

## **Enquête « lits identifiés » DHOS et SFAP**

Analyse des données recueillies par Aude Le Divenah, Domitille Peureux, Marie-Claude Daydé et Patrick Javel (cf. tableau Excel joint)

**Etude auprès de 35 services** menée de juillet à septembre 2004.  
**21 réponses obtenues** - Départements : 44, 49, 53, 85, 54, 88.

### **Profil des répondants :**

Informations récoltées principalement auprès des cadres (14 : 1 infirmier général, 1 cadre supérieur, 1 IDE coordinatrice, 11 cadres de proximité) ou de médecins (7) responsables.

Commentaires : Bonne participation, équipes demandeuses d'avoir les résultats, collecte des résultats non achevée.

### **Activités :**

7 Courts séjours, **15 SSR**, aucun SLD.

### **Structures associées :**

1 USP, 10 EMSP, 8 Réseaux.

Commentaires : Ces équipes travaillent en étroite collaboration avec les équipes de soins palliatifs existantes, principalement avec les réseaux du domicile. Les lits sont alors souvent utilisés en aval du domicile. A noter que certaines sont très isolées et se sont organisées comme une USP.

**Nombre de lits identifiés** : 132 (moyenne 6,3)

### **Taux d'occupation :**

96,6% en moyenne ! Un taux très élevé qui s'explique par le fait que les services ont souvent plus de lits occupés par des patients relevant d'une prise en charge palliative que de lits « identifiés ». Cette activité palliative phagocyte l'activité traditionnelle du service, utilisation en « lits de répit » fréquente.

**Date de création** : moyenne de **5 ans**.

Commentaires : On constate une activité de lits identifiés ancienne. L'activité ayant débutée avant une reconnaissance officielle. Il est intéressant de noter en sus que certaines (2) équipes se considéraient comme USP, et ont récemment reçues la qualification de « lits identifiés ».

### **ETP initiaux et créés :**

Information difficile à obtenir pour la plupart. Soit le service a été créé récemment avec ces lits identifiés, soit il avait une toute autre activité. Pour la majorité, la difficulté réside dans le fait que l'activité palliative est diluée. Il n'y a pas de sectorisation des postes en fonction des lits. Ce qui est la vocation même des lits identifiés. En ce qui concerne les créations de postes, la moyenne est de 2,3 postes IDE et 2 AS créés.

Ramener à la moyenne des lits on obtient une dotation de 0,33 ETP IDE et 0,36 ETP AS.

### **ETP Totaux :**

IDE : 10,3

AS : 14,9

### **ETP/Patients :**

IDE : moyen : 0,35 (min : 0,13 ; max : 0,87)

AS : moyen : 0,46 (min : 0,17 ; max : 0,93)

Soit un ETP paramédical moyen de : 0,91 !

Commentaires : On retrouve un équilibre entre les ETP IDE et AS, avec une légère prépondérance pour les aides-soignants. On constate cependant des écarts importants entre les structures. Les plus dotées sont majoritairement des courts séjours. Ceci repose la question d'une dotation proportionnelle qui tiendrait compte des dotations initiales d'effectifs. A noter que certaines structures ont des dotations proches d'une USP. Elles sont d'ailleurs organisées souvent comme telle. C'est-à-dire que les lits sont sectorisés.

### **La satisfaction des ratios :**

Les plus satisfaits tant au niveau ETP IDE et AS sont les services les mieux dotés (C.Q.F.D). Cependant certains, mieux pourvus font part d'une insatisfaction pour les effectifs de nuit et du week-end.

### **Le ratio minimum :**

Les équipes évaluent toutes, ce ratio en référence à leur propre situation, et non pas dans l'absolu. Ce qui est compréhensible.

Si on en juge par la satisfaction, le ratio minimum devrait correspondre au ratio le plus bas des équipes qui considèrent leur effectif satisfaisant. Soit 0,51 pour l'ETP IDE et 0,64 pour l'ETP AS. Pour un total de 1,15 !

Si on se base sur l'ensemble des équipes, on remarque que toutes considèrent leur effectif actuel comme minimum... sauf les équipes les moins bien dotées qui proposent des ETP supérieurs aux leurs. Le ratio minimum serait alors de 0,20 ETP IDE et 0,20 ETP AS. TOTAL ; 0,40.

Une question : Si ce ratio était retenu comme référence, qu'advierait-il du ratio des services les mieux dotés ? Seraient ils « reventilés » sur d'autres services ?

Si on se fixe sur les dotations moyenne allouées on devrait avoir un ETP IDE de 0,39 et AS de 0,33. TOTAL : 0,72.

### **L'impact sur la charge en soins :**

La majorité des équipes disent que cette dernière pèse autant sur les IDE que les AS (12/24). Ceci est corroboré par la nature des soins prodigués qui sont principalement les soins relationnels (41,7 %) et les soins de bases (33 %). Tout ceci plaide également pour un équilibre entre les ETP IDE et AS, avec une légère accentuation possible pour les ETP AS. Une remarque cependant, les soins techniques peuvent avoir été sous-évalués au profit des soins relationnels du fait d'une mauvaise représentation des soins infirmiers portant par exemple sur la démarche de soins, l'évaluation de la douleur, des symptômes qui entrent dans la catégorie des soins techniques contrairement à la croyance générale.

### **Conclusions :**

- Il semble difficile de valider un ratio paramédical inférieur à 0,45.
- Le rapport entre l'ETP IDE et AS devrait être plus équilibré que ce qui nous est actuellement proposé. Soit respectivement : 0,20 ETP IDE et 0,25 ETP AS.
- Il paraît aussi important de tenir compte des dotations initiales des services. (une dotation de ce type serait certes plus compliquée à mettre en place mais pourrait peut-être temporiser le surcoût financier occasionné par une dotation ETP supérieure à celle proposée par le ministère).

Patrick Javel, responsable du groupe de travail de la SFAP « Lits identifiés en soins palliatifs »  
Septembre 2004