

Contribution de l'AFDS

(Association Française des Directeurs des Soins)

Contribution relative à la définition de ratios soignants

23 JUIN 2026

Pour une approche fondée sur la qualité des soins, la charge réelle d'activité et l'adaptation des organisations

La réflexion engagée autour de la définition de ratios soignants constitue une étape importante dans l'évolution de notre système de santé. Elle traduit une ambition largement partagée : garantir aux patients une prise en charge sécurisée, améliorer la qualité des soins, préserver le sens du travail des professionnels et renforcer l'attractivité des métiers du soin.

Dans un contexte marqué par des tensions durables sur les ressources humaines, une augmentation de la complexité des prises en charge et une transformation profonde des organisations hospitalières, cette démarche représente également une opportunité. Elle permet de réinterroger collectivement les conditions nécessaires pour redonner du temps soignant auprès des patients et reconnaître plus justement la réalité du travail accompli par les équipes.

Pour autant, la définition de ratios ne peut répondre à cette ambition que si elle dépasse une approche strictement quantitative. Réduire la réflexion au seul nombre de professionnels présents pour un nombre déterminé de patients présenterait le risque de simplifier excessivement la réalité du soin hospitalier. La qualité d'une prise en charge repose aujourd'hui sur un ensemble de facteurs interdépendants : la complexité clinique des patients, leur niveau de dépendance, la technicité des actes de soins, la performance des organisations médicales et paramédicales, les contraintes architecturales, les fonctions supports disponibles et la composition pluriprofessionnelle des équipes.

L'enjeu n'est donc pas uniquement de déterminer combien de professionnels doivent être présents, mais d'identifier les conditions permettant d'adapter les ressources aux besoins réels des patients et aux exigences propres de chaque activité.

Dans cette perspective, la définition de « fourchettes de référence » apparaît préférable à l'instauration de ratios fixes et uniformes. Ces repères nationaux permettraient de garantir un cadre commun tout en préservant les capacités d'adaptation indispensables aux établissements.

Cette contribution s'inscrit dans une volonté de garantir la sécurité des soins, elle s'appuie sur le regard et l'analyse réflexive des directeurs des soins. Ces derniers portent les missions de réponses performantes aux besoins de soin des patients, en corrélation avec des organisations de travail et des compétences adaptées.

Le ratio comme levier d'amélioration de la qualité des prises en charge et non comme norme administrative

La mise en place de repères nationaux peut constituer un véritable levier d'amélioration si elle permet de mieux objectiver la charge en soins et de sécuriser les organisations. Elle peut contribuer à réduire certains écarts entre établissements, soutenir le dialogue autour des effectifs nécessaires et renforcer la reconnaissance du travail invisible réalisé quotidiennement par les équipes.

Cette reconnaissance suppose cependant de prendre en compte l'ensemble des dimensions du temps soignant. Le soin ne se limite plus à l'acte réalisé auprès du patient. Il comprend également la coordination des parcours, les transmissions, la traçabilité, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement des familles, la prévention, la formation des étudiants, l'intégration continue des exigences de qualité et la gestion des risques.

Ne pas intégrer ces dimensions conduirait paradoxalement à fragiliser les organisations les plus engagées dans l'amélioration des parcours patients.

De la même manière, les évolutions hospitalières récentes ont profondément modifié la composition des équipes. La réponse soignante contemporaine repose sur une approche pluriprofessionnelle associant infirmiers, aides-soignants, infirmiers en pratique avancée, professionnels de rééducation, psychologues, éducateurs spécialisés, psychomotriciens, assistants sociaux, pairs aidants ou encore professionnels de coordination.

L'interopérabilité des compétences (par exemple, le relais entre IDE et IPA ou infirmière de parcours) est un facteur de modulation du ratio. Un ratio figé par catégorie ne reflèterait pas ces nouvelles dynamiques d'équipe. Pour autant, il paraît délicat de mettre des ratios pour tous les corps de métiers sous peine de prendre un vrai risque de faisabilité et de fonctionnement. Il paraît cependant indispensable d'éclairer les organisations et les compétences au regard des autres compétences métiers présentes dans les équipes.

Un ratio centré exclusivement sur certaines catégories professionnelles ne permettrait donc plus de refléter la réalité des organisations de soins.

Construire des indicateurs fondés sur la charge réelle en soin

L'élaboration de ratios pertinents nécessite de dépasser une approche capacitaire fondée uniquement sur le nombre de lits ou de patients présents. Deux unités accueillant un nombre identique de patients peuvent présenter des besoins en ressources très différents.

La charge en soins doit être appréciée au regard d'indicateurs combinant plusieurs dimensions : le profil des patients, leur niveau de dépendance, la sévérité des situations cliniques, le volume d'entrées et de sorties, les variations d'activité, la technicité des soins, les situations complexes ou encore les besoins spécifiques d'accompagnement.

Les caractéristiques organisationnelles doivent également être intégrées. L'architecture des locaux, la dispersion géographique des unités, l'accès aux plateaux techniques, l'existence d'équipes mobiles ou de fonctions supports modifient profondément la charge portée par les professionnels du service, la continuité de la présence médicale ou pas.

L'impact des outils numériques et de la transformation digitale (Dossier Patient Informatisé, outils de gestion du parcours patients...) sont de plus en plus présents. Si ces outils visent à simplifier la traçabilité, leur déploiement ou leur dysfonctionnement impacte directement la charge réelle en soins et le temps disponible. Cela fait partie des activités afférentes aux soins, qu'il faut prendre en compte.

