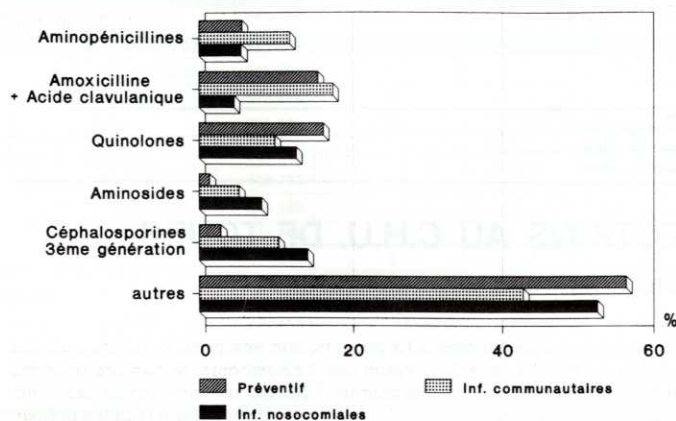


coût journalier des anti-infectieux au C.H.U. était de 30 990 F, en considérant le jour de l'enquête comme représentatif des autres jours de l'année. 3 050 F (10 %) étaient dévolus à l'antibioprophylaxie, 14 470 F (47 %) au traitement des infections communautaires et 13 470 F (43 %) au traitement des infections acquises à l'hôpital.

Figure 2
Répartition des principales classes



DISCUSSION

a. La comparaison des taux de prévalence obtenus dans ce C.H.U. avec ceux rapportés en France ou dans d'autres pays européens est difficile en raison de différences d'ordre méthodologique. Ces différences concernent les critères de définition des infections nosocomiales, le mode de recueil de l'information, le nombre de sites infectieux investigués, le type d'hôpital ou de service étudié, les caractéristiques de la population hospitalière, la prévalence des gestes à risque. Cependant, malgré ces réserves, les résultats obtenus dans cette enquête suggèrent que la prévalence des infections nosocomiales au C.H.U. de Tours est élevée par rapport aux résultats publiés dans le cadre du projet « Hôpital propre » [2].

b. **Implications pour le programme de lutte contre les infections.** Cette étude retrouve les principaux résultats habituels des études de prévalence. Son intérêt réside principalement dans la motivation à un niveau local des équipes soignantes et l'identification des priorités dans les actions de prévention. Ainsi, nous avons justifié la nécessité d'entreprendre une surveillance des pneumopathies et des états septicémiques nosocomiaux et de développer des actions de prévention dans les services de soins intensifs. Enfin, cette étude permet de quantifier les objectifs du programme de prévention des infections nosocomiales de l'établissement et, répétée régulièrement, d'évaluer le degré d'atteinte de ces objectifs.

c. **30 % des sujets hospitalisés recevaient un traitement anti-infectieux.** Cette proportion est comparable aux données d'autres enquêtes de prévalence conduites auparavant au C.H.U. de Tours [3] ou au sein d'autres établissements hospitaliers français [2]. Près de la moitié du coût des anti-infectieux prescrits au C.H.U. peut être attribuée au traitement des infections acquises à l'hôpital. Notre étude montre également que les antibiotiques qui pourraient être actuellement retenus comme indicateurs d'infection nosocomiale dans notre établissement sont les fluoroquinolones et les céphalosporines de 3^e génération.

d. **Estimation du temps consacré à cette étude.** La réalisation de cette enquête a nécessité environ 1 360 heures de travail, dont 21 % pour la préparation, 27 % pour le recueil, le codage et la saisie informatique des données et 52 % pour l'analyse, la présentation et la diffusion des résultats. Au cours des prochaines enquêtes, une réduction de plus de 50 % du temps pourra être réalisée compte tenu de l'expérience acquise.

CONCLUSION

Parmi les activités d'épidémiologie hospitalière, les enquêtes de prévalence ont une place privilégiée en raison de leur approche méthodologique moins lourde que les enquêtes d'incidence. Cependant, leur réalisation et leur interprétation imposent la définition de critères de mesure validés et standardisés qui n'ont pas encore été définis au niveau national.

La réalisation d'enquêtes de prévalence selon les mêmes critères et au cours de la même période de l'année permet d'évaluer grossièrement l'impact des mesures de prévention [4]. Ces enquêtes ne sauraient toutefois remplacer d'autres méthodes d'investigation comme les enquêtes d'incidence dans les services à risque ou pour les infections les plus graves ou les audits d'évaluation des protocoles de prévention ou de prescription d'anti-infectieux.

