

Zusammenfassung**Leistungen von Gesundheitsschwestern nach Patientenalter**

Vorliegende Arbeit befasst sich in deskriptiver Weise, unter Beachtung des Alters des Patienten (41 bis 100 Jahre), mit den Angaben von 130 Gemeindeschwestern über ihre Tätigkeit in den Schweizer Kantonen Waadt und Freiburg (Gesamtbevölkerung 700 000 Einwohner). Es wurden alle Kontakte der Schwester mit Patienten während einer Woche registriert. Mit zunehmendem Alter stellt man vermehrte, meist von den Familien (eher als von der kranken Person selbst) erbetene Hausbesuche, mit Grundpflege (Hygiene, Mobilisation) als vorwiegenden Grund für die Behandlung fest. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Anzahl Grundpflegeleistungen sowie von gewissen technischen Leistungen wie Harnblasenpflege zu.

Demgegenüber nehmen andere technische Leistungen, wie Spritzen und Blutentnahmen, mit ansteigendem Alter ab, wie auch die Häufigkeit der Besuche, nach dem gegenwärtigen Kontakt keine Kontrolle vorzusehen.

Folgende Charakteristiken sind bei den fünf in die Betrachtung einbezogenen Altersgruppen ähnlich häufig: die Anforderung der Pflege durch einen Arzt oder ein Krankenhaus, der Bedarf nach technischen Leistungen als Hauptgrund für die Versorgung, die meisten sogenannten «Hilfs-, Früherkennungs- und Vorbeugungsleistungen» sowie die Überweisungen an den behandelnden Arzt. Die Arbeit gibt eine erste Übersicht über die festgestellten Tendenzen, die in anderen Studien eingehender untersucht werden sollen.

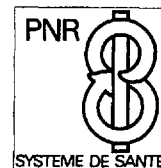
Summary**Variations in Public Health Nursing Care According to Patient Age**

This is a descriptive presentation according to patient age (between 41 and 100 years of age) of data collected during an activity study among 130 public health nurses in two Swiss cantons (total population 700,000). Are increasing with age the proportions of home visits (as compared with health center visits), of requests for care coming from the family (rather than the patient), of basic nursing care (hygiene, mobilization) as the major motive for the care request, the number of basic care acts performed and of technical acts such as bladder care (catheter, instillation).

Conversely, characteristics the frequency of which decreases with age are for example some technical acts such as injections and taking of blood samples, and proportion of visits after which no control is planned.

Elements for which proportions remain similar across the five age groups considered include initial care request by a physician or a hospital, technical nursing acts as the major reason for the request, most of the activities called "help, detection/case study and prevention", and the referral rate to a physician. These results represent a general picture of the observed trends, which will be studied in detail elsewhere.

Structure du temps de travail des infirmières de santé publique: effets de l'âge des patients, de la nature des prestations fournies et du lieu du contact



F. Paccaud et J. Martin¹

Introduction

Dans les pays industrialisés, la place des soins infirmiers de santé publique est l'objet d'un débat d'importance [2, 3, 5, 10]. De larges milieux réclament leur extension, en particulier à l'intention des personnes

âgées [3, 6]. Il s'agit surtout d'une option sociale, dans la mesure où le bénéfice escompté le plus évident est le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel. De plus, certaines études récentes montrent que la substitution partielle que les soins infirmiers ambulatoires peuvent opérer à l'égard de l'hospitalisation est une solution financièrement avantageuse (pour la Suisse, voir [8]). Cependant, les décideurs et, en particulier, les organismes payeurs hésitent encore à s'engager dans cette voie qui, à plusieurs égards, reste une terre inconnue.

Une récente enquête permet d'éclairer quelques points relatifs à la formation et à l'emploi du temps de travail des infirmières de santé publique dans leur pratique quotidienne – ce temps de travail étant la composante majeure des soins infirmiers de santé publique.

¹ Communication du Projet PNR 8 «Soins ambulatoires» du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Crédit N° 4.356.0.79.08).

Le D^r Paccaud était le «manager» du projet et est actuellement chef du Service de la statistique sanitaire de l'Office fédéral de la statistique, Hallwylstrasse 15, 3003 Berne. Le D^r Martin, requérant responsable du projet, est médecin cantonal adjoint au Service de la santé publique du canton de Vaud.

Adresse: Projet PNR 8, Service de la santé publique, Cité-Devant 11, 1005 Lausanne.