La présence de référents logistiques, pharmaceutiques ou hôteliers, tout comme le niveau d'externalisation de certaines missions, influencent directement le temps disponible pour les soins directs aux patients. Comparer des équipes sans intégrer ces paramètres conduirait à des conclusions incomplètes.

L'objectif doit donc être de construire une méthodologie nationale permettant une comparaison fiable tout en respectant la diversité des établissements et de leurs organisations.

Des spécificités sectorielles nécessitent une approche différenciée

Certaines activités illustrent particulièrement les limites d'un ratio uniforme.

En périnatalité, l'enjeu principal repose sur la sécurisation de prises en charge pouvant évoluer très rapidement. La présence professionnelle nécessaire ne dépend pas uniquement du nombre de patientes et parturientes présentes, mais également du niveau de maternité, de l'activité obstétricale, de l'existence d'une activité de néonatalogie, du niveau de risque maternel ou fœtal et de l'environnement médical disponible.

La définition de repères peut contribuer à renforcer la sécurité et l'accompagnement des familles, alors qu'une norme unique pourrait fragiliser certaines organisations territoriales sans garantir une amélioration effective de la qualité, d'où l'importance de prendre en compte la taille de l'établissement, sa mission en lien avec une activité de recours, de référence ou de proximité.

La santé mentale constitue également un champ où une approche exclusivement numérique serait insuffisante. La charge en soins psychiatriques ne se mesure pas seulement par le nombre

de patients hospitalisés. Elle dépend de l'intensité relationnelle, des situations de crise, des mesures d'isolement, des mesures de contraintes, des troubles du comportement, des projets de réhabilitation et du travail réalisé avec les familles et partenaires extérieurs.

Des critères de fonctionnement sont à ancrer dans l'analyse tels que : le nombre d'admissions par jour et par service ; le temps médical par lit ou par service ; le niveau de maturité des professionnels (turn-over)

Dans ce domaine plus encore, la pluriprofessionnalité constitue une condition essentielle de qualité de prise en charge. Les organisations doivent pouvoir intégrer l'ensemble des compétences nécessaires au parcours du patient et ne pas être limitées à une vision à une vision du soin réduite à l'acte. La qualité d'un soin relationnel dépend de la disponibilité réelle psychique des professionnels de proximité et du temps dont ils disposent, de la compétence développée dans la gestion des situations et de la connaissance des pathologies.

Les soins palliatifs rappellent enfin que la valeur du soin repose aussi sur des dimensions difficilement quantifiables. Le temps consacré à l'écoute, à l'accompagnement de la fin de vie, au soutien des proches et aux échanges éthiques constitue une composante majeure de l'accompagnement de fin de vie. Il s'agira aussi d'intégrer, comme pour d'autres spécialités, le temps de supervision nécessaire des professionnels afin de soutenir l'activité. Ces activités doivent être reconnues dans l'évaluation de la charge en soins.

Préserver la soutenabilité et éviter les effets contraires aux objectifs recherchés

Si les ratios poursuivent un objectif légitime d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, leur application doit impérativement intégrer les conditions réelles de faisabilité.

Dans un contexte national de tension sur les ressources humaines, des seuils trop rigides pourraient produire des effets inverses à ceux recherchés : limitation des admissions, fermeture temporaire ou durable de capacités en lits, difficultés accrues d'organisation ou concurrence entre établissements d'un même territoire pour attirer les mêmes professionnels.

La définition de ratios doit également être accompagnée d'une réflexion sur les capacités de formation, les dispositifs de remplacement, la gestion de l'absentéisme et les impacts financiers associés.

Le langage utilisé dans les établissements pour qualifier les effectifs nécessaires au fonctionnement quotidien, les effectifs budgétés et les effectifs rémunérés sont différents. Les

définitions sont souvent spécifiques à chaque établissement. Il paraît essentiel que le document final sur les ratios apporte un glossaire sur la gestion des effectifs qui soit le même pour tous.

Un ratio ne peut devenir un outil pertinent que s'il accompagne les organisations et non s'il réduit leur capacité d'adaptation.

Conclusion

Construire un cadre national qui concilie exigence et adaptation

La réflexion sur les ratios constitue une opportunité majeure pour reconnaître la valeur du travail soignant et renforcer durablement la qualité des prises en charge.

Elle doit cependant s'inscrire dans une approche globale permettant de concilier trois impératifs : garantir la sécurité des patients, améliorer les conditions d'exercice des professionnels et préserver l'accès aux soins pour la population.

La construction de « fourchettes » nationales modulables, appuyées sur des indicateurs partagés de charge en soins, de complexité, de technicité et de pluriprofessionnalité, intégrant les temps soignants postés et non postés auprès du patient semble constituer la voie la plus équilibrée.

Elle permettrait de disposer d'un cadre commun exigeant, sans nier la diversité des établissements ni la nécessaire adaptation des organisations aux besoins des patients et des territoires.

L'application des ratios ne doit pas conduire à une aspiration des ressources humaines (notamment à compétences spécialisées) par les grands centres au détriment des hôpitaux de proximité. Le travail doit intégrer une analyse territoriale et des indicateurs en lien avec la présence de l'offre de soins sur le territoire.

De plus, la réussite de ces ratios repose sur une gouvernance médico-soignante forte. Seule une évaluation clinique et managériale au plus près du terrain permettra de moduler ces "fourchettes" de manière pertinente pour le patient. Il est donc important que les livrables s'adressent à l'ensemble de la gouvernance hospitalière et repèrent les rôles et fonctions de chacun, tout en les faisant collaborer étroitement.