

expérience

PERFORMANCE

Dimensionner un ratio : un enjeu pour le temps des soins

Alors que les effectifs paramédicaux occupent le devant de la scène politique hospitalière, une nouvelle loi impose dès 2027 des ratios minimaux de soignants par lit ou par passage en ambulatoire. Derrière cette approche arithmétique se joue une question essentielle : comment concilier exigence légale, qualité des soins et réalités organisationnelles ? L'auteure propose ici une lecture critique et opérationnelle de cette réforme, en explorant les liens complexes entre dimensionnement, ratios, temps de travail et temps de soin

Les effectifs paramédicaux font plus que jamais l'actualité politique française dans la fonction publique hospitalière (FPH). Mais le sujet ne concerne que certaines professions, en l'occurrence les infirmiers et aides-soignants mobilisés en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire⁽¹⁾. Sont de fait exclus les autres métiers soignants, dont les paramédicaux des trois filières⁽²⁾, les activités médico-sociales et les structures privées. Depuis le 29 janvier 2025, 210 000 paramédicaux⁽³⁾ (25 % de la population salariée) sont impactés par une nouvelle loi applicable en 2027 : « 4° bis. Établir, pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soins hospitaliers et en tenant compte de la charge des soins associée, un ratio minimal de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins⁽⁴⁾ ».

La loi dite « des ratios » crée ainsi :

- un nouveau périmètre des soignants excluant les médecins et plusieurs métiers paramédicaux ;
- une approche arithmétique de certains effectifs soignants ;
- une obligation contradictoire d'évaluation de charge en soins *a priori* des maquettes organisationnelles des temps de travail ;
- une contrainte d'évaluation continue des données médico-économiques justifiant les volumes d'activité (dont des capacités de l'offre de soins) ;
- une dépendance entre une partie des effectifs soignants, la qualité et la sécurité des soins dont les indicateurs restent à définir.

Nous proposons un regard argumenté des quatre variables mobilisées par cette nouvelle loi :

- le dimensionnement paramédical,
- le « ratio » soignant,
- le temps de travail paramédical,
- le temps de soin.

La motivation de cette réflexion est liée à l'absence d'opérationnalité de la loi : les maquettes des temps de travail paramédicaux ne peuvent être établies à partir de cette dernière. Pourquoi ?

Dans les hôpitaux, l'organisation de la réponse paramédicale aux besoins des patients repose théoriquement sur une évaluation préalable de type « macro-cible d'entrée » ou « démarche de soins », réalisée à partir de modèles conceptuels⁽⁵⁾. Il en résulte un programme de soins qui peut reposer sur un « plan de soins guide » ou un « diagramme de soins ». L'addition de tous les programmes de soins permet dans une unité d'établir les effectifs nécessaires en nombre et qualification et par tranche horaire sur 24 heures (matin, après-midi, nuit).

Cependant, dans la réalité fonctionnelle des établissements, la programmation des effectifs soignants ne pouvant se faire après l'évaluation des besoins des patients en raison des contraintes réglementaires du travail (planning obligatoire le 15 du mois précédent), des évaluations *a priori* sont réalisées sur la base de « profils types » de patients et éventuellement de données de charges en soins.

De fait, le raisonnement de la réponse aux besoins des patients est inversé.

Ce n'est plus l'évaluation des besoins *a priori* qui prévaut, mais l'évaluation du temps soignant disponible à partir duquel un volume de soins pourra être dispensé. Il en résulte que les soins sont choisis en fonction du temps de travail et non strictement en fonction des besoins des patients.

La programmation d'un nombre de soignants suivant un nombre de lits ouverts (ratios) ne produit aucune donnée sur le temps soignant, et ne permet ainsi aucun dimensionnement de soins possible.

Le dimensionnement paramédical

Définition

Dimensionner est un verbe d'action désignant le « fait de calculer les dimensions optimales ou normales d'une chose » (Larousse). Cela relève d'une compétence adaptée à sa finalité.