Les abréviations suivantes sont utilisées dans le corps de cet article à propos des contacts/consultations des infirmières de santé publique (ISP) avec des patients:

- DC: durée du contact proprement dit
- DD: durée du déplacement précédant le contact
- DTC: durée totale par contact (addition des deux précédentes)

Matériel et méthode

Nos données proviennent d'une enquête effectuée en mars 1981 auprès de 130 infirmières de santé publique (abrégées ISP dans ce qui suit) des cantons de Vaud et

Fribourg, Suisse. Durant une semaine d'activité, chacune des participantes enregistrait tous ses contacts avec des patients individuels (pas les activités avec des groupes ou organismes divers), en notant un certain nombre d'indications standardisées [7]. L'unité d'enregistrement est donc le *contact* (et non pas le patient); l'anonymat du relevé (quant au patient) ne permet pas d'analyser quel a été le nombre de contacts par patient (l'instrument de relevé utilisé est reproduit dans la publication [1]).

Dans le travail ci-dessous, la principale variable d'intérêt est le temps de travail de l'ISP consacré au patient. La *durée totale par contact (DTC)* est obtenue en additionnant la *durée du contact proprement dit (DC)* à la *durée du déplacement (DD)*. Cette dernière concerne en général un déplacement entre deux contacts. Par convention, cette analyse impute à un contact donné la DD précédant ce contact; cette convention, déterminée par le mode d'enregistrement, implique qu'on interprète la DD pour des groupes de contacts suffisamment grands, pour pouvoir considérer que les DD d'une série de contacts concernent à la fois le premier déplacement long (contact initial dans un immeuble par exemple) et les déplacements courts qui suivent (contacts subséquents, dans le même immeuble, quartier ou village).

Les durées (DD et DC) étaient enregistrées en minutes. Comme de coutume avec ce type de relevé, on constate une forte attraction pour les multiples de 5 (77% des mentions de DC sont des multiples de 5 pour les durées entre 1 et 260 minutes, et 60% pour les durées entre 1 et 30 minutes). Cette «discrétisation» d'une variable continue est méthodologiquement gênante, bien qu'elle ait ici peu d'importance: toutes les analyses présentées dans cet article ont été conduites en utilisant trois modes de regroupement des durées (durée en minutes et regroupements par classes de 5 minutes avec soit un regroupement ascendant, soit descendant) et montrent une robustesse des résultats par rapport à ces modes de regroupement.

Quoi qu'il en soit, les résultats sont présentés sous forme de tableaux ventilant des sommes de durées par classe d'âge, et des tests de tendance fondés sur une régression classique entre durée et âge (en données non groupées); chaque régression a fait l'objet d'un contrôle graphique de la normalité des résidus.

On rappellera ici deux limites d'interprétation qu'il convient de garder en mémoire:

- Tous les contacts proviennent d'une enquête ponctuelle et à un moment particulier de l'année. Bien que les patients concernés par les soins des ISP souffrent essentiellement de pathologies chroniques, on ne peut exclure un impact saisonnier sur la structure du temps de travail des infirmières. En particulier, la forte épidémie de grippe enregistrée en février 1981 [9] a pu avoir des conséquences sur l'état de santé de patients chroniques, par exemple en péjorant temporairement leur état de santé (le recueil des données a été fait entre le 2 et le 16 mars 1981 selon les cantons). Cette circonstance épidé-

miologique introduirait un biais dans nos résultats si son effet est différemment distribué parmi les âges des patients et/ou parmi les autres variables considérées.

- Chacune des fiches de contact collectait une soixantaine d'informations et, pour chacune des informations, le taux de non-réponse varie entre 5 et 10%; si ce résultat est globalement favorable, il crée rapidement des difficultés lorsqu'on croise deux ou trois indications pour former des sous-populations, puisque cela fait augmenter le taux de non-réponse et réduit d'autant le nombre de contacts utilisables. D'une façon générale, toutes les analyses présentées ci-dessous ont été précédées d'un contrôle concernant la répartition des non-réponses: ces contrôles ne donnent aucun argument pour une interaction entre les non-réponses et les sous-populations d'intérêt. Un tel contrôle indirect est néanmoins une garantie fragile.

Résultats

Durant la période de l'enquête, les 3715 contacts concernant les patients âgés de 41 à 99 ans ont représenté un total estimé à 1771 heures de contacts (DC) et 529 heures de déplacement (DD). Cette répartition du temps de travail des ISP (77%–23%) correspond bien à l'estimation, indépendante et méthodologiquement différente, faite dans le cadre