ENQUÊTE

ÉLÉMENTS DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS DANS LE CADRE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE DES PERSONNES ATTEINTES D'INFECTION À V.I.H.

L. BONIFASSI*, R. DEMELEUMEESTER*, G. BEZ*

Les dispositifs ambulatoires de prise en charge des malades constituent un élément essentiel du système de soins. Le SIDA apporte un éclairage nouveau sur les pratiques et l'utilité de ces structures. Dans ce contexte, la fréquentation de l'hospitalisation à domicile (H.A.D.) progresse sur un rythme annuel supérieur à 50 %. Aussi était-il nécessaire, pour la Mission SIDA de la Direction des hôpitaux, de mieux connaître la clientèle des structures d'H.A.D. ainsi que les prestations qui lui sont fournies et leur coût, cela tant dans un souci organisationnel que d'optimisation budgétaire. Pour cela, une enquête prospective multicentrique a été réalisée auprès de 9 services d'H.A.D. volontaires retenus parmi les plus impliqués dans l'accueil et les soins aux personnes infectées par le V.I.H.

Le présent article a pour objectif de présenter, parmi les résultats de cette étude, ceux concernant les soins infirmiers, il vient en complément des travaux déjà publiés dans cette revue pour l'hospitalisation traditionnelle et de jour.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le recueil d'informations a porté à la fois sur les éléments structurels des services d'H.A.D. (statut, capacité, mode de fonctionnement, tableau des effectifs...) et sur les patients. Pour tous les patients infectés par le V.I.H. et hospitalisés en H.A.D. entre le 15 octobre et le 15 décembre 1991, outre des données générales (données démographiques et cliniques), les informations concernant l'entourage, le logement et les différentes consommations (suivi médical, soins infirmiers, médicaments, biologie, aide au maintien à domicile, matériel de soins...) ont été enregistrées sur toute la durée de chaque séjour.

En ce qui concerne les soins infirmiers, comme pour l'étude réalisée en hospitalisation, les mesures ont été effectuées à des points précis du séjour (jours 1, 3, 7, 14 et 21), sur des périodes de 24 heures consécutives, en utilisant :

- une grille réalisée pour cette étude afin de recueillir le nombre de passages journaliers de soignants au domicile du patient, la qualification de ces soignants et le temps exact passé auprès du malade. Le temps de soins a été évalué, pour chaque passage journalier au domicile du patient, par la différence entre l'heure d'arrivée au domicile et l'heure de départ de chaque soignant. Pour chaque journée d'un séjour, le temps de soins journaliers a été calculé en additionnant le temps de soins de chacun des passages de la journée. Le temps moyen de soins journaliers par séjour correspond à la somme des temps de soins journaliers correspondants divisée par le nombre de journées d'évaluation ;
- la grille de mesure des activités de soins centrées sur le malade, élaborée par le service infirmier des hospices civils de Lyon ; pour cette étude, la grille a été modifiée dans sa forme pour permettre une saisie des actes par passage au domicile. L'analyse des temps de soins en fonction de la nature des soins a été menée à l'aide de cette grille qui a permis de quantifier les soins de base (hygiène, confort...) et les soins techniques (perfusions, aérosols...). La soustraction de ces 2 composantes des soins au temps journalier

* Mission SIDA, Direction des hôpitaux.

** C.I.S.I.H. du C.H.U. de Nice.

de soins a permis le calcul d'une 3^e composante qui apparaîtra dans la suite de cet article sous la dénomination « Soins éducatifs, relationnels et de surveillance » associant les temps de soins éducatifs et relationnels et les temps liés à l'indispensable surveillance des thérapeutiques au domicile (perfusions par exemple);

- l'index de Karnofsky qui traduit l'état clinique du patient.

RÉSULTATS

Les données de 171 séjours provenant de 9 centres ont été reçues, 95,32 % (163/171) des dossiers ont pu être exploités. Les 8 dossiers non retenus n'étaient pas exploitables du fait de données manquantes non récupérables a posteriori. Cette étude a permis d'inclure environ 75 % des patients infectés par le V.I.H. présents en H.A.D. sur la période concernée. Ce taux important ainsi que le mode d'inclusion retenu permettent de penser que la population étudiée constitue un échantillon représentatif de la population générale des patients atteints d'infection à V.I.H. et pris en charge en H.A.D., ce qui autorise la généralisation des résultats, notamment en ce qui concerne les soins infirmiers.