Un mémoire d'un module interprofessionnel en santé publique de l'EHESP ⁽⁶⁾ résume le sujet du dimensionnement paramédical. Deux définitions sont à retenir :

- le dimensionnement commence par la détermination d'un besoin journalier ;
- le besoin journalier est transformé en équivalent temps plein (ETP) requis.

La porte d'entrée du dimensionnement est le temps de soin nécessaire pour répondre à des besoins de patients évalués préalablement ou estimés suivant des méthodes choisies. Le dimensionnement d'un effectif est totalement lié à une organisation. Il consiste à déterminer l'effectif optimal pour couvrir une charge de travail en fonction des compétences requises. C'est une démarche complexe qui nécessite la combinatoire de plusieurs critères.

Le dimensionnement paramédical est une démarche stratégique reposant sur les responsabilités des directeurs des soins et des cadres de santé. L'objectif étant de s'approcher le plus possible d'une situation d'équilibre entre une charge d'activité et un effectif disponible.

Responsabilités

Le décret n°2002-550 ⁽⁷⁾ a confié la responsabilité du dimensionnement paramédical aux directeurs des soins. Pour autant, cette responsabilité mobilise encore la préoccupation médicale dans un processus non abouti de professionnalisation des soignants.

L'analyse socioprofessionnelle de Freidson sur la division du travail médical remonte au début des années 1970 ⁽⁸⁾. Freidson insiste sur la différence entre la médecine comme profession et les métiers qui coopèrent dans la division médicale du travail. Il indique que la médecine paraît être la seule profession qui ait su imposer son ordre aux métiers adjacents. Il oppose donc tous les métiers paramédicaux à la profession médicale par leur absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige. Cinquante ans plus tard, les paramédicaux sont dimensionnés par une loi au portage médical. Cependant, la méthode est confiée à la Haute Autorité de santé (HAS).

Méthode

La méthode de dimensionnement paramédical permet l'élaboration d'une maquette organisationnelle des temps de travail. Pour y parvenir, un ensemble de critères sont mobilisables, dont le point commun est la politique générale des soins orientant le projet de soins.

Le Conseil scientifique des investissements en santé (CSIS) ⁽⁹⁾ a modélisé une méthode à partir des expériences abouties en France : PARAgDIM(s), une représentation structurée des indicateurs opérationnels des dimensionnements paramédicaux. C'est une méthode d'analyse simple, standardisée, reposant sur des indicateurs disponibles et permettant le positionnement du dimensionnement paramédical dans le contexte propre de l'établissement. **FIGURE 1**

Les deux indicateurs « socles » de cette méthode sont :

- **Care's Time**, la durée de temps cumulé pour un métier pour 24 heures rapporté à une donnée de référence : le lit (ou la place pour l'ambulatoire). Il permet de distinguer la semaine des week-end et jours fériés, les matins des après-midi (AM) et aide à une conception des soins sur 24 heures. Il s'agit d'une durée présentée en décimale par patient/résident. Care's Time est un indicateur quantitatif pour l'analyse des temps de soins ;

NOTES

(1) 120 000 IDE et 90 000 AS salariés dans 1 354 hôpitaux publics (soit 210 000 paramédicaux concernés sur une population totale salariée de 900 000, soit 25 %). Source Drees : « Les effectifs salariés du secteur hospitalier public jusqu'en décembre 2022, séries longues », avril 2024 - drees.solidarites-sante.gouv.fr

(2) Les métiers paramédicaux sont regroupés au sein de trois filières :
• infirmière : ASHQ, AS, IDE, PDE, lbode, lade,
• médico-technique : MERM, PPH, TLA,
• rééducation : diététicien, masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, audioprothésiste, opticien, orthoptiste, pédicure.
Les éducateurs, les psychologues, les assistants sociaux ne sont pas des paramédicaux.

(3) Drees, « Les effectifs salariés du secteur hospitalier public jusqu'en décembre 2022, séries longues », *op. cit.*

(4) Loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé.