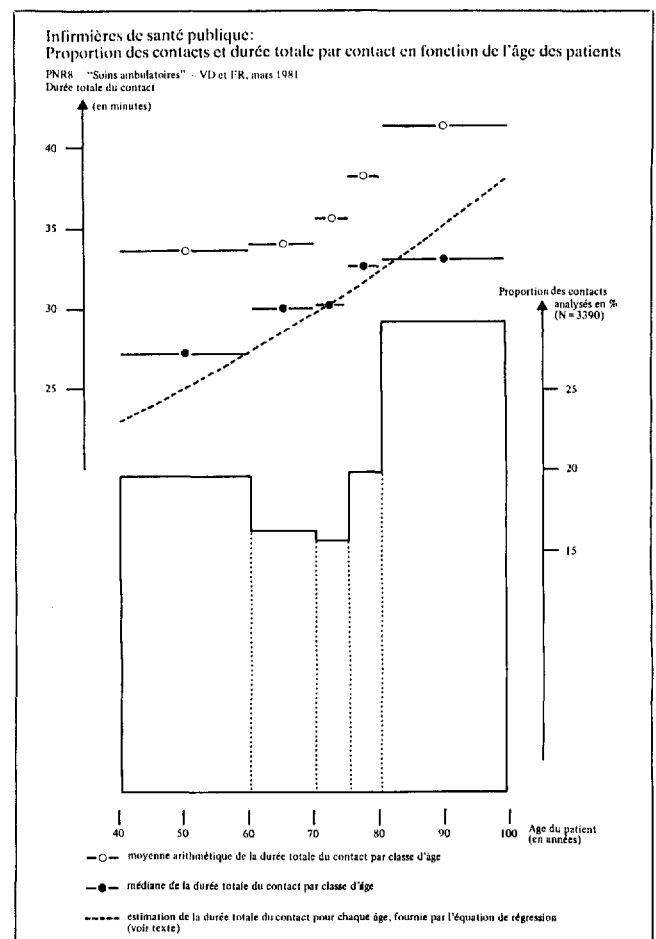


Fig. 1.

Age des patients (ans)	41-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	41-95	
Nombre de contacts (%)	19,8	7,1	9,2	15,7	20,0	16,0	9,2	3,0	100,0	Test de tendance ² $r = .151$ ($N = 3349$) ¹ $(p < .001)$ $r = .144$ ($N = 2063$ heures) $(p < .001)$ $r = .112$ ($N = 1589$ heures) $(p < .001)$
Durée totale par contact (DTC) ³	95	86	97	96	104	114	102	117	100	
Durée du contact (DC) ³	89	83	99	96	106	113	103	117	100	
Durée du déplacement (DD) ³	95	92	88	97	99	118	98	120	100	

¹ 3615 contacts concernaient des patients entre 41 et 95 ans, dont 7,4 % ne comportaient aucune indication sur la DC et/ou la DD.

² Utilise une régression du logarithme népérien des durées par l'âge du patient, en années non groupées.

³ Les chiffres portés sur ces lignes sont des indices (voir texte).

Tabl. 1. Nombre et durée de l'ensemble des contacts en fonction de l'âge des patients Soins infirmiers de santé publique – Vaud et Fribourg, mars 1981

d'une étude particulière du Centre lausannois des soins à domicile².

La durée totale par contact (DTC) était, en moyenne, de 37 minutes (médiane: 32 minutes). La figure 1 montre, outre la répartition des contacts, la progression de trois estimateurs de la tendance centrale (moyenne, médiane et estimations procédant d'une régression³ en fonction de l'âge). Cette progression est faible et les durées varient beaucoup à l'intérieur d'une

même classe d'âge (les coefficients de variations des DTC moyennes sont d'environ 60 %), mais elle est bien réelle. La comparaison de la progression des moyennes et des médianes suggère que ce sont surtout les très longs contacts dont la proportion augmente avec l'âge.

Le tableau 1 reprend ces données en les ventilant selon une partition quinquennale des âges entre 61 et 95 ans et en excluant donc les contacts au-delà de 95 ans (qui sont rares et, à tous égards, particuliers); ce tableau distingue par ailleurs l'évolution des deux composantes de la DTC, à savoir la durée du contact proprement dit (DC) et la durée du déplacement (DD); pour la commodité de la lecture, les proportions horizontales se rapportant à la DTC, à la DC et à la DD sont exprimées sous forme d'indices (les dénominateurs correspondant à la répartition du nombre de contacts en fonction de l'âge).

Ce tableau montre que la progression de la DTC est imputable aussi bien à la DC qu'à la DD; c'est ce que confirme le test de tendance utilisé.

La DD est principalement liée au lieu et à la forme du

² Dans l'étude du CLSAD, on a effectué un minutage de 29 jours d'activité des infirmières entre 1977 et 1980. La répartition du «budget-temps» total des ISP était la suivante: temps de contacts: 37 %; déplacements: 13 %; administration: 26,5 %; colloques, formation, autres: 23,5 % (Communication personnelle de G. Stucki, à paraître in: L. Ramel, C. Willa et P. Gilliland, Soins à domicile, Editions Réalités sociales, Lausanne). Le temps consacré aux déplacements correspond donc aussi à un tiers du temps des contacts.