• Description synthétique de la population admise en H.A.D.

D'un âge moyen de 36,5 ans, les personnes infectées par le V.I.H. qui sont accueillies en H.A.D. sont en majorité de sexe masculin sans toutefois qu'il n'apparaisse de différence significative entre cette répartition et celle observée dans la population générale de référence (cas de SIDA déclarés en 1990 et 1991 par les 9 départements concernés). De même, la distribution des modes de contamination est représentative de cette population générale.

La file active V.I.H. de l'H.A.D. est essentiellement constituée de patients au stade de SIDA; 80 % d'entre eux sont admis à l'issue d'un recours hospitalier et plus du 1/3 est réhospitalisé à l'issue de leur séjour en H.A.D. La durée moyenne de séjour est de 31 jours.

Si 35 % des patients V.I.H. admis en H.A.D. sont autonomes (index de Karnofsky ≥ 70 %), 50 % nécessitent une aide importante et des soins médicaux assez lourds et 15 % présentent un état clinique très altéré (Karnofsky ≤ 30 %).

• Les motifs d'hospitalisation à domicile

L'étude des motifs d'hospitalisation retenus par l'H.A.D. laisse apparaître 5 groupes distincts de motifs :

1. Les perfusions de molécules pour le traitement des infections à Cytomégalovirus (C.M.V.); ce groupe représente 55,7 % des séjours.
2. Les autres perfusions : ce groupe représente 14,9 % des séjours et est composé pour moitié par des perfusions d'antibiotiques et pour moitié par les autres perfusions (chimiothérapies, autres anti-infectieux...).
3. L'alimentation entérale ou parentérale (6,1 % des séjours).
4. Les soins en fin de vie (10,4 % des séjours).
5. Les autres traitements sans perfusion (12,9 % des séjours).

• Les soins infirmiers, charge en soins

Interventions au domicile des patients, données générales

Pour les soins infirmiers, les malades admis en H.A.D. bénéficient, à leur domicile, des prestations de 3 catégories de professionnels : infirmières, aides-soignantes et cadres infirmiers. Tous les patients ont reçu des soins exécutés par une infirmière alors que 23,93 % (39/163) ont reçu des soins exécutés par une aide-soignante. L'intervention directe des cadres infirmiers, au domicile, pour la pratique de soins a concerné 9,20 % (15/163) des patients.

Le nombre moyen journalier de passages des soignants au domicile d'un patient est de 1,88. Seuls 12,27 % (20/163) des patients bénéficient de 3 passages ou plus chaque jour.

Charge en soins infirmiers moyenne globale

Le temps de soins journaliers moyen a été évalué à 108 minutes par malade. Ce temps de soins se décompose en 9 minutes de soins de base, 54 minutes de soins éducatifs, relationnels et de surveillance et 45 minutes de soins techniques.

Les soins techniques ainsi que les soins éducatifs, relationnels et de surveillance concernent tous les patients; les soins de base, pour leur part, ne concernent que 23,93 % (39/163) des patients qui bénéficient d'une moyenne journalière de 34 minutes de ces soins.

Charge en soins et état clinique

L'état clinique, traduit par l'index de Karnofsky, apparaît être un élément discriminant pour l'intensité des soins ($p < 0,01$). Les temps de soins moyens évoluent de 82 minutes par jour pour les patients autonomes à 155 minutes pour ceux dont l'état clinique est très altéré. L'influence de l'état clinique est importante sur les soins de base, moyenne sur les soins techniques et faible pour les soins éducatifs, relationnels et de surveillance. L'ensemble des résultats est présenté au tableau 1.

Tableau 1. — Charge en soins et index de Karnofsky

	Temps de soins infirmiers (en minutes)			
	Base	Relations/ Surveillance	Techniques	Total
≤ 30 %	46	57	54	155
40/60 %	7	62	46	114
≥ 70 %	—	42	39	82
Moyenne	10	54	45	108

Charge en soins et motif d'H.A.D.

Les temps de soins à domicile ont été analysés en fonction des groupes de motifs d'hospitalisation décrits au paragraphe « Les motifs d'hospitalisation à domicile »; ils évoluent de 85 minutes par jour pour le groupe « Autres traitements sans perfusion » à 140 minutes par jour pour le groupe « Soins en fin de vie ».

