2 sexes ensemble, avec 25 000 nouveaux cas chaque année. Trop souvent découvert à un stade tardif, la survie à 5 ans ne dépasse pas 35 %. Il existe une lésion bénigne : le polype adénomateux ou adénovilieux, dont la dégénérescence possible s'échelonne entre 5 et 10 ans. Ce polype est le siège de saignements microscopiques intermittents que l'on peut découvrir par le test Hémo occult II (1). Le dépistage, puis le traitement de ces polypes constituent donc un moyen de prévention primaire du cancer colo-rectal.

PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DU SERVICE

Le service de prévention et dépistage des tumeurs de la ville de Paris assure 30 consultations spécialisées par semaine (gynécologie, gastro-entérologie, andrologie, urologie, oto-rhino-laryngologie et cancérologie).

Le service assure en moyenne 6 000 consultations par an. La population des consultants se répartit en 85 % de femmes et 15 % d'hommes ; 75 % ont

entre 40 et 69 ans ; l'âge moyen des consultants en 1990 était de 50 ans ; 99 % habitent en Île-de-France. Sur les 1 200 nouveaux consultants en 1990, 7 % étaient adressés par leur médecin traitant, 37 % ont été incités à venir consulter par leur employeur (la ville de Paris), les 56 % restant sont venus spontanément. Plus de 90 % des patients sont asymptomatiques. En 1990, 30 cancers et 101 lésions précancéreuses ont été dépistés ; 308 patients étaient en surveillance après traitement de leur pathologie maligne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 1980, nous avons mis en route dans le service une pratique d'utilisation systématique du test Hémo occult une fois par an. Tous les médecins du

\*\*\* Service de prévention et dépistage des tumeurs de la ville de Paris, médecin-chef K. Zimmer, 44, rue Charles-Moureu, 75013 Paris.

(1) Prévention et biologie : 33, rue de Metz, 94170 Le Perreux.