³ Cette équation utilise la transformée népérienne de la DTC comme variable dépendante et l'âge du patient (en années non groupées) comme variable indépendante. Ses paramètres, tous hautement significatifs, sont les suivants: corrélation (r): .163; valeur à l'origine (a): 2.79; pente (b): .00856.

	Nombre des contacts		Durée totale par contact (DTC)		Durée du contact proprement dit (DC)	
	(%)	(ensemble des contacts)	Moyenne (minutes) et CV ³	Médiane (minutes)	Moyenne (minutes) et CV ³	Médiane (minutes)
Domicile	83,4	89,6	40 (59 %)	35	30 (65 %)	25
Etablissement médico-social/home	1,3	1,5	42 (51 %)	36	30 (58 %)	30
Centre médico-social/ local professionnel	10,1	4,8	17 (82 %)	15	15 (76 %)	15
Contact téléphonique	2,6	1,2	17 (109 %)	10	15 (109 %)	10
Autres ¹	2,5	3,0	43 (100 %)	30	29 (96 %)	20
Ensemble	100,0	100,0				
	(N = 3116 contacts)		(N = 1918 heures)			

¹ Concernent les visites en hôpital, au lieu de travail du patient, dans la rue, et les transports de patients.

² Sur le total de 3349 contacts indiqué au tableau 1, 7,0 % ne comportaient pas de mention du lieu de contact.

³ Coefficient de variation.

Tabl. 2. Nombre et durée des contacts (DTC et DC) selon le lieu et la forme du contact Soins infirmiers de santé publique – Vaud et Fribourg, mars 1981

Age des patients (ans)	41-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	41-95	
Nombre de contacts (%)	17,2	6,4	9,1	16,3	21,8	15,8	10,8	3,2	100,0	Test de tendance ² $r = .065$
Durée totale par contact (DTC) ³	99	89	99	93	98	113	94	113	100	
Durée du contact (DC) ³	96	86	102	93	100	113	96	113	100	(N = 1719 heures) $r = .086$
Durée du déplacement (DD) ³	111	100	89	92	93	113	89	116	100	(N = 1313 heures) $r = .025$
										(N = 406 heures) $p = .202$

¹ Ceux-ci représentent 77,6% des contacts entre 41 et 95 ans (cf. tabl. 1) et 83,4% des contacts pour lesquels le lieu du contact est connu (cf. tabl. 2)

² Utilise une régression du logarithme népérien des durées par l'âge du patient, en années non groupées.

³ Les chiffres portés sur ces lignes sont des indices (voir texte).

Tabl. 3. Nombre et durée des contacts à domicile en fonction de l'âge du patient Soins infirmiers de santé publique – Vaud et Fribourg, mars 1981

contact, également enregistrés dans notre enquête. Le tableau 2 rapporte la répartition du nombre et des durées des contacts pour quatre formes de contact. Il montre d'une part que les contacts à domicile représentent une large majorité de l'activité des ISP et que, d'autre part, les durées de contact sont plus élevées pour les patients vus à domicile et en EMS/home que pour les autres formes de visites; il n'est pas sans intérêt de relever que les durées du contact proprement dit (DC) sont plus longues lorsqu'il y a déplacement de l'ISP que lorsqu'il y a un déplacement du patient (contact dans centre médico-social ou local professionnel de l'ISP); comme on le verra plus loin, cela est principalement dû à une différence de nature des soins fournis.

D'une façon générale, les formes de contact impliquant un déplacement de la part de l'ISP (domicile, EMS/home) deviennent de plus en plus fréquentes avec l'augmentation de l'âge du patient, au détriment des contacts où elle ne se déplace pas (centre médico-social/local professionnel, téléphone). Seules les données concernant les contacts à domicile sont suffisamment nombreuses pour être analysées. Leur répartition en fonction de l'âge du patient est présentée au tableau 3. Ce tableau distingue, sous forme d'indices comme précédemment, l'évolution de la DTC, de la DC et de la DD (dénominateurs correspondant à la répartition des contacts à domicile selon l'âge). Il n'y a plus de progression décelable de la DD avec l'âge; en revanche, la DC des contacts à domicile continue à augmenter avec l'âge du patient, plus faiblement qu'auparavant.

Plusieurs analyses ont été conduites pour examiner si cette relation entre âge du patient et DC était attribuable à un artefact. Le soupçon le plus sérieux concernait l'effet des régions⁴, parce que les contacts, leurs durées (DC) et les âges des patients étaient différemment répartis parmi ces régions. En fait, une analyse des variances résiduelles montre d'une part que l'âge

continue d'agir sur la DC après contrôle de l'effet régional et, d'autre part, que la forme de la relation entre âge et DC est similaire d'une région à l'autre (ces résultats ne sont pas présentés ici, mais sont disponibles auprès des auteurs).