DISCUSSION

Cet article présente une partie des résultats d'une étude analysant l'offre de soins en H.A.D. pour les personnes atteintes d'infection à V.I.H. Ces résultats ne doivent donc pas être interprétés comme étant la traduction des besoins de prise en charge d'une population spécifique.

La quasi-totalité des patients atteints d'infection à V.I.H. et hospitalisés à leur domicile présente un SIDA avéré, ce qui correspond aux résultats observés par l'enquête de fréquentation hospitalière du 11 décembre 1991. Cette situation s'explique par la nécessité, pour ces patients dont l'autonomie est réduite ou en voie de l'être, de bénéficier de prestations médicales et paramédicales alors que dans les stades moins avancés de la maladie le suivi est plus léger et l'autonomie est le plus souvent conservée.

En ce qui concerne l'état clinique des patients, on observe, par rapport aux résultats de l'étude (D.H./D.G.S./A.F.L.S./D.R.A.S.S./D.A.S.S.) sur les problèmes et les besoins de santé, une surreprésentation des patients ayant un Karnofsky ≤ 30 % ainsi que de ceux dont le Karnofsky est compris entre 30 et 70 %. Cependant, la vocation d'une structure d'hospitalisation, en institution ou à domicile, est d'assurer la prise en charge de personnes ayant des problèmes de santé; il est donc normal que les patients présentant une dépendance moyenne ou forte soient plus nombreux dans ces structures que dans la population générale des personnes présentant un SIDA avéré. La distribution est assez proche de celle observée en hospitalisation traditionnelle lors de l'enquête multicentrique sur la charge en soins. Le nombre moyen journalier de passages au domicile de chaque patient est inférieur à 2; il est lié aux activités de soins les plus fréquentes qui sont les soins techniques, essentiellement des perfusions, avec une fréquence journalière de 1 ou 2.

La spécificité de la prise en charge au domicile se traduit par une part relative des temps de surveillance associés aux activités de soins relationnels et éducatifs, plus importante qu'en hospitalisation traditionnelle (50 % du temps journalier de soins en H.A.D. versus 19 % en hospitalisation traditionnelle). Ces temps de surveillance, essentiellement liés à la durée d'une perfusion, dépendent des molécules administrées et donc de la prescription médicale, la réalisation à domicile impose la présence de l'infirmière pendant toute la durée de la perfusion alors qu'en hospitalisation traditionnelle, le regroupement géographique des patients permet à l'infirmière de consacrer une partie de ce temps aux autres malades. Dans ce contexte, on peut émettre l'hypothèse que ces temps de soins à domicile pour un patient donné seraient identiques quelle que soit la structure prestataire : service de soins à domicile, réseau libéral ou H.A.D.

CONCLUSION

Les soins infirmiers constituent un des éléments essentiels de la prise en charge à domicile de patients atteints d'infection à V.I.H. En hospitalisation à domicile, l'intensité de ces soins est liée à l'état clinique des patients mais se situe à un niveau sensiblement inférieur à ce qui a pu être observé lors des séjours en institution. Cette différence est une des causes d'un coût de prise en charge moins élevé en H.A.D. alors que, par ailleurs, l'hôpital se voit dans l'obligation d'assurer un certain nombre de prestations qui sont généralement assurées, au domicile, par le malade ou son entourage.

Ces résultats concernant l'offre de soins en H.A.D. sont actuellement complétés par une enquête sur les besoins en matière de structures de suites d'hospitalisation. Elle permettra d'observer le niveau d'adéquation entre l'offre actuelle et les besoins réels des patients.

CENTRES PARTICIPANTS :

Hôpital à domicile (Bagnole), Fondation Bagatelle (Talence), H.A.D. du C.H.U. de Grenoble, Soins et Santé (Caluire), H.A.D. de Nantes et région, H.A.D. de Nice et région, H.A.D. de l'A.P./H.P., Santé et Solidarité du Var (Toulon), H.A.D. du C.H.U. de Toulouse.

Les auteurs remercient, pour l'aide qu'ils leur ont apportée dans la réalisation de cette étude : J. Hédaya, M. Lang, E. Bardonnèche, P. Perillat, F. Meissan, J. Rateau, M. Diala, S. Azzarello, J. Cassard, I. Manent, C. Schneeberger, C. Pradier, P. Dellamonica, B. Pueyo, J. F. Delfrayssy, J. Durant, M. Legrand, C. Gisbert, C. Senesi.