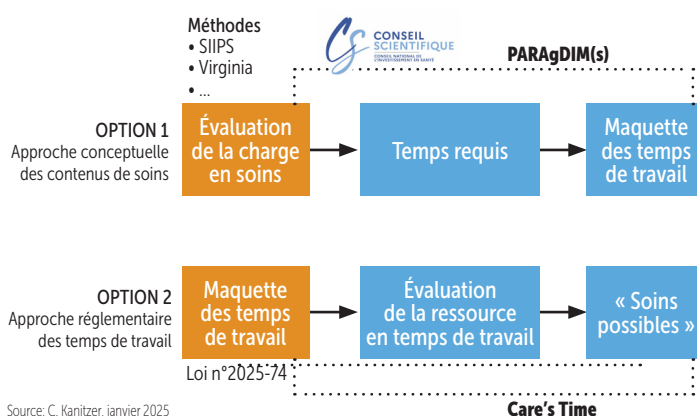
(5) Il existe une cinquantaine de modèles théoriques de soins infirmiers et paramédicaux. Ces conceptualisations permettent l'élaboration des contenus de soins et la formation des étudiants. Les modèles portent le nom de leur auteur. Les plus fréquents en France sont Nightingale, Peplau, Orem, Henderson, Roy, Watson, Ropper, Rizzo Parse...

(6) MIP, « Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ? », EHESP, 2016.

(7) Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. www.legifrance.gouv.fr

FIGURE 1

Processus de dimensionnement paramédical



Source : C. Kanitzer, janvier 2025

● **l'effectif théorique nécessaire (ETN)** est l'équivalent temps plein (ETP) requis exprimé par rapport à une donnée de référence : le lit (ou la place pour l'ambulatoire). L'ETN permet de situer le volume de ressource humaine nécessaire pour une activité précise. L'ETN est un nombre présenté en proportion par lit ou place. C'est un indicateur décliné de la maquette organisationnelle pour évaluer un coût de ressources humaines requises par lit ou place.

Perspectives : stop/start

Stop pour ce qu'il est possible de cesser à ce jour dans les hôpitaux/Start pour ce qui peut être déployé immédiatement

● **Stop** : le dimensionnement paramédical ne nécessite pas une évaluation exhaustive des charges en soins si les situations de soins prévalentes et plans de soins guides sont définis, se rapportant à une standardisation des temps requis par acte. Les indicateurs de qualité et de sécurité sont atteints dès lors qu'ils sont intégrés dans la définition des actes de soins paramédicaux.

● **Start** : le dimensionnement paramédical est une responsabilité paramédicale pouvant se réaliser suivant des méthodes libres de droits quand elles n'imposent pas des évaluations de charges en soins manuelles ou automatisées.

L'enjeu majeur du dimensionnement paramédical est la réalisation de soins dans une organisation. Seul le dimensionnement reposant sur des indicateurs comme les proportions de soins directs/indirects, la délégation des tâches hors soins, les modes opératoires de flux médico-techniques, pour exemples, offre une soutenabilité fonctionnelle aux paramédicaux. *A contrario* du « ratio ». Mais l'un a besoin de l'autre.

Le ratio

Définition

Le ratio est un « rapport entre deux grandeurs variables, où certaines de ces grandeurs se voient attribuer une signification particulière » (Larousse). Couramment, en entreprise comme dans toute structure, le ratio est utilisé comme indicateur de comptes de résultats à l'occasion d'une évaluation de productivité ou de performance. C'est une approche économique qui vise une analyse *a posteriori*.

Le ratio n'est pas soignant : il offre une proportion sans mention d'un contenu requis.

À l'hôpital, l'approche par ratios est autant mobilisée pour des évaluations immobilières que pour une consommation de ressources.

Responsabilités

En ce qui concerne les ressources humaines, l'approche par ratios est davantage l'apanage des financiers (directeur des affaires financières ou contrôleurs de gestion).