Pour expliquer l'origine de cet allongement de la DC avec l'âge, la nature des prestations fournies par les ISP est prise en considération. Le tableau 4 présente le nombre et la durée du contact proprement dit (DC) associés à trois groupes de contacts à domicile, selon qu'ils ont donné lieu à une prestation technique seule, une prestation de soins de base seule ou des prestations techniques et de base simultanément (les types de soins concernés sont détaillés dans l'Annexe I)⁵. Ce tableau fait clairement apparaître l'influence détermi-

⁵ 8,4% des 2599 contacts à domicile (tabl. 3) portaient la mention d'autres prestations seulement, à savoir des activités de dépistage, prévention, supervision. Ces prestations n'ont pas été analysées ici.

	Nombre de contacts (%)	Durée des contacts (DC)		
		(%) (ensemble des contacts)	Moyenne (minutes) et CV ¹ (%)	Médiane (minutes)
Soins techniques uniquement	69,9	55,6	23 (66%)	20
Soins de base uniquement	15,0	21,4	42 (48%)	40
Soins techniques et soins de base simultanément	15,1	23,0	45 (54%)	40
Ensemble	100,0 (N = 2381 contacts)	100,0 (N = 1171 heures)		

¹ Coefficient de variation.

Tabl. 4. Nombre et durée (DC) des contacts à domicile selon la nature des prestations Soins infirmiers de santé publique – Vaud et Fribourg, mars 1981

⁴ A savoir les 11 zones et demi-zones sanitaires vaudoises et les 7 districts fribourgeois.

nante des soins de base sur la DC puisque, seuls ou associés à un soin technique, ils doublent la durée du contact.

Le *tableau 5* présente la répartition du nombre de contacts et la DC en fonction de l'âge du patient et selon la nature des prestations fournies par les ISP. L'indice du nombre de contacts (dénominateur: proportion du nombre de contacts toutes prestations techniques et/ou de base confondues) montre la diminution des soins techniques seuls avec l'âge; elle n'est claire en fait qu'après 80 ans. S'il n'y a pas de relation nette entre l'âge du patient et les soins de base seuls, la progression est en revanche spectaculaire pour le nombre de contacts concernant simultanément soins techniques et soins de base.

La partie inférieure du même *tableau 5* présente l'évolution de la DC en fonction de l'âge du patient pour chacune des prestations, également sous forme d'indice (dénominateur: répartition des contacts selon le type de soins homologues). La DC concernant les soins de base (seuls ou simultanément à un soin technique) n'a pas de relation claire avec l'âge. En revanche, la durée des contacts mentionnant un soin technique seul augmente avec l'âge; une analyse séparée (non présentée ici) montre que la raison probable de ce phénomène est la diminution progressive des soins techniques «courts» (injection, prise de sang, etc.), remplacés par des soins techniques «longs» (lavages vésicaux, soins de sonde, etc.).

Discussion

Les analyses présentées ci-dessus suggèrent donc une relation entre l'âge du patient et la durée totale par contact (DTC), selon un schéma présenté au *tableau 6*:

- l'âge agit sur la nature des prestations fournies et sur le lieu du contact
- la nature des prestations fournies par les infirmières

de santé publique agit sur la durée du contact proprement dit

- le lieu du contact agit sur la durée du déplacement.

Les relations entre les différents éléments de ce «modèle» explicatif ne peuvent être aisément chiffrées à l'aide de nos données. Et leurs limites à la fois en nombre et en qualité (cf. «Matériel et méthode» ci-dessus) découragent d'engager l'effort non négligeable de quantifier ces interrelations⁶. En l'état toutefois, ces résultats apportent plusieurs indications sur un domaine encore mal connu, et qui méritent d'être relevées:

1. Les premières remarques concernent la structure du «budget-temps» des ISP; sur la base de nos données, on peut estimer que 100 contacts à domicile (80 à 90% de l'activité des ISP au contact de patients) nécessitent quelque 60 heures de travail pour des patients entre 61 et 75 ans, et 68 heures pour des patients entre 76 et 90 ans. Dans ces deux groupes d'âge, un quart du temps de travail environ est consacré aux déplacements de l'ISP et un autre quart est absorbé par des soins de base uniquement (c'est un peu moins d'un quart entre 61 et 75 ans, un peu plus d'un quart entre 76 et 90 ans).

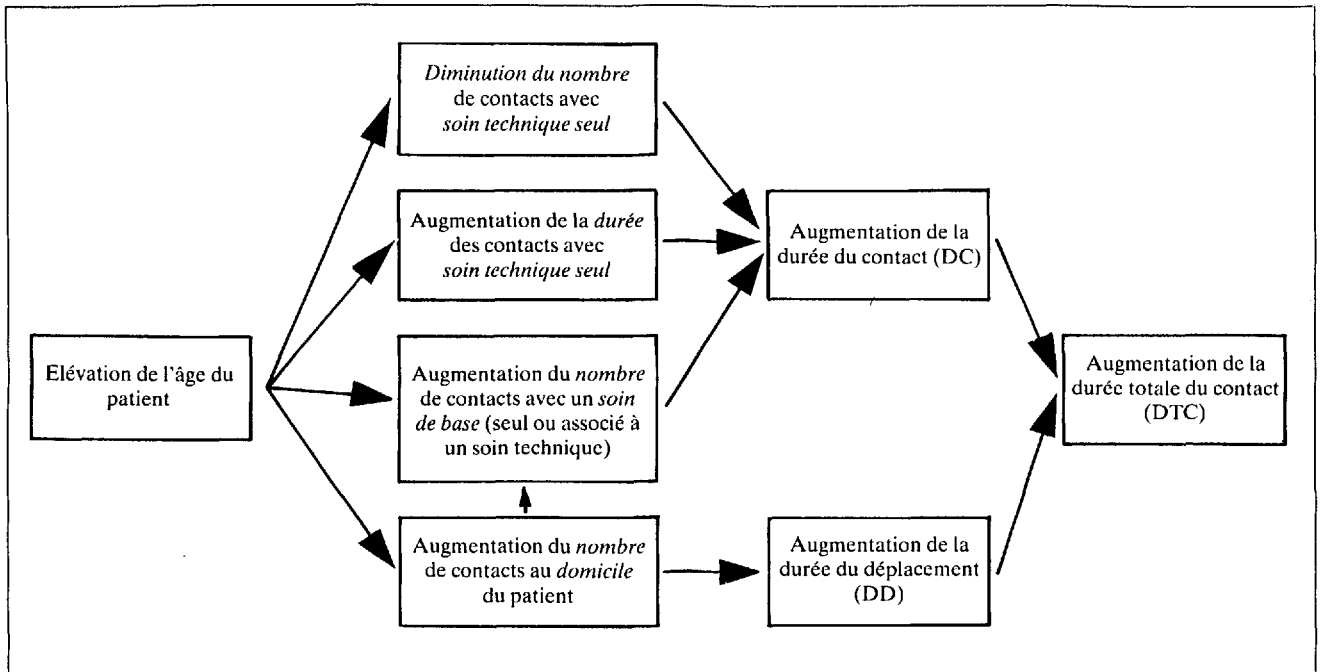
Cette répartition mérite d'être gardée en mémoire à plusieurs égards. Elle rappelle que le financement des soins infirmiers ambulatoires sert aussi à payer du temps «mort» (le déplacement) ou du temps consacré à des tâches non spécifiques à la profession (soins de base). Si cette constatation conforte les appréhensions des organismes payeurs (caisses-maladie en particulier; cf. [4]), il faut relever que des estimations comparables n'ont à notre connaissance pas été faites à

⁶ La principale difficulté méthodologique est, comme le montrent les *tableaux 1 à 6*, que les relations entre les variables ne sont pas toutes linéaires et qu'il existe des interactions entre les éléments.

Age des patients (ans)	41-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	41-95	
<i>Nombre de contacts</i>										
Soins techniques seulement ¹	109	108	108	96	104	94	87	79	100 (N = 1665)	
Soins de base seulement	108	73	83	122	78	105	126	94	100 (N = 357)	
Soins techniques et de base simultanément	51	85	85	96	103	126	131	203	100 (N = 359)	
Ensemble (%)	16,8	6,6	9,2	16,5	21,9	15,5	10,2	3,3	100,0 (N = 2381)	Test de tendance
<i>Durée des contacts (DC)</i>										
Soins techniques seulement	93	85	104	97	104	108	103	104	100 (N = 651 heures)	r = .102 p < .001
Soins de base seulement	108	117	91	85	105	107	99	84	100 (N = 251 heures)	r = .049 p = .354
Soins techniques et soins de base simultanément	93	93	112	90	105	105	91	106	100 (N = 269 heures)	r = .043 p = .417

¹ Les chiffres de ce tableau (sauf la ligne «Ensemble») correspondent à des indices (voir texte).

Tabl. 5. Nombre et durée des contacts à domicile en fonction de l'âge du patient et selon la nature des prestations fournies
Soins infirmiers de santé publique – Vaud et Fribourg, mars 1981



Tabl. 6. Schéma des relations entre l'âge du patient et la durée totale du contact

propos du «budget-temps» des infirmières hospitalières (en particulier en ce qui concerne des patients âgés hospitalisés).

Ces résultats montrent aussi que le vieillissement encore accru de la population, qui est prévisible, devrait augmenter à la fois la charge de travail des infirmiers et la part «non spécialisée» des soins.