L'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) nécessite une anticipation des charges incluant les ressources humaines requises à la production d'activité. Pour ce faire, une approche quantifiée du tableau prévisionnel des emplois rémunérés (TPER) impose une réflexion sur les ratios d'effectifs estimés en besoins au regard des activités souhaitées.

Méthode

Le tableau des emplois inscrit à l'EPRD est l'expression et la déclinaison budgétaire annuelle des orientations stratégiques d'un établissement, définies dans le projet d'établissement. Ce dernier est lui-même à l'origine des projets médicaux, de soins et sociaux. Chaque département, pôle, service décline ensuite ces projets mis en œuvre par des contrats de gestion et des politiques managériales, pour notamment :

- la gestion du TPER et la répartition des moyens humains affectés ;
- la définition des profils de postes ;
- les propositions de recrutement de personnels ;
- les affectations des personnels.

L'opérationnalité attendue est l'atteinte des objectifs d'activités par la mobilisation d'effectifs prédéterminés, soit par une approche « ratios », soit par une approche quantifiée des temps de soins requis et répartis par qualification et activité. L'indicateur Care's Time permet de proposer un ratio sur la base d'un contenu de soins, intégrable dans un tableur. Il offre un dimensionnement *a priori* et des analyses *a posteriori*. Son exploitation et sa modélisation via des graphiques offrent des représentations favorisant les dialogues de gestion.

NOTES

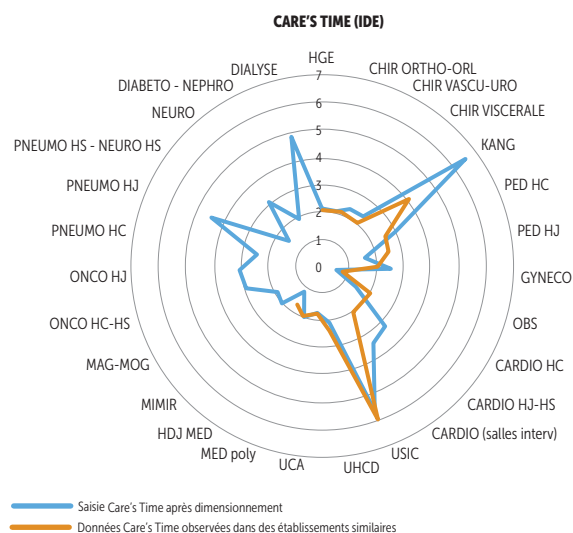
(8) E. Freidson, *La Profession médicale*, Payot, 1984. In B. Bellet, « Et si l'infirmier général devenait directeur des soins ? », mémoire ENSP, 1999.

(9) Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, « Investissement en santé : la place et le rôle du conseil scientifique », décembre 2021 - sante.gouv.fr

FIGURE 2

Cartographie Care's Time

Un exemple de représentation



Source : CSIS

Perspectives : stop/start

Stop pour ce qu'il est possible de cesser à ce jour dans les hôpitaux/**Start** pour ce qui peut être déployé immédiatement

- **Stop** : le tableau des emplois doit être le résultat d'une analyse partagée, financière et managériale. Il ne peut s'élaborer uniquement sur la base de ratios aux capacitaires autorisés.
- **Start** : le ratio est devenu légal pour l'élaboration de maquettes de temps de travail des infirmiers/ères et aides-soignants/es salariés mais il ne supplée pas une approche méthodique d'un dimensionnement paramédical. La définition des contenus de soins reste une obligation majeure. Le dimensionnement peut s'élaborer à partir de ratios. Dimensionnement et ratios reposent sur du temps : de soins et de travail.

Le temps de travail paramédical

Définition

La définition du temps de travail des paramédicaux est celle du temps de travail des salariés : une période durant laquelle le professionnel est à la disposition de l'employeur. C'est la durée du travail effectif qui confère un pilotage stratégique ouvrant des dialogues sociaux continus.

Dans la fonction publique hospitalière, le temps de travail des paramédicaux se distingue la nuit du jour et les modalités horaires évoluent sans cesse depuis les réductions de 2002 et 2004. La gestion du temps de travail est rendue complexe par plusieurs contraintes, dont certaines sont soulagées par des solutions logicielles. Mais celle qui prévaut à la préoccupation des dimensionnements est la continuité des soins.

En outre, la variabilité en volume et en nature des soins, par jour de semaine, par activité programmée ou non, rend nécessaires des analyses de contenus reposant sur plusieurs indicateurs. De fait, le nombre de soignants ne détermine pas le temps de soins, ce dernier étant dépendant du modèle horaire réalisé.

Responsabilités

Le temps de travail est l'apanage des DRH. En matière de temps de travail paramédical, la responsabilité des directeurs des soins est fortement engagée et permet de faire le lien avec les temps de soins.

Une forme de responsabilité collective lie les soignants sur la façon de penser les modalités de temps de travail dont l'unique finalité est la qualité de prise en charge des patients. En 2009, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) préconisait une répartition des présences des métiers qui permette :

- de disposer des compétences nécessaires au bon moment et en fonction des charges en soins ;
- d'assurer la continuité des soins ;
- d'assurer la concordance des temps souhaitables pour la réalisation des soins ;
- d'organiser les temps collectifs nécessaires à l'élaboration d'une vision partagée des prises en charge ⁽¹⁰⁾.

Méthode

Le positionnement des temps de travail paramédicaux se réalise sur une maquette qui est :

- soit le résultat d'une démarche de dimensionnement pour répondre à des besoins en soins ;
- soit la porte d'entrée d'une organisation des temps pouvant répondre à un volume de soins contraints.

La maquette est la préoccupation prioritaire des salariés pour ses enjeux socio-économiques individuels. Sa réalisation ne peut être uniquement théorique et standardisée dans la mesure où sa finalité est de servir une production de soins aux contenus flexibles. Bien que des lignes directrices puissent être établies sur l'observation de besoins récurrents, la maquette représentant une semaine dite « normale » doit pouvoir être librement modifiable. Si la maquette est conditionnelle d'un capacitaire (ratio proportionnel), elle contraint sa propre finalité à l'occupation du lit ou de la place.

Perspectives : stop/start

Stop pour ce qu'il est possible de cesser à ce jour dans les hôpitaux/**Start** pour ce qui peut être déployé immédiatement

- **Stop** : le temps de travail paramédical ne peut se projeter sur plusieurs cycles sans la mise en place d'indicateurs de suivi des temps de soins réels.
- **Start** : les modèles horaires des temps paramédicaux peuvent répondre à l'ensemble des variabilités de la charge en soins dès lors qu'ils ne sont pas identiques pour tous les soignants d'une équipe. Le cadre réglementaire permet une créativité des schémas fonctionnels du travail effectif des soignants. Sans conteste, le temps de travail impose le temps de soins ; que ce temps de travail soit structuré préalablement d'un contenu ou à l'issue d'un dimensionnement argumenté d'indicateurs. Le temps de soins est la rationalité finale.

NOTE

(10) Meah, *Gestion du temps de travail des soignants. Guide de bonnes pratiques organisationnelles*, février 2009 - sante.gouv.fr

Le temps de soins

Définition

Pour certains auteurs, le temps est la dimension indispensable du soin. En outre, le temps et le soin bénéficient de plusieurs approches réglementaires et conceptuelles.

Pour le sujet du dimensionnement paramédical, il convient de retenir que le temps de soins se distingue en :

- des temps de soins directs et indirects ;
- des contenus répartis par thème (ou dimension) suivant le déroulement de la journée ;
- des besoins de réponses relevant de différents temps de travail répartis par compétence ;
- des perceptions et des vécus individuels à conjuguer dans des intérêts collectifs.

Le temps de soins est prioritairement celui du patient. Il devient le temps de travail du soignant lorsqu'une rencontre s'opère entre les deux parties.

Responsabilités

Médecins et infirmiers déterminent les contenus de soins. Le temps dédié à chaque soin relève d'une responsabilité paramédicale. L'élaboration d'un référentiel (ou guide) des temps de soins offre la possibilité d'établir des situations prévalentes exonérant des évaluations de charges en soins. Ces situations prévalentes validées en commission des soins infirmiers, de

rééducation et médico-techniques (CSIRMT) précisent des temps de soins requis par patient. L'affectation dans une deuxième étape de temps de travail permet la réponse aux besoins en soins. Ces actions sont inscrites aux compétences des directeurs des soins.

Méthode

Le temps de soins se chronomètre. Des méthodes de charge en soins proposent des temps moyens intégrés.

Il n'existe pas de méthode universelle et chaque établissement est libre de mobiliser la méthode qu'il estime pertinente. Le choix d'une méthode est stratégique et possiblement financier. Même l'évaluation de quelques soins emblématiques à des fins de plans de soins guides est efficiente, car cela témoigne d'un engagement paramédical à la définition des contenus et des temps de soins.

Perspectives : stop/start

Stop pour ce qu'il est possible de cesser à ce jour dans les hôpitaux/Start pour ce qui peut être déployé immédiatement

● **Stop** : le cloisonnement des temps de soins et de travail est probablement une porte d'entrée prudente à la définition des soins. Autrement dit, la mobilisation unique du temps de travail pour la résolution des temps de soins ne permet pas de répondre aux besoins des patients sur une période.

● **Start** : les charges en soins sont coûteuses et chronophages. Elles ne répondent pas aux besoins gestionnaires et managériaux. Une approche plus simple et rationnelle suffit. Seul le dimensionnement donne le temps du soin. Le ratio ne donne que la proportion au lit et, sans la mobilisation d'un modèle horaire, ne permet pas la connaissance du temps disponible par patient.

Conclusion

L'organisation des soins paramédicaux est une entité en soi à l'hôpital dont l'objectif est la dispensation des soins prescrits, en collaboration ou relevant de compétences en autonomie. Le dimensionnement des effectifs permettant cette dispensation relevait en partie jusqu'à janvier 2025 d'une liberté des établissements. Celle-ci est davantage réduite à présent au profit d'une approche matricielle par ratios.

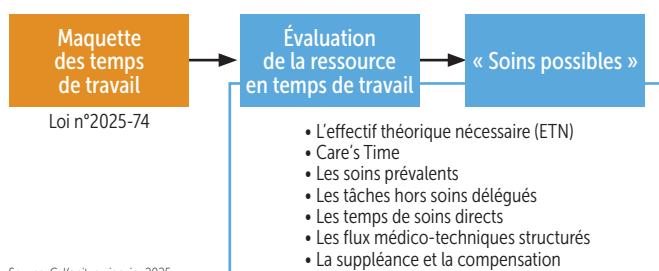
Le dimensionnement paramédical n'est pas uniquement une affaire d'effectifs proportionnels d'un capacitaire. C'est fondamentalement le résultat d'une démarche pluridisciplinaire réalisant une combinatoire d'indicateurs qui permet la structuration des activités de soins.

Le dimensionnement paramédical repose sur des modèles horaires pertinents, adaptés aux différents temps de soins par 24 heures, par semaine et week-end. Seul l'indicateur du temps soignant par patient offre, tant pour le soignant que pour le patient lui-même, une connaissance concrète du volume de soins possibles. Gageons ainsi que l'opérationnalité attendue de la loi sur les ratios intégrera les temps de soins requis. Ce sera le témoin d'une mobilisation des contenus de soins prévalents préalablement décrits, évalués, quantifiés, structurés par les paramédicaux, le cas échéant, associant les patients à leurs propres définitions. ●

FIGURE 3

Dimension des temps de soins

Le choix des indicateurs



Source : C. Kanitzer, janvier 2025