2. Une seconde remarque concerne la *substitution des personnels*. Bien que les soins de base aient une influence déterminante sur la durée du contact, ils constituent rarement le motif unique d'un contact (environ 15%, cf. tabl. 4) et cette proportion n'augmente pas avec l'âge. Il y a donc peu à espérer d'une délégation des prestations de base à du personnel moins qualifié que les ISP en vue d'économiser le temps de ces dernières. Il n'est d'ailleurs pas sûr que cette distinction (soins de base et soins techniques) soit très pertinente, à la fois d'un point de vue opérationnel et du point de vue de la relation entre infirmière et patient dans sa totalité.

Ces résultats ne s'adressent, à l'évidence, qu'à une partie des questions auxquelles il faut répondre pour décider de l'implantation, de la structure et du mode de fonctionnement d'un service de soins infirmiers ambulatoires. Il paraît cependant important, dans le contexte du débat actuel, de les livrer à la considération des responsables concernés à différents niveaux.

Bibliographie

- [1] Equipe de recherche du Projet PNR 8 «Soins ambulatoires». Les infirmières de santé publique des cantons de Vaud et Fribourg au contact de leurs patients, Soins infirmiers (Berne), N° 9, septembre 1982, 35-41.
- [2] Gilliland, P. (réd.), Soins à domicile - L'étude du Centre lausannois (CLSAD) (sept articles), Les cahiers médico-sociaux 25, N° 1, 1-64 (1981).

- [3] Gilliland, P. (dir. publ.), Vieillir aujourd'hui et demain, Editions Réalités sociales, Lausanne, 1982.
- [4] Ginobbi, V., Attitude des caisses-maladie à l'égard des soins à domicile, Cahiers d'étude du CLSAD (avenue Vinet 30, 1004 Lausanne), mai 1980.
- [5] Jeanneret, M. L. (réd.), Les soins infirmiers à domicile, Les cahiers médico-sociaux 23, N° 1, 1-79 (1979).
- [6] Martin, J., La prise en charge à domicile des personnes âgées malades, Bulletin des médecins suisses 63, 222-230 (1982) (aussi publié dans Gilliland P. [2], 67-91 (1982)).
- [7] Martin, J., et coll., Soins infirmiers de santé publique dans les cantons de Vaud et de Fribourg - Méthode et résultats d'une étude d'activité en collaboration avec les services principaux de soins à domicile. Annexe G du Rapport final au Fonds national du Projet PNR 8 «Soins ambulatoires» (Crédit FN 4.356.0.79.08), 71 p., juillet 1982.
- [8] Schaub, C., Stucki, G., Coût des soins à domicile, un rapport de un à trois, in Gilliland, P. [2], 407-412 (1982).
- [9] Sektion übertragbarer Krankheiten des BAG. Grippe, Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen (Bern). N° 35, 464-468, 9. 9. 1982 (deutscher Text); N° 36, 480-484, 16. 9. 1982 (texte français).
- [10] Spitexbericht 1980. Spitalexterne Krankenpflege und Gesundheitspflege im Kanton Zürich. Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich, 1980.

Résumé

Les contacts avec des malades qu'ont eus 130 infirmières de santé publique (ISP) des cantons de Vaud et Fribourg pendant une semaine d'activité ont été analysés en fonction de l'âge des patients, de la nature des soins (techniques, de base, ou les deux types simultanément) et du lieu du contact. On a distingué la durée du contact proprement dit (DC), la durée du déplacement précédant le contact (DD) et la durée totale par contact (DTC - addition des deux précédentes). Il a d'abord été noté que les trois types de durée augmentent avec l'âge du patient de manière significative (pour la DD, cela est expliqué par la plus grande proportion de visites à domicile).

Analysées selon la nature des prestations, nos données montrent que la présence d'un soin de base (seul ou associé à un soin technique) double la durée du contact (de 20 à 42-45 min). L'examen de la nature des prestations par classe d'âge montre à l'âge avancé (au-delà de 80 ans surtout) une forte augmentation des contacts où il y a

simultanément les deux types de soins. Par contre, les durées du contact proprement dit ne montrent d'augmentation significative avec l'âge que pour le groupe «soins techniques seuls», et ceci parce que les plus vieux demandent des soins techniques plus complexes. Un modèle des relations entre l'âge du patient et la durée du contact est proposé.

Zusammenfassung

Struktur der Arbeitszeit der Gemeindeschwestern:

Auswirkungen des Alters der Patienten, der Art der geleisteten Pflege und des Ortes des Kontakts

Im Rahmen der Forschung über die Gesundheitsdienste und mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung wurde eine Studie über die Tätigkeit der grossen Mehrheit der in den Schweizer Kantonen Waadt und Freiburg (Gesamtbevölkerung 700000 Einwohner) arbeitenden Gemeindeschwestern unternommen. Während einer Woche sammelten 130 Krankenschwestern, anhand eines speziell bezeichneten Instruments, Daten über 4165 Patientenbesuche. Bei der Studie über die Dauer der Kontakte wurde zwischen der Dauer des Kontaktes selbst (DC), der Dauer der dem Kontakt vorausgehenden Hinreise (DD) und der mit dem Kontakt zusammenhängenden Gesamtdauer (DTC – Zusammenzählung der beiden ersten) unterschieden. Es wurde festgestellt, dass alle drei mit zunehmendem Alter des Patienten in signifikanter Weise ansteigen. (Was die Hinreisezeit anbetrifft, erklärt sich dies dadurch, dass bei älteren Altersklassen der Anteil der Besuche am Wohnort im Vergleich zu den Besuchen in einem Gesundheitszentrum höher liegt.) Die Dauer der Kontakte selbst (ohne Hinreise) ist bei Besuchen am Wohnort und in Altersheimen länger als bei der Betreuung in einem Gesundheitszentrum.

Grundpflegeleistungen (allein oder in Verbindung mit technischen Leistungen) verdoppeln die Dauer des Kontakts (von 20 Minuten auf 42 bis 45 Minuten). Bei fortgeschrittenem Alter (insbesondere über 80 Jahre) nehmen die Besuche, bei welchen beide Arten Pflege durchgeführt werden, in bedeutendem Ausmass zu. Die Dauer der Kontakte ist jedoch lediglich für die Gruppe mit «nur technischen Leistungen» signifikant erhöht. Dies ist dadurch bedingt, dass ältere Patienten schwierigere technische Leistungen erfordern (beispielsweise Harnblasenpflege im Vergleich zu einfacheren Leistungen wie Spritzen). Die vermehrte Inanspruchnahme der Arbeitszeit von Gemeindeschwestern durch ältere Personen erklärt sich somit durch die Zunahme des Anteils der Besuche am Wohnort sowie durch die vermehrte Beanspruchung von Grundpflege und schwierigeren technischen Leistungen.

Summary

Demand on the Working Time of Public Health Nurses: Effects of Patient Age, of the Type of Care Given and of the Location of the Visit

In the framework of health services research sponsored by the Swiss National Science Foundation, a research was undertaken of the activity of the large majority of the public health nurses working in the Swiss cantons of Vaud and Fribourg (total population 700,000). During one week, 130 nurses gathered, with a specially devised instrument, data on 4165 patient visits. Studying the duration of the

contacts, one has distinguished contact duration per se (DC), duration of the travel time preceding the contact (DD), and total duration in relation with the contact (DTC—addition of the first two). It was noted that the three durations increased significantly with patient age (as regard travel time, this is explained by the higher proportion of home visits in higher age groups, as compared with visits at a health center). Examined according to location of the visit, contact duration per se (without travel) is higher for visits at home and in nursing homes than for those taking place at a health center.

Looked at in respect to the care given (technical care, or basic nursing care, or both simultaneously), our data show that the provision of basic nursing care (alone or with technical care) doubles contact duration (from 20 to 42–45'). The analyses according to patient age shows that, at an advanced age (beyond 80 years particularly), there is an important increase of the visits where both types of care are given. However, contact duration per se shows a significant raise with age only for the group "technical care only"; it can be demonstrated that this is due to the fact that older patients require more complex technical acts (e.g., bladder care, as compared with simpler acts such as injection). A model of the relationships between patient age and contact duration is proposed: it is because of the increase in the proportions of home visits, of visits including basic nursing care, and of more complex technical acts that older persons require more of the working time of public health nurses.

Annexe I

Les prestations effectuées durant un contact faisaient l'objet d'une rubrique proposant 40 réponses standard non exclusives et regroupées en quatre groupes: 1. soins techniques; 2. soins de base; 3. activités d'aide, de dépistage et de prévention; 4. activités de supervision. Seuls les deux premiers groupes ont été analysés ici. Le contenu correspondant de la fiche de relevé est le suivant:

Soins techniques

- Injection
- Prise de sang
- Perfusion
- Transfusion
- Pansement
- Pose de sonde vésicale
- Lavage de vessie, installation
- Lavement
- Irrigation vaginale
- Bain thérapeutique
- Maillot
- Ventouses
- Prise de tension artérielle
- Préparation de médicament
- Analyse ou prise d'urine
- Autres:

Soins de base

- Toilette complète
- Toilette partielle
- Prévention d'escarre
- Bain
- Douche
- Shampooing
- Réfection du lit
- Mobiliser
- Lever
- Coucher
- Habiller
- Toilette mortuaire
- Autres: