

**NOTE DE
CADRAGE**

Avis HAS sur les ratios minimum soignants en obstétrique-maternité, en néonatalogie, en soins palliatifs et en psychiatrie.

Adoptée par le Collège le 3 juin 2026

Demandeur : Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Inscription au programme de travail : 2026

Responsable(s) du projet : Direction Ratios Soignants (DRS)

1. Objet et périmètre de travail

1.1. Thème et origine du projet

1.1.1. La loi n°2025-74 du 29 janvier 2025

En France, les réflexions et les travaux sur le nombre de soignants par patients se sont progressivement renforcés et notamment après la crise sanitaire liée à la COVID-19. C'est dans cette optique que le Sénateur Bernard Jomier a déposé une proposition de loi en 2023 « *qui se veut un dispositif souple et progressif visant à redonner confiance aux soignants* ». Saisie de cette proposition de loi, la commission des affaires sociales du Sénat, sous la présidence de Catherine Deroche et Laurence Rossignol (rapporteure), a exprimé la volonté de « *fixer un objectif de rétablissement d'effectifs suffisants au lit des patients afin de réduire la charge de travail des soignants, aujourd'hui épuisés, et de restaurer des conditions d'exercice décentes pour les personnels hospitaliers* ».

Cette proposition, devenue la loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, complète l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale (CSS) en attribuant, au 4°bis de cet article, une nouvelle mission à la Haute Autorité de santé. Cette nouvelle mission consiste à « *Etablir, 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* ». (Annexe 1).

Le chapitre IV du titre II du livre Ier de la 6^e partie du code de la santé publique est quant à lui complété par les articles L. 6124-2 à L. 6124-5 dans leur rédaction suivante :

- ➔ Art. L. 6124-2. (ratios de sécurité) – « *Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans.* » ;
- ➔ Art. L. 6124-3. (ratios de qualité) « *En vue de garantir la qualité des soins et des conditions d'exercice, il est défini, pour chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires* »
Le ratio prévu au premier alinéa est établi par un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour une période maximale de cinq ans. Il tient compte « de la charge des soins liée à l'activité et peut distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'établissement. » ;
- ➔ Art. L. 6124-4. (ratios de qualité) « *Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, l'organisation des soins propre aux services de l'établissement au regard des ratios définis en application de l'article L. 6124-3 est soumise pour approbation aux commissions médicales et aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.* » ;
- ➔ Art. L. 6124-5. (ratios de sécurité) – « *Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, lorsqu'il est constaté pour une unité de soins que les ratios définis à l'article L. 6124-2 ne peuvent être respectés pendant une durée supérieure à trois jours, le chef d'établissement en informe le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent.* ».

Tous les établissements de santé, publics et privés d'intérêt collectif et privés, y compris les établissements d'hospitalisation à domicile entrent dans le champ d'application de la loi du 29 janvier 2025, bien que certaines dispositions ne soient applicables que sur une partie de ce périmètre.

1.1.2. Les deux saisines de la HAS par le Ministère chargé de la santé

Première saisine

La Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie par la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles et le ministre chargé de la santé et de l'accès aux soins, par courrier du 4 juillet 2025. Il est demandé à la HAS de formuler un avis sur des ratios minimum soignants (RMS) par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins, conformément à la loi n°2025-74 du 29 janvier 2025. La saisine précise que ces ratios doivent tenir compte de la charge des soins liée à l'activité, distinguer des ratios de qualité et, pour certaines activités, des ratios de sécurité au titre de l'article L. 6124-2 du code de la santé publique. Elle prévoit que ces ratios ont vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements de santé, sans distinction de statut, et qu'ils devront à terme couvrir l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, y compris les professions médico-techniques. Toutefois, il est demandé de débiter prioritairement par les infirmiers et les aides-soignants. La saisine indique également que, pour les ratios de qualité, une formulation sous forme de fourchettes est attendue, afin de tenir compte des spécificités locales, de la spécialisation et de la taille des établissements. Dans un calendrier très contraint, ces travaux doivent permettre une traduction réglementaire avant le 1er janvier 2027. A ce titre, la première saisine priorise les soins critiques de néonatalogie, les soins palliatifs et la psychiatrie, tout en mentionnant, dans un second temps, l'intérêt d'un travail sur certaines activités de plateau, notamment les blocs opératoires, ainsi que l'identification de spécialités non soumises à autorisation pour lesquelles un consensus scientifique existerait déjà en matière de besoins de ratios (annexe 2).

Seconde saisine

Par une nouvelle saisine en date du 3 avril 2026 (annexe 3), la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées a révisé la priorisation initialement demandée à la HAS, afin que les travaux sur les ratios réalisés par la HAS contribuent, dès 2026, au chantier national sur la santé périnatale et maternelle lancé par la ministre le 5 février 2026.

Cette nouvelle saisine demande à la HAS de proposer dès 2026 des ratios pour l'ensemble des activités de maternité et d'obstétrique, au-delà des seuls soins critiques de néonatalogie. Elle demande également à la HAS d'élargir le périmètre des professionnels concernés, dans ce champ, en y intégrant les professionnels médicaux : gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sage-femmes). Afin de prioriser l'achèvement en 2026 des travaux de la HAS dans ce nouveau champ, la saisine rectificative envisage le traitement des soins palliatifs dans un second temps. Le calendrier retenu doit permettre une transcription réglementaire des RMS avant le 1er janvier 2027.

En synthèse, l'objectif des saisines du 4 juillet 2025 et du 3 avril 2026, est :

- ➔ de donner un avis sur des RMS, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins, en tenant compte de la « charge des soins liée à l'activité » ;
- ➔ de donner un avis sur des ratios de qualité et des ratios de sécurité pour certaines activités en application de l'article L. 6124-2 du code de la santé publique ;

- ➔ conformément aux saisines, de prioriser l'avis dans un premier temps des RMS en néonatalogie, en obstétrique, en psychiatrie et en soins palliatifs, et dans un second temps au sein d'activités dites de plateau (blocs opératoires) ;
- ➔ conformément aux saisines, de donner un avis sur des RMS pour les métiers suivants :
 - en obstétrique, maternité et en néonatalogie par : les médecins gynécologues-obstétriciens, les médecins anesthésistes-réanimateurs, les médecins pédiatres, les médecins pédiatres néonatalogistes, les sage-femmes, les infirmiers en soins généraux, les infirmières puéricultrices, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ;
 - en soins palliatifs par : les infirmiers en soins généraux, les infirmiers d'accompagnement à l'annonce, les infirmières puéricultrices, les infirmiers anesthésistes, les infirmiers en pratique avancée mention oncologie et hématologie-oncologie, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ;
 - en psychiatrie par : les infirmiers en soins généraux, les infirmières puéricultrices, les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP)¹, les infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ;
- ➔ de fournir un travail sur certaines activités de plateau, notamment les blocs opératoires ;
- ➔ de transmettre la liste de spécialités, non soumises à autorisation, pour lesquelles existe d'ores et déjà un consensus scientifique en matière de besoin de ratios de personnels.

Mission d'expertise relative à la santé périnatale et maternelle par des personnalités qualifiées

Par lettre de mission du 17 mars 2026, la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a confié à un comité d'experts (gynécologue-obstétricien, pédiatre néonatalogiste, anesthésiste-réanimateur et sage-femme libérale) une mission d'expertise relative à la santé périnatale et maternelle. Cette mission vise à renforcer la prévention et l'accès à des soins de qualité tout au long du parcours périnatal (du projet de grossesse au post-partum), en accordant une attention particulière à la coopération territoriale, aux innovations organisationnelles, à la situation des personnes précaires et à la santé mentale périnatale, en articulation avec les politiques publiques existantes (dont les « 1000 premiers jours »). Le comité, démarré le 5 février 2026, doit remettre des premières conclusions d'ici le 30 juin 2026. La lettre de mission précise que la définition de ratios de personnels relève de la compétence de la HAS au titre de la loi du 29 janvier 2025.

1.2. Problématique

1.2.1. Contexte

Cette mission s'inscrit dans un contexte français marqué par une tension sur les lits hospitaliers, les effectifs, les formations des professionnels de santé, les établissements de santé, les finances publiques.

Avant 2025, le cadre juridique français ne prévoyait pas de ratios pour l'ensemble des soignants, mais incluait des ratios par décret applicables à certaines activités et spécialités : réanimation, soins

¹ ISP : infirmiers de secteur psychiatrique avant le décret du 23 mars 1992 et arrêté du 30 mars 1992 relatif au programme des études en soins infirmiers

intensifs, néonatalogie, grands brûlés, insuffisance rénale chronique. Ces ratios relèvent des conditions techniques de fonctionnement (CTF) définies par le Code de la santé publique.

L'examen des textes juridiques dans les spécialités prioritaires par les saisines (obstétrique, néonatalogie, soins palliatifs et psychiatrie) montre la variabilité des effectifs par métier ou par équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (1-3).

En obstétrique, le décret 98-900 du 9 octobre 1998 décrit des effectifs et des ratios soignants dans trois secteurs d'activités, l'unité d'obstétrique, le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant, l'unité de courte durée. Les ratios sont exprimés sous la forme suivante : sage-femme (SF)/nombre de naissances par an, médecin 24/7² prenant en compte le nombre de naissances. Le décret précise des ratios minimum soignants pour les SF, la coordinatrice en maïeutique, les médecins gynécologues-obstétriciens, les médecins anesthésistes-réanimateurs et les médecins pédiatres. L'effectif minimum de jour et de nuit, y est précisé pour les aides-soignants ou auxiliaires de puériculture (1).

En néonatalogie, le décret 98-900 du 9 octobre 1998 concerne trois secteurs d'activités, l'unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs, l'unité de soins intensifs de néonatalogie et la réanimation néonatale. Les ratios sont exprimés sous la forme d'un nombre minimum d'infirmier diplômé d'Etat (IDE)/patient(s), médecin 24/7. Ce texte comporte des effectifs et des ratios infirmiers formulés qui s'inscrivent dans une approche de sécurité des patients et de continuité des soins. Ce texte définit des obligations de présence, d'organisation (permanences des soins, astreintes, graduation des structures) et, de niveaux de prise en charge associés à des exigences de ressources humaines, avec des ratios infirmiers différenciés selon l'intensité des soins. Sont ainsi cités les pédiatres, psychiatres, infirmiers, puéricultrices, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, intervenants en activité physique adaptée (APA), agents de service d'hygiène, assistants du service sociale et secrétaires (1).

Pour les soins palliatifs, le cadre juridique s'appuie surtout sur des circulaires, référentiels et plans nationaux qui décrivent des organisations cibles en unités de soins palliatifs (USP), lits de soins palliatifs (LISP), équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), articulation territoriale et proposent des repères de moyens, sans instaurer de ratios réglementaires uniformes. Les ratios sont exprimés sous la forme d'équivalent temps plein (ETP)/file active de 200 nouveaux patients par an ou ETP/lit. Les effectifs minimums décrits comprennent plusieurs métiers au sein d'une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de soins palliatifs. Sont ainsi cités les médecins, cadres infirmiers, infirmiers, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, intervenants en activité physique adaptée (APA), agents de service d'hygiène, assistants du service sociale et secrétaires (2).

En psychiatrie, les textes juridiques décrivent quatre mentions : la psychiatrie de l'adulte, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie périnatale, soins sans consentement. Il n'y a pas de ratios indiqués. Pour chaque secteur, les textes identifient des effectifs minimums portant sur plusieurs catégories professionnelles, inscrites dans une organisation d'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Sont ainsi cités les psychiatres et psychiatres de l'enfant et de l'adolescent, pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, infirmiers, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes, intervenants en activité physique adaptée (APA), ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, éducateurs de jeunes enfants ou éducateurs spécialisés, enseignants, aides-soignants, assistant du service social, secrétaires... Les textes juridiques définissent l'organisation et les

² nombre de médecins de permanence de soins 24h/24 et 7j/7,

conditions de fonctionnement de l'activité (composition, coordination, exigences de fonctionnement, articulation territoriale) (3).

En résumé, des textes réglementaires existent en termes d'effectifs et de RMS pour certaines spécialités. Les ratios réglementaires sont présentés dans les chapitres concernant les secteurs d'activités analysés. L'évolution apportée par la loi 2025 vise une généralisation des RMS pour toutes les catégories et pour toutes les spécialités d'hospitalisation et d'activités ambulatoires.

1.2.2. Revue de la littérature internationale

La présente note de cadrage a été préparée par une phase préparatoire reposant, conformément aux méthodes HAS, sur une analyse approfondie de la littérature.

1.2.2.1. Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée par l'interrogation des bases de données : Medline, CINAHL, The Cochrane Library, Cairn et Science Direct, et par la recherche de littérature grise, principalement sur la période 2004-2026, en langues : française, anglaise, espagnole, italienne et allemande.

La recherche a porté sur l'identification et la comparaison des différentes législations et standards internationaux puis sur les études d'impact de leur mise en œuvre. Les revues systématiques ont été prioritairement recherchées.

435 références ont été obtenues ;

381 publications ont été analysées :

112 générales,
152 de périnatalité,
83 de soins palliatifs,
34 de psychiatrie.

69 références ont été retenues pour cette note de cadrage.

1.2.2.2. Résultats des publications générales

Depuis les années 1990, plusieurs États ont mis en place des réglementations visant à encadrer le nombre de soignants par patient hospitalisé, en appliquant ou non des lois sur ce sujet.

1.2.2.2.1. Plusieurs limites structurelles

Hétérogénéité des contextes nationaux

L'hétérogénéité des contextes nationaux (organisations, cadres juridiques, métiers, périmètres) limite la transposabilité directe des ratios identifiés au système français. Les comparaisons sont en outre fragilisées par des définitions métiers et des modalités de délégation des activités très variables selon les pays.

Niveaux de preuve faibles majoritairement

La littérature internationale suggère un lien, principalement pour les infirmiers, entre le nombre de personnels soignants, la qualité des soins et la sécurité des patients, et les conditions d'exercice des professionnels, même si les données probantes à faible risque de biais restent rares.

La plupart des études sont observationnelles (souvent transversales et de faible niveau de preuve) et ne peuvent mettre en évidence que des associations sans pouvoir établir de lien de causalité. Les effets attribués aux ratios de soignants peuvent être confondus par d'autres déterminants (environnement de travail, compétences professionnelles, stabilité des équipes).

Éléments de la littérature relatifs aux ratios définis à l'échelle de l'établissement et aux ratios par spécialité

La littérature analysée à ce stade documente principalement des ratios définis à l'échelle de l'établissement ou des unités, tandis que les travaux spécifiquement rapportés par spécialité concernent surtout les secteurs de soins intensifs.

Pas de distinction entre ratios de qualité et ratios de sécurité

Les publications distinguent rarement ratios de qualité et ratios de sécurité, contrairement au cadre français tel que prévu par la loi n°2025-74.

Ratios avec une valeur plutôt que des ratios sous forme de fourchette

Les publications décrivent surtout des seuils minimaux par une valeur plutôt que des ratios sous forme de fourchettes ajustées aux contextes locaux.

Pluralité de modalité d'expression des ratios

Enfin, la diversité des métriques (patients/infirmier, heures de soins, modèles d'acuité (gravité ou criticité du patient)) reflète l'absence de consensus sur une méthode unique de dimensionnement.

1.2.2.3. Comparaisons internationales des ratios infirmiers

Des ratios infirmiers sont proposés dans les Etats suivants³ : les États-Unis (notamment la Californie, le Massachusetts, le New Jersey, New York, le Connecticut, l'Illinois, le Texas et l'Ohio), l'Australie (Victoria et Queensland), le Canada (Colombie-Britannique et Québec), ainsi que le Royaume-Uni, la Belgique, l'Irlande, la Corée du Sud, le Japon, la Chine, l'Allemagne, la Finlande et l'Espagne. Dans l'étude de Raeve *et al*, des ratios infirmiers sont définis à la fois pour les services de soins généraux et les soins intensifs dans plusieurs pays (notamment l'Allemagne, les États-Unis, l'Angleterre, la Belgique et la Chine) tandis que, dans d'autres pays comme l'Australie, la Corée, le Japon, l'Irlande, le Canada et l'Espagne, seuls des ratios dans les services de soins généraux sont identifiés (4).

Ratios infirmier/patient exprimés dans la littérature internationale

Certains Etats, telles que la Belgique, la Californie, l'État de Victoria et le Queensland, appliquent des ratios infirmiers/patients cibles définis.

La majorité des pays, dont le Royaume-Uni, l'Allemagne et le Japon, privilégient des modèles flexibles ou adaptés aux besoins spécifiques.

³ la liste des pays cités n'est pas exhaustive

À titre indicatif, la littérature rapporte les ordres de grandeur ci-dessous pour les ratios infirmier/patient et médecin/patient (les ratios sont exprimés avec deux points entre le nombre minimum de soignant et le nombre de patients) :

Monde⁴ (4) :

- Hospitalisation générale : 1:3 à 1:10 le jour ; jusqu'à 1:18 la nuit ;
- Soins intensifs : 1:1 à 1:2 ;

Europe (hospitalisation générale, moyenne) (5) : 1:8,3 le jour ; 1:20,7 la nuit ;

France (secteurs non normés, hors soins intensifs) (6, 7) :

- forte variabilité 1:2 à 1:14,5 ;
- moyennes : 1 médecin : 10,5 ; 1 interne : 8,2 ; 1 IDE : 10,8 ; 1 AS : 10.

Ces chiffres, relevés dans la littérature internationale, sont fournis à titre indicatif et doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de l'hétérogénéité des contextes nationaux, des organisations de soins, des périmètres professionnels et des modalités de calcul, qui fait obstacle à toute comparaison directe.

Impacts de la mise en place des ratios infirmiers

Les études d'impact associent un nombre de soignants plus élevé et un *skill mix* adapté (variétés des compétences métiers) à une diminution de la mortalité, de certaines complications et de la durée moyenne de séjour des patients. Ces effets dépendent toutefois de l'environnement de travail ; sur le plan économique, les coûts augmentent à court terme, mais certains modèles (États-Unis) suggèrent des économies nettes en tenant compte des complications évitées, des durées de séjour réduites (8).

La mise en place de ratios soignants a des impacts à plusieurs niveaux :

- ➔ pour les patients : un effectif infirmier suffisant est associé à une diminution du taux de mortalité, du taux d'échec de la prise en charge et de la durée de séjour, tandis qu'un effectif restreint est lié à une augmentation des événements indésirables, notamment les infections associées aux soins, les chutes, les escarres, les erreurs d'administration médicamenteuse ainsi que les soins omis ou non prodigués ;
- ➔ pour les soignants, des ratios plus favorables sont liés à une amélioration de la satisfaction professionnelle et à une réduction des maladies professionnelles et des accidents du travail ;
- ➔ sur le plan financier, la mise en œuvre de ratios peut entraîner des besoins accrus en recrutement de personnel d'assistance et générer des coûts supplémentaires, mais ces éléments doivent être appréciés au regard des bénéfices attendus en termes de qualité et de sécurité des soins.

Cependant, le ratio soignant, pris isolément, et sorti de son contexte, est insuffisant. Les comparaisons internationales mettent en évidence que les systèmes obtenant les meilleurs résultats reposent moins sur des seuils fixes que sur une combinaison de gradation des soins, de centralisation des activités à

⁴ pays étudiés : Allemagne, Australie, Corée du Sud, USA, Japan, UK, Irlande, Belgique, Finlande, Canada, Espagne et Chine

risque, de standardisation des pratiques et de systèmes d'information performants permettant un suivi continu des indicateurs (4, 6, 8-11).

Effets organisationnels et économiques constatés

Les effets organisationnels et économiques sont contrastés : malgré des bénéfices cliniques et parfois des économies à moyen terme, la mise en œuvre se heurte aux problématiques d'effectifs et peut générer des effets indésirables (fermetures de lits, reports de charge). Ces éléments interrogent la soutenabilité de dispositifs fondés sur des ratios stricts sans leviers complémentaires.

En synthèse, la littérature internationale montre un effet favorable d'effectifs soignants plus élevés, notamment infirmiers, sur la qualité des soins et la sécurité des patients ainsi que sur les conditions d'exercice, mais avec un niveau de preuve faible.

Les normes identifiées dans la littérature internationale ne sont pas directement transposables au système français, en raison de fortes hétérogénéités entre les organisations, de l'absence fréquente de distinction entre ratios de qualité et de sécurité, et d'une documentation surtout centrée sur des ratios généraux ou sur les soins intensifs. En outre, la mise en œuvre de ratios stricts soulève des enjeux majeurs de faisabilité, de soutenabilité et de risques organisationnels, ce qui plaide pour une approche française contextualisée.

1.2.3. Obstétrique - Maternité

1.2.3.1. Contexte français

Le champ de l'obstétrique et de la maternité connaît une dégradation préoccupante, marquée par une hausse de la mortalité infantile. Selon l'INSEE, depuis 2011, le taux de mortalité infantile a augmenté, passant de 3,5 ‰⁵ à 4,1 ‰ en 2024. Cette hausse s'explique uniquement par celle de la mortalité de 1 à 27 jours de vie, qui est passée de 1,5 ‰ à 2,0 ‰. Depuis 2015, le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne (12). Cette situation s'inscrit dans un contexte de tensions structurelles majeures, liées notamment à une pénurie croissante de professionnels médicaux et paramédicaux et à des conditions d'exercice dégradées, se traduisant par des difficultés de recrutement. La périnatalité présente en outre des spécificités organisationnelles fortes, reposant sur une activité continue de type urgence, à haut risque médico-légal, nécessitant une mobilisation pluriprofessionnelle permanente et des effectifs importants, difficilement soutenables dans l'ensemble des structures. Enfin, ces fragilités sont renforcées par des évolutions sociologiques affectant à la fois les professionnels et les parturientes, qui contribuent à interroger l'organisation actuelle de l'offre de soins périnatale (13).

L'organisation des maternités françaises repose sur les décrets dits « de périnatalité » du 9 octobre 1998(1, 14), qui définissent les niveaux de prise en charge (I, IIa, IIb, III) et les CTF auxquelles doivent satisfaire les établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique, complétés par le décret n° 2022-690 relatif aux soins critiques (15). Ces textes fixent, pour chaque niveau, des effectifs minimums et des ratios soignants exprimés en ETP par tranche d'accouchements annuels. La France compte en 2024 près de 450 maternités, contre plus de 800 en 1996, dans un mouvement continu de restructuration et de concentration de l'activité (16, 17).

Pour les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs, le décret de 1998 impose une présence permanente sur place à partir de 1 500 naissances annuelles, avec garde dédiée dès 2 000

⁵ Pourcentage de décès pour 1 000 naissances vivantes

accouchements ; la continuité obstétricale 24 h/24 et 7 j/7 suppose, en pratique, une équipe d'au moins quatre praticiens par discipline pour respecter le repos de sécurité. Pour les pédiatres, l'intervention doit être possible à tout moment, avec présence permanente sur place dans les maternités de niveau IIb et III. Pour les sages-femmes, le décret n° 98-900 fixe un plancher d'une sage-femme en salle de naissance jusqu'à 1 000 accouchements par an, puis une sage-femme supplémentaire par tranche de 200 accouchements, complétée d'une cadre sage-femme à partir de 1 500 accouchements (1).

Le volet paramédical du décret de 1998 prévoit, en salle de naissance et en suites de couches, la présence d'une infirmière diplômée d'État (IDE) ou d'une infirmière puéricultrice diplômée d'État (IPDE), complétée par des auxiliaires de puériculture (AP) et des aides-soignants (AS) selon le volume d'activité, avec présence permanente d'une AP ou d'une AS. Au bloc obstétrical, il prévoit la présence d'un infirmier de bloc opératoire (IBODE) ou d'un IDE formé pour les césariennes, ainsi que celle d'un infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) assistant systématiquement l'anesthésiste lors des actes d'anesthésie péri-médullaire ou générale, conformément au décret de compétences. Les infirmiers en pratique avancée (IPA), créés par le décret n° 2018-629, ne sont pas mentionnés dans le cadre réglementaire actuel, alors même que plusieurs sociétés savantes recommandent leur intégration dans les parcours pré- et post-partum complexes (18).

Vingt-sept ans après leur publication, ces ratios apparaissent en décalage avec l'évolution démographique et clinique. La baisse de la natalité (677 800 naissances en 2024, plus bas niveau depuis 1946) (12) ne s'est pas traduite par une diminution homogène sur le territoire français de la charge en soins : la part des accouchements à haut risque, liée notamment à l'âge maternel avancé, aux comorbidités, à l'obésité, aux troubles psychiques ou à la prématurité, progresse de manière continue (19). La démographie médicale en gynécologie-obstétrique est marquée par un vieillissement, une féminisation et un recours croissant à l'intérim, dans un contexte de non-respect fréquent du repos de sécurité (20). Les sages-femmes connaissent, quant à elles, une attrition élevée en maternité hospitalière et un report vers l'exercice libéral, alimentant des tensions structurelles sur les effectifs de jour comme de nuit (21). Les enquêtes professionnelles convergent ainsi vers le constat d'un sous-effectif chronique dans certaines maternités, en particulier pour les IDE/IPDE, les AP et les AS, avec un recours important aux heures supplémentaires et à l'intérim, ainsi qu'une rotation du personnel élevée fragilisant la continuité des équipes (17, 22). Dans ce contexte, les seuils issus des décrets de 1998 apparaissent aujourd'hui insuffisants pour rendre compte de la charge réelle en soins, indépendamment des variations d'acuité et de la restructuration territoriale de l'offre périnatale.

Depuis le décret de 1998, l'organisation de la périnatalité repose sur une gradation des soins principalement définie à partir du niveau de prise en charge néonatale. Les évolutions récentes des besoins de santé invitent à élargir cette approche à la prise en charge maternelle, en intégrant les capacités de recours et les ressources nécessaires à la gestion des complications obstétricales. Cette vision intégrée de la dyade mère-enfant constitue un déterminant majeur de la sécurité des parcours en périnatalité.

1.2.3.2. Données de la littérature nationale et internationale

À l'international, les ratios soignants en maternité sont généralement plus explicites qu'en France et sont le plus souvent exprimés en nombre de patientes par soignant. Une revue de synthèse publiée en 2024 met en évidence leur forte hétérogénéité, ainsi que la rareté des études portant sur leur mise en œuvre effective (23).

S'agissant des médecins, les données disponibles demeurent limitées. Une analyse allemande publiée en 2025 a mis en évidence l'influence du nombre de gynécologues-obstétriciens et de pédiatres par lit ouvert sur le ratio césariennes observées/attendues, soulignant l'importance d'un seuil minimal de présence pour limiter la variabilité des pratiques. Une revue britannique de 2025 relative à aux médecins de spécialité gynécologie obstétrique en formation invite, quant à elle, à fonder les repères, en termes d'allocation de ressources humaines, sur la charge de travail plutôt que sur le seul volume d'activité. Pour les anesthésistes-réanimateurs et les IADE, les recommandations de la SFAR et de l'*Association of Anaesthetists* prévoient une présence dédiée 24 h/24 dès lors que l'activité d'analgésie péridurale dépasse 1 500 actes annuels, ainsi qu'une disponibilité immédiate d'un IADE au bloc obstétrical. Les standards péri-opératoires internationaux recommandent au moins 2,5 IDE ou IBODE par salle de césarienne, dont au moins un IBODE. Pour les sages-femmes, les données internationales convergent vers la nécessité de déterminer les effectifs à partir de la charge réelle en soins et non du seul nombre de naissances, en favorisant, lorsque la situation clinique l'exige, une organisation de type « une femme, une sage-femme » pendant le travail (24, 25).

Pour les sages-femmes, la référence britannique du « *one-to-one care* » constitue un standard structurant, selon lequel toute femme en travail actif devrait bénéficier d'une sage-femme dédiée à 100 % de son temps (26, 27). Ce principe est opérationnalisé, au Royaume-Uni, par l'outil Birthrate Plus®, qui pondère chaque naissance en fonction de la complexité maternelle et néonatale. En Australie, le *Safe Patient Care Act* 2015, révisé en 2025, impose 1 sage-femme pour 1 femme en travail et 1 pour 4 en suites de couches (28); en Californie, le dispositif AB 394 codifie depuis 2004 un ratio de 1:1 en travail-naissance et de 1:4 en post-partum pour les dyades mère-enfant (29). Au Canada, les recommandations de l'AWHONN prévoient 1 infirmière par femme en travail, 2 infirmières lors de l'expulsion et un binôme complet pendant les deux premières heures du post-partum, puis 1 infirmière pour 3 dyades mère-enfant lorsque la situation se stabilise (30). La revue systématique de Mattock *et al.* (2025), incluant 23 études menées dans des pays de l'OCDE, montre qu'une charge de travail élevée chez les sages-femmes est significativement associée à des retards de prise en charge, à une augmentation des accouchements instrumentaux et des césariennes, ainsi qu'à des issues maternelles dégradées (31). Une étude multicentrique anglaise publiée en 2024 a également montré qu'une diminution du nombre de sages-femmes était associée à une majoration du risque de réadmission maternelle à sept jours (32).

En France, le référentiel professionnel publié en 2020 par le CNGOF, la SFAR, la SFMP, la SFN et le CNSF ⁶ propose une mise à jour de ces seuils : un deuxième obstétricien à partir de 4 500 naissances et 6 ETP de SF pour 1 000 accouchements, avec un renfort d'un ETP par tranche de 200 naissances supplémentaires (33).

L'OMS recommande la méthode WISN (*Workload Indicators of Staffing Need*) pour estimer les besoins en sages-femmes, IDE, IPDE et personnels d'appui à partir du temps standard requis par activité (34). Cette méthode est désormais expérimentée en maternité française (35). Les méta-analyses d'Aiken et les travaux Cochrane confirment qu'une augmentation de la charge en patients par IDE est associée à une mortalité hospitalière accrue, et qu'un *skill mix* appauvri, marqué par une diminution de la part d'IDE ou de sages-femmes qualifiés, est également associé à une dégradation des résultats (36-38). La littérature demeure toutefois peu documentée concernant les IPA, les IBODE et les AP/AS en maternité. Plusieurs auteurs soulignent en outre qu'une application strictement administrative des ratios

⁶ CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens ; SFAR : société française d'anesthésie réanimation ; SFMP : société française de médecine périnatale ; SFN : société française de néonatalogie ; CNSF : collège national des sages-femmes de France

peut induire des effets organisationnels non souhaités, tels que des fermetures de lits, des transferts inter-établissements ou un allongement des distances d'accès, ce qui impose une approche modulée par la charge réelle en soins (39, 40).

En synthèse, l'obstétrique et la maternité constituent un champ historiquement normé par les décrets de 1998, mais aujourd'hui confronté à un décalage croissant entre les seuils réglementaires existants, la complexification des prises en charge et les tensions démographiques touchant l'ensemble des catégories de soignants. Le croisement des données françaises et internationales est en faveur d'une révision des ratios minimaux intégrant la charge réelle en soins, l'acuité obstétricale, la qualification des équipes et la diversité des professions mobilisées en tenant compte de données d'activité contextualisées.

1.2.4. La néonatalogie

1.2.4.1. Contexte français

La néonatalogie française s'inscrit dans une organisation structurée autour de trois niveaux de prise en charge (IIa, IIb, III), définis par des CTF issues des décrets de périnatalité de 1998 (1). La France compte 67 services de réanimation néonatale (16). Si ce cadre a permis une spécialisation progressive de l'offre et une amélioration globale de la prise en charge des nouveau-nés à risque, en 2026, il apparaît inadapté aux évolutions actuelles de l'activité et de la charge en soins.

Comme dans les autres pays, la restructuration des maternités en France, même si elle est de moindre ampleur, est marquée par une concentration de l'activité obstétricale et néonatale dans un nombre plus restreint d'établissements. Elle concourt à modifier les équilibres initiaux de l'offre de soins. L'une de ses premières conséquences est un taux d'occupation très élevé dans certaines unités de néonatalogie, compris entre 91 % et 94 %, alors que la cible généralement retenue est de 80 % (41, 42).

Il existe une hétérogénéité territoriale de l'offre de soins, comme le montrent les données de 2024 issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les niveaux les plus élevés de capacité en lits, supérieurs à 1,6 lit pour 1 000 naissances, sont principalement observés dans les départements et régions d'outre-mer. Dans l'hexagone, les régions les mieux dotées se situent dans le Nord et l'Ouest. Selon les données de la DREES cet indicateur est en augmentation depuis neuf années, évolution qui s'explique en grande partie par la baisse récente de la natalité (16).

Dans le même temps, la baisse de la natalité ne s'est pas traduite par une diminution proportionnelle de l'activité néonatale, et de manière homogène sur le territoire, en raison de la complexification des prises en charge, de l'augmentation des admissions pour raisons médicales et du poids persistant de la prématurité sévère. Celle-ci demeure stable en proportion, mais concentre une part importante de la morbidité et de la mortalité néonatales, avec une progression des situations d'extrême prématurité et des admissions en soins critiques.

L'hospitalisation à domicile (HAD) en néonatalogie connaît une progression soutenue depuis 2019, avec une augmentation marquée de l'activité, mais son déploiement demeure hétérogène selon les régions. En 2024, près de 6 300 nourrissons de moins de 3 mois ont été pris en charge dans ce cadre. Cette dynamique apparaît particulièrement concentrée en Île-de-France, qui regroupe à elle seule près de la moitié de l'activité nationale. Les données disponibles mettent ainsi en évidence un développement réel de l'HAD en néonatalogie, mais encore inégalement structuré sur le territoire.

Les décrets de 1998 fixent en néonatalogie des seuils minimaux de sécurité exprimés en nombre de nouveau-nés par infirmier : 1 IDE ou IPDE pour 6 nouveau-nés en unité de néonatalogie, 1 pour 3 en

unité de soins intensifs de néonatalogie et 1 pour 2 en réanimation néonatale et médecin 24/7. Ces ratios ont été conçus comme des garanties structurelles minimales de sécurité des soins, indépendamment des variations de charge en soins, de l'évolution des pratiques ou de la restructuration territoriale de l'offre périnatale.

Dans un contexte où ces ratios constituent des seuils minimaux inchangés depuis le décret de 1998, les données nationales mettent en évidence une tension structurelle variable mais croissante sur les ressources humaines. Les soins critiques de néonatalogie sont confrontés à une tension marquée sur les ressources médicales, caractérisée par un nombre insuffisant de néonatalogistes formés, des postes vacants dans une majorité de services et des difficultés à assurer la permanence des soins. Selon la SFN, cette situation s'accompagne d'une dégradation des conditions de travail et de l'attractivité de la spécialité, contribuant à entretenir un déséquilibre structurel entre les besoins et les ressources disponibles (Société Française de Néonatalogie, 27 juin 2025).

1.2.4.2. Données de la littérature nationale et internationale

À l'international, ce sont les ratios infirmiers qui ont été largement étudiés en néonatalogie. Ils sont généralement plus explicites et plus exigeants qu'en France, et sont exprimés directement en nombre de nouveau-nés par infirmier. Dans les unités de soins intensifs néonataux (NICU), les pays tels que les États-Unis, le Canada, l'Australie et le Royaume-Uni appliquent des ratios allant de 1 infirmier pour 1 à 2 nouveau-nés, avec des exigences renforcées dans les situations de réanimation ou de très grande prématurité, pouvant aller jusqu'à 1 infirmier pour 1 nouveau-né. Ces ratios sont mobilisés comme des standards de sécurité (43).

Certaines études confirment que la dotation infirmière en néonatalogie constitue un déterminant important des résultats cliniques, notamment en termes de mortalité, de morbidité, de soins non réalisés et d'infections néonatales (44).

À titre d'exemple, une étude multicentrique conduite dans des unités de soins intensifs néonataux de niveau III a mis en évidence une association entre la dotation infirmière et le taux d'occupation de l'unité, d'une part, et la mortalité ainsi que la morbidité des grands prématurés, d'autre part (45, 46). Les études ont montré que les soins non réalisés concernent la surveillance du site de perfusion intraveineuse, l'évaluation clinique du nourrisson, les soins de développement et le soutien à l'allaitement (47). Dans une cohorte rétrospective multicentrique menée aux États-Unis, une association entre le sous-effectif infirmier et les infections associées aux soins chez les nouveau-nés de moins de 1 500 g a également été observée (48).

Ces résultats majoritairement issus d'études observationnelles, ce qui limite l'établissement de relations causales robustes. Ils doivent également être interprétés à la lumière de facteurs susceptibles d'influencer les résultats, tels que l'environnement de travail, l'organisation des unités ou la qualification des équipes.

Les travaux convergent pour souligner l'importance de la présence effective d'infirmiers au lit du malade, le rôle de la qualification et de l'expérience des équipes, ainsi que la prise en compte de la charge de travail.

Au Canada, un outil spécifique a été développé pour mieux ajuster les effectifs infirmiers à la charge réelle en soins en néonatalogie : la WANNNT (49). Les travaux qui mobilisent ce type d'outil, y compris en France à partir des résultats canadiens, mettent en évidence un écart fréquent entre les normes réglementaires et les besoins réels, en particulier dans les situations de forte acuité ou de variabilité clinique rapide. Par ailleurs, plusieurs études soulignent que la charge de travail perçue par les IDE

constitue un déterminant majeur des soins manqués, parfois plus discriminant que les ratios formels eux-mêmes (50).

Pour les effectifs infirmiers, l'enquête nationale menée par la SFN en 2023 en France a permis d'évaluer leur adéquation à la charge réelle en soins à l'aide de la grille WANNNT (*Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Needs Tool*). Développée et validée au Canada en 2009, cette échelle permet d'apprécier la charge en soins infirmiers en unités de soins intensifs néonataux à partir d'une classification des nouveau-nés en cinq niveaux, déterminés selon plusieurs dimensions cliniques : âge gestationnel, état respiratoire, hémodynamique, neurologique, chirurgical et autres besoins spécifiques.

Les résultats de cette enquête de la SFN montrent que la majorité des journées étaient en sous-effectif de personnels physiquement sur place, atteignant 70,5 % lorsque celui-ci était estimé à partir de la charge en soins, contre 58,8 % selon les normes des décrets de 1998. Ils indiquent ainsi que, lorsque les besoins sont appréciés à l'aide de la grille WANNNT, les décrets de 1998 sous-estiment les besoins en personnel infirmier dans près de 90 % des situations (41).

En 2024, la SFN a réalisé une enquête complémentaire auprès de l'ensemble des services de néonatalogie de niveau III (42). Un décalage important a été observé entre les effectifs réellement disponibles au lit du malade et les effectifs jugés nécessaires par les équipes. À titre d'illustration, les effectifs médicaux sont jugés insuffisants dans 46 % des services pour l'activité au lit du malade, avec un écart entre temps réel et temps souhaité (médiane de 1,3 contre 1,8 demi-journées par lit et par semaine).

Les enquêtes professionnelles mettent en évidence la perception d'un sous-effectif infirmier fréquent, un recours important aux heures supplémentaires et à l'intérim, ainsi qu'une rotation élevée des équipes, dans un contexte où la formation initiale infirmière ne prévoit pas de spécialisation obligatoire en néonatalogie. Cette situation fragilise la continuité des prises en charge et la stabilité des collectifs de travail.

La littérature anglaise indique qu'une utilisation trop stricte et administrative des ratios infirmiers peut conduire à la fermeture de lits lorsque le personnel manque, ce qui risque d'aggraver la saturation des unités et de détériorer l'accès aux soins. Ces constats rejoignent les analyses des entretiens des parties prenantes, qui appellent à privilégier des références encadrées, adaptables et fondées sur la charge réelle en soins, plutôt que des seuils trop mécaniques.

Concernant les aides-soignants et les auxiliaires puéricultrices, aucun article ne mentionne de ratios en néonatalogie du fait de l'absence d'équivalent homogène dans les autres pays.

Les besoins en personnels médicaux sont peu étudiés, et ils ne sont pas facilement transposables à l'organisation des soins en France car les activités des médecins et des sages-femmes ainsi que l'organisation des soins diffèrent fortement d'un pays à l'autre.

Les besoins en sages-femmes sont exprimés sous forme de ratio selon un seuil minimum de sécurité, comme pour les infirmières mais les ratios concernant les sages-femmes sont moins étudiés. Cela peut s'expliquer par des modèles d'organisation des maternités et services de néonatalogie différents et non comparables selon les pays ainsi qu'une autonomie variable des sage-femmes selon les pays.

L'étude internationale de Sahroor *et al.* (2019), menée auprès de 325 unités néonatales de niveau tertiaire dans 10 réseaux internationaux⁷, met en évidence une forte hétérogénéité de la disponibilité des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés. Si une présence continue de néonatalogistes et d'internes est observée dans environ 60 % des unités, l'accès

⁷ Australie/Nouvelle-Zélande, Canada, Finlande, Illinois, Israël, Japon, Espagne, Suède, Suisse et Toscane

aux autres professionnels de soutien apparaît beaucoup plus variable, notamment pour les pharmaciens, diététiciens, consultants en lactation et personnels de soutien aux parents. Ces résultats soulignent l'absence d'organisation homogène des ressources humaines entre les unités et les pays (51).

Au Royaume-Uni, une enquête conduite en 2019 auprès de 191 services de néonatalogie a mis en évidence des tensions récurrentes sur les effectifs médicaux, en particulier pour les personnels de niveau junior, ainsi qu'un faible respect des standards de dotation définis par la *British Association of Perinatal Medicine* (BAPM). Ces tensions apparaissaient plus marquées en semaine et le week-end, avec des effectifs réduits le week-end, un moindre soutien administratif et une disponibilité très limitée des professionnels paramédicaux et des services de soutien. L'étude souligne également une variabilité importante entre les unités et selon les régions, ainsi qu'une dégradation perçue des conditions d'exercice le week-end. Ces résultats suggèrent une fragilité de l'organisation des ressources humaines en néonatalogie, susceptible d'affecter les conditions de fonctionnement des services (52).

Une étude menée aux États-Unis auprès de 32 experts a permis d'aboutir à 24 recommandations consensuelles visant à améliorer les pratiques de dotation en néonatalogistes. Ces recommandations portent notamment sur la répartition des activités cliniques et non cliniques, l'organisation du temps de travail et la flexibilité des effectifs, avec une attention particulière portée à leur faisabilité et à leur caractère adaptable aux contraintes propres à chaque établissement mais il n'existe pas de recommandation précise sur les ratios de néonatalogistes (53).

En synthèse, la néonatalogie constitue un champ historiquement normé mais aujourd'hui confronté à une inadéquation croissante entre les seuils réglementaires existants, l'évolution de l'activité et la charge réelle en soins. Le croisement des données françaises et internationales est en faveur d'une approche des ratios intégrant explicitement l'acuité des patients, la qualification et l'expérience des équipes, ainsi que la variabilité des situations cliniques et organisationnelles.

Éléments transversaux à prendre en compte pour la définition des RMS en périnatalité

Au-delà des constats propres à l'obstétrique et à la néonatalogie, la phase exploratoire met en évidence plusieurs éléments transversaux à prendre en compte dans la définition des ratios minimum soignants en périnatalité.

La prise en compte des dimensions médico-psycho-sociales, incluant la santé mentale, l'accompagnement social et le soutien à la parentalité, constitue une composante structurante des besoins en soins, en particulier en périnatalité.

Au-delà des niveaux d'effectifs, les délais de prise en charge, notamment en situation d'urgence, constituent un déterminant essentiel de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Les organisations permettant une disponibilité immédiate des professionnels doivent, à ce titre, être distinguées des modèles reposant sur des délais d'intervention différés.

La prise en compte des modalités d'organisation de la permanence des soins (présence sur site, astreinte, nombre et structuration des lignes de garde) constitue également un déterminant important compte tenu de leur impact direct sur les délais de prise en charge et sur la sécurité des patients.

L'organisation des soins ne peut être appréhendée à la seule échelle de l'établissement. Les travaux nationaux et internationaux décrivent la nécessité d'une approche territoriale intégrée, articulant niveaux de recours, structures de proximité et dispositifs de coordination. Les évolutions des ressources médicales et paramédicales doivent ainsi être pensées dans une logique de bassin de naissance et de gradation territoriale de l'offre, afin de concilier sécurité des prises en charge et accessibilité des soins.

Ces éléments confirment que la définition de ratios minimum soignants repose sur les volumes d'activité, et intègre également des déterminants organisationnels, territoriaux et temporels de la qualité des soins, de la sécurité des patients et des conditions d'exercice des soignants.

1.2.5. Les soins palliatifs

1.2.5.1. Contexte français

Les plans nationaux de soins palliatifs visent une couverture territoriale aussi équitable que possible. L'instruction interministérielle de 2023 demande aux agences régionales de santé d'organiser des filières graduées, articulant unités de soins palliatifs (USP), lits identifiés de soins palliatifs (LISP), hospitalisation à domicile (HAD), hôpitaux de jour « médecine palliative » et équipes mobiles ou ressources, avec des repères d'implantation, de disponibilité et de délais de réponse (54).

En 2025, l'offre en soins palliatifs représente 8 666 lits, avec une progression marquée des LISP et un rôle croissant de l'HAD. Les équipes mobiles intervenant au domicile apparaissent indispensables pour améliorer l'accès et la continuité des prises en charge. Malgré ces évolutions, des disparités territoriales persistent, parfois compensées par des organisations alternatives ou par des expérimentations récentes, telles que les maisons d'accompagnement (55).

Selon la Cour des comptes, les effectifs réels seraient en deçà des cibles recommandées, révélant un écart structurel entre les ambitions affichées et les capacités réelles de mise en œuvre. À titre d'exemple, il est recommandé 9 IDE ETP pour 10 lits d'USP, alors que les effectifs observés se situent davantage entre 7,2 et 8 IDE ETP pour 10 lits (2, 55).

Les soins palliatifs pédiatriques reposent sur une offre plus récente et spécialisée, structurée autour de 23 équipes régionales ressources, complétées par des lits identifiés au sein des services pédiatriques et par des équipes mobiles hospitalières (54).

Les soins palliatifs constituent un champ dans lequel la question des ratios soignants se heurte à des limites structurelles fortes, tant sur le plan conceptuel qu'opérationnel. Contrairement à d'autres secteurs hospitaliers, ils se caractérisent par une faible normativité des effectifs, malgré une reconnaissance juridique ancienne du droit d'accès aux soins palliatifs. Ce décalage traduit une tension persistante entre l'affirmation de principes éthiques et l'absence de garanties capacitaires minimales.

1.2.5.2. Données de la littérature nationale et internationale

Dans plusieurs pays européens, dont la France, l'Espagne, l'Italie, la Belgique, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, l'accès aux soins palliatifs est reconnu sans qu'existent pour autant de ratios réglementaires de personnel.

En France comme à l'international, les repères de dotation en soins palliatifs relèvent majoritairement de recommandations indicatives, de circulaires et de référentiels organisationnels, sans valeur réglementaire forte. Quelques Etats ont toutefois défini des objectifs chiffrés. En Caroline du Sud, dans les hospices, les repères de *staffing* varient selon la file active, avec deux soignants pour 0 à 10 patients, trois en journée pour 11 à 20 patients, puis un soignant supplémentaire par tranche de 10 patients. En Colombie-Britannique, un ratio de 1 infirmier pour 3 patients est prévu en soins palliatifs hospitaliers (8, 56-60).

Selon l'OCDE, parmi les 23 pays étudiés, l'Autriche et le Royaume-Uni constituent deux exemples de planification associant des objectifs chiffrés à des calendriers de déploiement pour améliorer l'accès aux soins palliatifs (61).

Cette situation reflète la difficulté intrinsèque à traduire la complexité palliative en seuils quantitatifs simples. Une revue de Gharbi et al. (2024) a mis en évidence le caractère multidimensionnel de la charge de travail infirmière, dépendant à la fois du type de soins dispensés, des caractéristiques des patients, des profils professionnels et du contexte organisationnel (62). En soins palliatifs, cette charge combine des soins cliniques complexes, un accompagnement relationnel intense, le soutien aux proches, la coordination interdisciplinaire et la gestion de situations de fin de vie souvent instables. Les ratios fondés sur le nombre de lits, de patients ou sur la file active captent mal cette réalité, au risque de sous-estimer des dimensions non techniques pourtant centrales dans ces prises en charge (63).

Les données convergent pour montrer que la qualité des soins palliatifs dépend largement de la compétence métier, de l'expérience et de la stabilité des équipes. Le *skill mix*, la formation continue et la coordination des acteurs apparaissent comme des leviers plus déterminants que les ratios eux-mêmes. Des équipes insuffisamment formées ou isolées peinent à compenser un sous-dimensionnement par de simples ajustements organisationnels.

En synthèse, les soins palliatifs interrogent la pertinence d'une approche classique des ratios. Ils appellent une réflexion dépassant la seule question du nombre de soignants, articulant des repères capacitaires souples, une évaluation qualitative de la charge en soins et un renforcement des compétences métiers ainsi que de la coordination territoriale.

1.2.6. La psychiatrie

1.2.6.1. Contexte français

La psychiatrie se déploie dans une pluralité de modalités de prise en charge : hospitalisation complète, hospitalisation partielle, centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), dispositifs mobiles (CMP, CATTP et dispositifs mobiles sont des activités ambulatoires). Un virage progressif vers l'ambulatoire est observé depuis ces dernières années. La psychiatrie s'articule avec les autres professionnels et établissements des secteurs médico-social, social et sanitaire.

La psychiatrie constitue un champ dans lequel la question des ratios soignants se pose avec une acuité particulière, tout en se heurtant à des limites structurelles fortes qui rendent délicate une approche strictement quantitative.

Cette complexité structurelle se reflète dans l'histoire même de l'organisation des soins psychiatriques en France. La psychiatrie ne dispose pas de ratios soignants juridiquement contraignants. Cette absence traduit un choix historique et conceptuel, la discipline s'étant construite autour de la sectorisation, de la responsabilité populationnelle et de la continuité des parcours, plutôt que sur des normes capacitaires par unité ou par lit.

Les textes réglementaires définissent des exigences de composition pluridisciplinaire, tout en laissant une large marge d'adaptation locale. Cette souplesse, pensée comme un atout, devient toutefois une fragilité dans un contexte de pénurie durable de professionnels, où l'absence de seuils minimaux favorise des écarts importants entre territoires et entre établissements (3).

Parmi les déterminants de la charge en soins en psychiatrie il y a notamment des activités relationnelles, longitudinales et variables. Elle dépend de la sévérité des troubles, de la phase de la pathologie, du contexte social et familial ainsi que du degré d'autonomie du patient.

Ces dimensions sont mal appréhendées par des indicateurs simples tels que le nombre de lits, le volume d'actes ou le nombre de patients suivis.

1.2.6.2. Données de la littérature nationale et internationale

La littérature internationale relative aux ratios en psychiatrie demeure peu abondante et hétérogène (9, 29, 64). Les rares repères chiffrés disponibles varient fortement selon les pays, les modèles de soins et les professions considérées. Les études reposent majoritairement sur des approches observationnelles et ne permettent pas d'établir de relation causale robuste entre ratios et résultats cliniques.

À l'international, quelques Etats ont retenu un cadre contraignant avec un ratio soignant-soigné explicite en psychiatrie.

En Australie, dans le Queensland, les unités aiguës de psychiatrie adulte du secteur public appliquent un ratio de 1 soignant pour 4 patients le jour et de 1 pour 7 la nuit. Aux États-Unis, en Californie, les unités psychiatriques hospitalières doivent respecter un ratio de 1 professionnel infirmier autorisé pour 6 patients ou moins à tout moment. L'Allemagne dispose également d'un cadre contraignant, non fondé sur un ratio strict mais sur un dimensionnement fixé par la réglementation PPP-RL⁸. En dehors de ces cadres, la plupart des pays ayant travaillé sur les effectifs en psychiatrie privilégient des approches plus souples, non fondées sur des ratios normés.

Les expériences étrangères, notamment dans le Queensland ou en Angleterre, montrent que les effets positifs attribués aux effectifs sont souvent indissociables de facteurs organisationnels tels que la qualité de la coordination, la stabilité des équipes, la continuité des parcours et l'intégration territoriale des soins (64, 65). Pris isolément, les ratios apparaissent donc comme un levier insuffisant.

Une étude française récente, fondée sur des données nationales exhaustives, a montré qu'un ratio infirmiers/patients plus élevé est associé à une probabilité plus faible de recours à la contention mécanique lors des hospitalisations psychiatriques sans consentement, indépendamment des caractéristiques des patients, des établissements et du contexte territorial. En revanche, aucun lien significatif n'est retrouvé avec le recours à l'isolement, ce qui souligne la complexité des mécanismes en jeu et la nécessité de distinguer les différentes formes de mesures d'isolement (66).

Aucune association robuste n'a été mise en évidence entre les seules mesures de dotation en personnel et l'environnement de travail des équipes. D'autres déterminants organisationnels, tels que la stabilité et la composition des équipes, le recours au personnel non permanent, le leadership ou le soutien managérial, jouent un rôle majeur (67, 68).

L'instauration de ratios opposables en psychiatrie comporte des risques identifiés : rigidification des organisations, recentrage excessif sur certains modes de prise en charge et fragilisation des dispositifs ambulatoires et territoriaux.

Dans un contexte de pénurie, des seuils chiffrés pourraient paradoxalement conduire à des réductions d'activité ou à des fermetures de capacités, sans amélioration tangible de la qualité des soins, voire au détriment de l'accès à l'offre de soins.

Les analyses convergent pour montrer que la qualité des soins psychiatriques dépend avant tout de la stabilité des équipes, du *skill mix*, de l'expérience des professionnels et de la capacité à travailler en réseau. Ces éléments sont plus déterminants que le respect formel de ratios numériques, en particulier dans les prises en charge de longue durée.

En synthèse, la psychiatrie est un champ dans lequel les ratios soignants seront à envisager en prenant en compte la complexité des situations cliniques, la diversité des organisations et la nature

⁸ *Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik - Richtlinie*

relationnelle des soins. Ces facteurs impliquent une approche contextualisée et articulée à d'autres leviers, notamment l'organisation territoriale, la formation et la coordination.

1.2.7. Intégration des RMS dans les productions de la HAS

Donner un avis sur les RMS s'inscrit pleinement dans la stratégie de la HAS, notamment dans le deuxième axe stratégique 2025-2030 de la HAS, visant à assurer la qualité des soins, ainsi que la sécurité des patients et des conditions d'exercice des soignants dans un système de santé en tension.

L'examen des productions de la HAS au regard de la présente mission met en évidence que la HAS, avant d'engager des travaux sur les ratios dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de 2025, a déjà développé ces dernières années des travaux directement mobilisables sur plusieurs dimensions structurantes : déterminants de la qualité des prises en charge, sécurité des soins, événements indésirables graves associés aux soins, accréditation des médecins dans les spécialités à risque et plus particulièrement l'accréditation en équipe, certification des établissements, e-satis, place des usagers et recommandations de bonnes pratiques. Ces productions convergent vers des données documentées : le travail en équipe, l'adaptation des ressources humaines, les effectifs, la composition des équipes, leur stabilité ainsi que le niveau de compétence des professionnels constituent des déterminants majeurs de la qualité des soins et de la sécurité des prises en charge des patients.

Des recommandations décrivent les bonnes pratiques dans les secteurs de la périnatalité, des soins palliatifs, de la santé mentale et de la psychiatrie.

La certification des établissements positionne le travail en équipe comme l'un des trois chapitres socles de la démarche et évalue notamment l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge.

Pour cette mission, au sein de la HAS, en dehors de son collège, un comité de pilotage interne (COPIL Ratio), un groupe de travail interne Ratio LAB et la CCES⁹ sont mobilisés tout au long du processus.

1.2.8. Entretiens exploratoires auprès des parties prenantes

Les entretiens avec les parties prenantes ont été essentiels lors de la phase exploratoire.

Durant la période exploratoire, près de 90 entretiens ont été réalisés et 260 personnes ont été rencontrées (liste des parties prenantes sollicitées en annexe 4).

Ont notamment été rencontrés : des organisations de professionnels de terrain (sociétés savantes, conseils nationaux, syndicats et associations professionnels, associations de directeurs (AFDS, ADH...), des organisations professionnelles nationales (fédérations, conférences, ordres professionnels, académie de médecine, comités d'entente CEFIEC, agences régionales de santé, agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, syndicats nationaux...), des associations de patients et d'usagers en lien avec les spécialités concernées, des responsables hospitaliers (conférences des directeurs généraux, de présidents de CME (commission médicale d'établissement)), des experts institutionnels (IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les

⁹ CCES : Commission de certification des établissements de santé

personnalités qualifiées de la mission d'expertise relative à la santé périnatale et maternelle, des directeurs des systèmes d'information, des médecins DIM, des psychologues, un sociologue ainsi que des experts européens et internationaux.

D'autres entretiens exploratoires sont envisagés en fonction du calendrier.

Les personnes auditionnées indiquent que la gestion des effectifs soignants paramédicaux est principalement réalisée par les cadres de santé et les directeurs des soins. La gestion des effectifs médicaux est réalisée par les chefs de service et les directeurs en charge des affaires médicales. Ils élaborent et pilotent les organisations de travail au regard des besoins en soins, des compétences disponibles et des contraintes de fonctionnement.

Les parties prenantes ont exprimé des points de consensus, des points de dissensus et des points de vigilance. Des parties prenantes ont transmis des contributions à la HAS.

1.2.8.1. Points de consensus

Prise en compte de la charge réelle en soins

Les auditions ont mis en évidence la convergence des avis sur la nécessité d'appréhender les ratios soignants au regard de la charge réelle de soins et, plus largement, de la charge de travail, incluant les temps de soins, les temps auprès des patients, les activités afférentes (personnels référents en logistique, en lactation, en soutien à la parentalité, des proches, des aidants, pour la formation des étudiants en santé et des nouveaux professionnels, la coordination, l'information, les soins spécifiques, les soins de développement, la recherche, la participation à des revues de mortalité-morbidité (RMM), à des comités de retour d'expérience (CREX), à des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), à des formations continues, diplômantes,...).

Importance des compétences métiers

Les auditions ont mis en évidence le rôle déterminant des compétences métiers dans la définition des besoins en effectifs. Au-delà du seul nombre de professionnels, la qualification, le niveau d'expertise, l'expérience et la spécialisation des équipes apparaissent comme des facteurs majeurs de qualité des soins, la sécurité des patients et les conditions d'exercice. Les contributions ont souligné notamment l'importance du maintien de compétences spécifiques, en particulier dans les activités à risque ou à forte variabilité clinique (salle de naissance, soins critiques néonataux, situations obstétricales complexes), ainsi que la nécessité d'équipes stables et entraînées. Elles ont insisté également sur la notion de *skill mix* (articulation entre les différents niveaux de qualification au sein des équipes), conditionnant la capacité à répondre de manière adaptée à la diversité des situations. Enfin, les auditions ont mis en avant que les besoins en compétences ne se limitent pas aux actes techniques, mais intègrent également des dimensions relationnelles, de coordination, de formation et de gestion des situations critiques, qui doivent être pleinement prises en compte dans la réflexion sur les ratios.

Environnement de travail et déterminants organisationnels des besoins en effectifs

Les auditions ont mis en évidence que les éléments d'environnement de travail constituent des déterminants essentiels dans l'appréciation des besoins en effectifs et ne peuvent être dissociés de la réflexion sur les ratios soignants. Les acteurs ont insisté sur l'importance du management de proximité, de la qualité de la coordination des équipes et de la synchronisation des professionnels dans des environnements de soins caractérisés par une forte variabilité d'activité. Le travail en équipe pluridisciplinaire, la stabilité des collectifs et la qualité de vie au travail apparaissent comme des leviers majeurs pour garantir la continuité et la sécurité des prises en charge. Les auditions ont également mis

en avant le rôle structurant des fonctions supports (logistique, coordination, systèmes d'information) et de l'organisation des activités, qui conditionnent directement l'efficacité des équipes soignantes. Enfin, l'architecture des locaux, l'ergonomie des espaces de travail et leur adaptation aux pratiques cliniques sont identifiées comme des facteurs influençant à la fois la fluidité des parcours, la charge de travail réelle et les conditions d'exercice des professionnels.

Importance du suivi d'indicateurs

Les auditions ont mis en évidence l'importance structurante du suivi d'indicateurs dans la réflexion et la mise en œuvre des ratios soignants. Les acteurs auditionnés ont souligné la nécessité de disposer d'indicateurs robustes, réguliers et partagés permettant d'objectiver à la fois la charge en soins, les conditions d'exercice des professionnels et les résultats en termes de qualité et de sécurité des prises en charge. Ces indicateurs doivent couvrir des dimensions variées, notamment la mortalité et la morbidité (périnatales ou spécifiques selon les spécialités), les événements indésirables, les soins non réalisés, les délais de prise en charge, les RMM, les CREX, ainsi que des éléments relatifs à l'attractivité et à la stabilité des équipes. Les auditions ont insisté également sur le rôle de ces indicateurs comme outils de pilotage, permettant d'ajuster les organisations, d'identifier les situations de tension et d'évaluer l'impact des ratios sur les parcours de soins. Enfin, elles ont mis en avant la nécessité d'une structuration nationale et territoriale de ces systèmes d'information, afin de garantir la comparabilité des données et d'accompagner une dynamique d'amélioration continue des pratiques. Des parties prenantes proposent la création d'un comité ou d'une commission ratios soignants au sein des établissements de santé pour assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation de la mise en place des RMS.

Approche territoriale et continuité des parcours de soins

Les auditions ont souligné de manière convergente l'importance d'une approche territoriale des organisations de soins, centrée sur le parcours du patient et la continuité des prises en charge. Plusieurs acteurs de la périnatalité évoquent la fermeture des maternités de moins de 1000 accouchements, en tenant compte des contraintes territoriales. Les acteurs ont insisté sur le fait que les besoins en effectifs ne peuvent être appréciés uniquement à l'échelle d'un service ou d'un établissement, mais doivent intégrer les interactions entre structures, les niveaux de recours et les dynamiques propres à chaque territoire. Les personnes auditionnées ont mis également en évidence le rôle central des réseaux, des dispositifs territoriaux et des coopérations entre professionnels pour garantir la fluidité des parcours, limiter les ruptures de prise en charge et adapter les ressources aux besoins réels des populations.

Applicabilité opérationnelle

De plus, les professionnels s'interrogent sur les conditions d'applicabilité opérationnelle de nouvelles exigences. Ils ont souligné que certains effectifs actuellement en vigueur ne sont pas atteints. C'est le cas en soins palliatifs où les ratios observés (7.2 à 8 IDE ETP pour 10 lits d'USP) ne correspondent pas aux ratios recommandés (9 IDE ETP pour 10 lits d'USP) (2, 55) mais aussi en périnatalité et en psychiatrie.

Nécessité de moyens humains et financiers

Les parties prenantes ont souligné l'importance :

- d'être accompagné par des moyens humains et financiers ;
- de favoriser la réussite de la mise en place des ratios minimum soignants en la considérant comme une opportunité de repenser les organisations de façon systémique (territoire, région) ;

- d'informer et d'expliquer les corrélations entre les RMS et l'amélioration de qualité des soins, de la sécurité des patients et des conditions d'exercice des soignants ;
- de connaître les ratios minimum soignants pratiqués en France (cartographie des ratios) ;

1.2.8.2. Points de dissensus

Au regard des dispositions de la loi et du périmètre des saisines, des différences apparaissent quant aux méthodes de détermination et à la présentation des ratios de personnel soignant notamment sur :

- La définition de ratios généraux versus ratios par spécialité ;
- La détermination de ratios cibles ou ratios en fourchette ;
- Le dénominateur retenu, ratios par patient, lits ouverts, passages, naissances, file active ou ratios populationnels ;
- Les modalités de détermination et de présentation des ratios de personnel soignant, notamment en ce qui concerne l'opportunité de retenir des ratios exprimés en continu sur 24 heures ou des ratios différenciés selon les périodes diurnes et nocturnes, ainsi que pour les week-ends et les jours fériés.

1.2.8.3. Points de vigilance

Quatre points de vigilance ont été exprimés :

- le ratio soignant pris isolément, sorti de son contexte, est insuffisant et considéré comme inopérant ;
- un risque de décalage entre attentes et capacité réelle de mise en œuvre ;
- un risque de surcoûts et d'aggravation des contraintes financières ;
- un risque d'effets d'organisation non souhaités dont une majoration de fermetures de lits.

1.2.8.4. Contributions des parties prenantes

Près de dix parties prenantes ont partagé leurs travaux et transmis soit une réflexion sur le sujet des ratios soignants soit des propositions de ratios minimum soignants médicaux et paramédicaux contextualisés.

En conclusion, les échanges conduits ont mis en évidence un socle de constats partagés, tout en soulignant des divergences sur les modalités de définition et d'opérationnalisation des ratios soignants. Les contributions partagées et transmises montrent l'implication et l'engagement des professionnels dans une dynamique de contribution active aux travaux de la HAS en vue de l'élaboration de ratios minimum soignants contextualisés.

1.3. Objectif principal de la production

L'objectif principal consiste à donner un avis sur des ratios minimums soignants, de nature à garantir la qualité des soins, la sécurité des patients et les conditions d'exercice des soignants, conformément aux dispositions de la loi n°2025-74 du 29 janvier 2025, afin d'éclairer la décision des pouvoirs publics.

Conformément aux priorités fixées par les pouvoirs publics, ces RMS concernent l'obstétrique-maternité, la néonatalogie, les soins palliatifs et la psychiatrie,

Les ratios minimum soignants concernent :

- Obstétrique – maternité :
 - Périmètres : maternités niveau I, II et III, HAD Obstétrique, HDJ Obstétrical ;

- Compétences métiers : médecins gynécologues-obstétriciens, médecins anesthésistes, médecins pédiatres, médecins pédiatres néonatalogistes, sage-femmes, infirmiers en soins généraux, infirmières puéricultrices, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, aides-soignants, auxiliaires de puériculture ;
- ➔ Néonatalogie :
 - Périmètres : unités de néonatalogie niveau IIa, IIb et III, HAD Néonatalogie, HDJ de Néonatalogie ;
 - Compétences métiers : médecins pédiatres, médecins pédiatres néonatalogistes, infirmières puéricultrices, infirmières en soins généraux, auxiliaires de puériculture ;
- ➔ Soins palliatifs :
 - Périmètres : USP, LISP, HAD filière SP, EMSP ;
 - Compétences métiers : infirmiers en soins généraux, infirmières puéricultrices, infirmiers anesthésistes, infirmier d'accompagnement à l'annonce, infirmiers en pratique avancée mention oncologie et hémato-oncologie, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture ;
- ➔ Psychiatrie :
 - Périmètres : Hospitalisation complète, HDJ Psychiatrie, CMP et CATTP (ambulatoires) qui comprennent la psychiatrie adulte ainsi que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
 - Compétences métiers : infirmiers en soins généraux, infirmières puéricultrices, infirmiers du secteur psychiatrie, infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture.

1.4. Bénéfices attendus

- ➔ Eclairage scientifique, argumenté et indépendant fondé sur l'état des connaissances des ratios minimum soignants dans ces spécialités à partir de données probantes et l'analyse des pratiques ;
- ➔ Avis sur des ratios minimum soignants contextualisés, définis comme un socle de référence, visant à soutenir le travail en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, et intégrant, de manière structurante, des ratios médicaux et paramédicaux ;
- ➔ Contribution à la qualité des soins, la sécurité des patients et les conditions d'exercice des soignants.

1.5. Destinataires prioritaires de la production HAS

☒ Institutionnels : Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie, des Solidarités et des Familles

1.6. Question(s) à traiter

- ➔ **Quels sont les éléments de contextualisation ?**
 - Quels sont les critères d'activités ?
 - Quels sont les déterminants de la charge en soins liée à l'activité ?
 - Quels sont les degrés de criticité des patients et les degrés de spécialisation à prendre en compte ?
 - Comment prendre en compte la taille de l'unité et/ou de l'établissement et son degré de spécialisation ?

- Quelles sont les activités afférentes aux soins ?
- Quelles sont les compétences métiers, les niveaux de formation, d'expérience et d'expertise, requis ?
- Quels sont les indicateurs de suivi des RMS ?
- Comment prendre en compte les éléments d'environnement de travail (management, synchronisation professionnelle, travail en équipe, qualité de vie au travail, fonctions supports et organisationnelles, architecture des locaux...) ?

➔ **Quelle définition des ratios minimum soignants ?**

- ratios sous forme de fourchettes ou ratios cibles ?
- ratios généraux, ratios par spécialité ?
- ratios de sécurité, ratios de qualité ?
- ratios par patient, par lit ouvert ?
- ratios par file active, passages, nombre de naissances ? ratios populationnels ?
- différenciation ratios de jour, de nuit, les week-ends, les jours fériés ou ratios 24/7 ?

➔ **Quelles propositions de ratios minimum soignants, en tenant compte des éléments de contextualisation ?**

1.7. Question(s), dimensions ou thématiques exclue(s)

Ce qui n'entre pas dans la mission de la HAS :

- ➔ la HAS ne fixe pas elle-même les RMS réglementaires : ceux-ci relèvent du pouvoir réglementaire, après avis de la HAS ;
- ➔ la HAS ne prescrit pas les modalités opérationnelles de mise en œuvre des RMS au sein des établissements (maquettes organisationnelles, détermination des équivalents temps plein ou ETP, cycles de travail, gestion des plannings, gestion des effectifs, recrutement, arbitrages budgétaires) ;
- ➔ la HAS n'a pas vocation à se prononcer sur les moyens financiers ou les trajectoires de financement, ni sur les besoins en formation qui relèvent des autorités compétentes.

Afin de garantir la cohérence du périmètre et la faisabilité de la mission dans les délais impartis, plusieurs éléments sont explicitement exclus de cette première phase de travaux :

- ➔ les activités hors des secteurs d'obstétrique, néonatalogie, soins palliatifs et psychiatrie, qui ne relèvent pas de la priorisation établie par la saisine ministérielle ;
- ➔ les professionnels non visés dans la note de cadrage ;
- ➔ les évolutions réglementaires non liées aux articles L. 6124-2 à L. 6124-5 du CSP.

2. Type de production et méthode

2.1. Type de production

- Autre type de production (à préciser)

Avis HAS sur les ratios minimum soignants des métiers et des spécialités décrits en 1.3

2.2. Méthode HAS retenue

→ ☒ **Production HAS** ou ☐ **Partenariat** méthode

- Consensus formalisé d'experts

La méthode par consensus formalisé a pour but de définir le degré d'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. Cette méthode est utilisée dans le cas où l'opinion des professionnels n'est pas unanime, en raison de l'absence de données de littérature, de données d'un niveau de preuve faible ou de données contradictoires. Considérant que le sujet des ratios soignants, présente des données d'un niveau de preuve majoritairement faible, il est décidé d'utiliser la méthode de « consensus formalisé » afin de formaliser un degré d'accord entre les experts (69).

Cette méthode par consensus formalisé précise son usage notamment pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Eu égard à la spécificité de l'objet des ratios minimum soignants indiqué dans les saisines, et de la mission confiée à la HAS par la loi, toutes adaptations méthodologiques appropriées qui seraient nécessaires par rapport à la méthode usuelle du consensus formalisé publiée en 2010, seront explicitées dans le livrable.

La méthode repose sur :

- la participation des professionnels et des usagers concernés par le thème ;
- les déclarations d'intérêts par les professionnels et les usagers des groupes de travail et la gestion des conflits d'intérêts ;
- la transparence, avec mise à disposition de l'analyse critique de la littérature, des avis des groupes de travail par spécialités ;
- l'indépendance d'élaboration du livrable par la HAS.

Phases de travail

Le travail s'articule autour d'une phase exploratoire, d'une phase de production et d'une phase de finalisation.

La phase exploratoire s'appuie sur la revue de littérature scientifique, les textes réglementaires, l'étude des productions HAS existantes, l'analyse des entretiens avec les parties prenantes, ainsi que sur un recensement des effectifs soignants issus de la SAE.

La phase de production est conduite conformément à la méthode par consensus formalisé à partir des travaux de la phase exploratoire. Elle comprend des groupes de travail et des auditions. (Annexe 5).

La méthode implique 3 groupes distincts, avec des membres différents dans chacun des groupes :

- Le groupe de pilotage (GP) : rédige l'argumentaire scientifique et des propositions à soumettre au groupe de cotation. Les membres s'engagent au travail d'analyse de la littérature et de rédaction.

- ➔ Le groupe de cotation (GC) : sélectionne par voie de vote en deux tours, les propositions à retenir pour rédiger la version initiale en tenant compte de la littérature et de la pratique des membres ; finalise le texte à l'issue de la phase de lecture. Les membres du groupe de cotation sont des professionnels intervenant directement dans leur pratique quotidienne dans ces domaines d'activités.
- ➔ Le groupe de lecture (GL) : donne un avis formalisé sur la forme et le fond de la version initiale, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité. Les membres rendent un avis consultatif, à titre individuel et ne sont pas réunis.

En complément et selon les besoins, des auditions de parties prenantes et d'experts nationaux et internationaux seront réalisées.

La phase de finalisation comprend la rédaction de la version finale du livrable, sa validation au niveau du Collège de la HAS avant sa diffusion au destinataire prioritaire, le ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

2.3. Modalités de travail

➔ ☒ Groupe de travail (GT)

Les groupes de travail mobilisent près de 100 professionnels et usagers pour la périnatalité, les soins palliatifs et la psychiatrie, répartis comme suit :

2.3.1. Composition des groupes de pilotage d'experts par spécialités

➔ Groupe de Pilotage – Obstétrique-Maternité -- Néonatalogie (21 membres)

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Animatrice : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - un ou une médecin gynécologue-obstétricien(ne)
 - un ou une médecin anesthésiste-réanimateur(trice)
 - un ou une médecin pédiatre
 - un ou une médecin pédiatre néonatalogiste
 - un ou une sage-femme
 - un infirmier en soins généraux ou une infirmière en soins généraux
 - un infirmier puériculteur ou une infirmière puéricultrice
 - un infirmier anesthésiste ou une infirmière anesthésiste
 - un infirmier de bloc opératoire ou une infirmière du bloc opératoire
 - un ou une aide-soignante
 - un ou une auxiliaire de puériculture
 - deux usagers de périnatalité ou deux usagères de périnatalité
 - un coordonnateur sage-femme ou une coordinatrice sage-femme
 - un ou une cadre de santé en néonatalogie
 - un ou une cadre de bloc opératoire
 - un coordinateur ou une coordinatrice HAD
 - un directeur des soins ou une directrice des soins
 - un directeur ou une directrice en charge des ressources humaines

- un directeur ou une directrice en charge des affaires médicales
- un membre des réseaux périnatalité

→ **Groupe de Pilotage – Soins palliatifs adultes et pédiatriques (20 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Animatrice : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - un infirmier ou une infirmière en soins généraux
 - un infirmier ou une infirmière d'accompagnement à l'annonce
 - un infirmier ou une infirmière anesthésiste
 - un infirmier puériculteur ou une infirmière puéricultrice
 - un infirmier ou une infirmière en pratique avancée mention oncologie et hémato-oncologie
 - un ou une aide-soignante
 - un ou une auxiliaire de puériculture
 - un ou une médecin formé aux soins palliatifs
 - un ou une médecin pédiatre formé aux soins palliatifs
 - deux psychologues
 - un ou une agent de service d'hygiène
 - deux usagers de soins palliatifs
 - un coordinateur ou une coordinatrice HAD
 - un ou une cadre de santé référent en soins palliatifs
 - un directeur des soins ou une directrice des soins
 - un directeur ou une directrice en charge des ressources humaines
 - un directeur ou une directrice en charge des affaires médicales
 - un membre des réseaux oncologie et/ou soins palliatifs

→ **Groupe de Pilotage – Psychiatrie adulte, Pédopsychiatrie et Psychiatrie périnatale (21 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Animatrice : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - un infirmier ou une infirmière en soins généraux
 - un infirmier puériculteur ou une infirmière puéricultrice
 - un infirmier ou une infirmière de secteur psychiatrique
 - un infirmier ou une infirmière en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
 - un ou une aide-soignante
 - un ou une auxiliaire de puériculture
 - un ou une médecin psychiatre
 - un ou une médecin pédopsychiatre/psychiatre périnatal
 - un ou une sage-femme
 - deux psychologues

- deux usagers de psychiatrie
- un pair-aidant ou un proche de personnes concernées
- un ou une cadre de santé en psychiatrie
- un directeur des soins ou une directrice des soins
- un directeur ou une directrice en charge des ressources humaines
- un directeur ou une directrice en charge des affaires médicales
- un ou une juriste expert(e) en psychiatrie
- un membre des réseaux santé mentale et psychiatrie
- un représentant du service de santé des armées

2.3.2. Composition des groupes de cotation d'experts par spécialités

→ **Groupe de cotation – Obstétrique-Maternité -- Néonatalogie (40 membres)**

- Présidente : Cheffe de projet HAS / Animatrice : Directrice de la mission HAS
- Participants :
 - deux médecins gynécologues-obstétricien(ne)s
 - deux médecins anesthésistes-réanimateur(trice)s
 - deux médecins pédiatres
 - deux médecins pédiatres néonatalogistes
 - deux sages-femmes
 - deux infirmiers en soins généraux ou une infirmière en soins généraux
 - deux infirmiers puériculteurs ou infirmières puéricultrices
 - deux infirmiers ou infirmières anesthésistes
 - deux infirmiers ou infirmières de bloc opératoire
 - deux aides-soignant(e)s
 - deux auxiliaires de puériculture
 - deux usagers de périnatalité
 - deux coordinateurs ou coordinatrices sages-femmes
 - deux cadres de santé en néonatalogie
 - deux cadres de bloc opératoire
 - deux coordinateurs ou une coordinatrice HAD
 - deux directeurs des soins ou directrices des soins
 - deux directeurs ou directrices en charge des ressources humaines
 - deux directeurs ou directrices en charge des affaires médicales
 - deux membres des réseaux périnatalité

→ **Groupe de cotation – Soins palliatifs adultes et pédiatriques (36 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Cheffe de projet HAS / Animatrice : Directrice de la mission HAS
- Participants :

- deux infirmiers ou infirmières en soins généraux
- deux infirmiers ou infirmières d'accompagnement à l'annonce
- deux infirmiers ou infirmières anesthésistes
- deux infirmiers ou infirmières puéricultrices
- deux infirmier(e)s en pratique avancée mention oncologie et hémato-oncologie
- deux aides-soignant(e)s
- deux auxiliaires de puériculture
- deux médecins formé(e)s aux soins palliatifs
- deux médecins pédiatres formé(e)s aux soins palliatifs
- deux psychologues
- deux agents de service d'hygiène
- deux usagers de soins palliatifs
- deux coordinateurs ou coordinatrices HAD
- deux cadres de santé référentes en soins palliatifs
- deux directeurs des soins ou directrices des soins
- deux directeurs ou directrices en charge des ressources humaines
- deux directeurs ou directrices en charge des affaires médicales
- deux membre des réseaux oncologie et/ou soins palliatifs

→ **Groupe de cotation – Psychiatrie adulte, Pédopsychiatrie et Psychiatrie périnatale (38 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Cheffe de projet HAS / Co-Présidente : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - deux infirmiers ou infirmières en soins généraux
 - deux infirmiers ou infirmières puéricultrices
 - deux infirmiers ou infirmières de secteur psychiatrique
 - deux infirmiers ou infirmières en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
 - deux aides-soignantes
 - deux auxiliaires de puériculture
 - deux médecins psychiatres
 - deux médecins pédopsychiatres/psychiatres périnataux
 - deux sages-femmes
 - deux psychologues
 - deux usagers de psychiatrie
 - deux pair-aidant ou un proche de personnes concernées
 - deux cadres de santé en psychiatrie
 - deux directeurs des soins ou directrices des soins
 - deux directeurs ou directrices en charge des ressources humaines
 - deux directeurs ou directrices en charge des affaires médicales
 - deux juristes experts en psychiatrie

- deux membres des réseaux de santé mentale et de psychiatrie
- deux représentants du service de santé des armées

→ ☒ **Auditions**

Les auditions auront lieu sous forme d'entretiens individuels ou de séances en groupe technique.

- ☒ Experts individuels
- ☒ Parties prenantes : professionnels qualifiés de la mission d'expertise relative à la santé périnatale et maternelle, experts en France et à l'étranger
- ☒ Institutions (agences, financeurs...) : Fédérations, conférences, sociétés savantes, syndicats, agences régionales de santé

→ ☒ **Phase de lecture**

- ☒ Groupe de lecture (GL) : Le groupe de lecture reprendra la composition des groupes de pilotage et de cotation, avec un nombre plus élevé de participants (environ 2 fois plus).
- ☒ Avis des parties prenantes

2.3.3. Composition des groupes de lecture de parties prenantes par spécialités

→ **Groupe de lecture – Obstétrique-Maternité -- Néonatalogie (60 membres)**

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Co-Présidente : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - trois médecins gynécologues-obstétricien(ne)s
 - trois médecins anesthésistes-réanimateur(trice)s
 - trois médecins pédiatres
 - trois médecins pédiatres néonatalogistes
 - trois sage-femmes
 - trois infirmiers en soins généraux ou une infirmière en soins généraux
 - trois infirmiers puériculteurs ou infirmières puéricultrices
 - trois infirmiers ou infirmières anesthésistes
 - trois infirmiers ou infirmières de bloc opératoire
 - trois auxiliaires de puériculture
 - trois aides-soignant(e)s
 - trois usagers de périnatalité
 - trois coordinateurs ou coordinatrices sages-femmes
 - trois cadres de santé en néonatalogie
 - trois cadres de santé de bloc opératoire
 - trois coordinateurs ou une coordinatrices HAD
 - trois directeurs des soins ou directrices des soins
 - trois directeurs ou directrices en charge des ressources humaines
 - trois directeurs ou directrices en charge des affaires médicales
 - trois membres des réseaux périnatalité

→ **Groupe de lecture – Soins palliatifs adultes et pédiatriques (52 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Co-Présidente : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - trois infirmiers ou infirmières en soins généraux
 - trois infirmiers ou infirmières d'accompagnement à l'annonce
 - trois infirmiers puériculteurs ou infirmières puéricultrices
 - trois infirmiers ou infirmières anesthésistes
 - trois infirmiers ou infirmières en pratique avancée mention oncologie et hémato-oncologie
 - trois aides-soignant(e)s
 - trois auxiliaires de puériculture
 - trois médecins formé(e)s aux soins palliatifs
 - trois médecins pédiatres formé(e)s aux soins palliatifs
 - trois psychologues
 - un agent de service d'hygiène
 - trois usagers de soins palliatifs
 - trois coordinateurs ou une coordinatrices HAD
 - trois cadres de santé référent(e)s en soins palliatifs
 - trois directeurs des soins
 - trois directeurs en charge des ressources humaines
 - trois directeurs en charge des affaires médicales
 - trois membres des réseaux oncologie et/ou soins palliatifs

→ **Groupe de lecture – Psychiatrie adulte, Pédopsychiatrie et Psychiatrie périnatale (57 membres)**

La composition du groupe est structurée à titre indicatif. Elle est susceptible d'être modifiée.

- Présidente : Directrice de la mission HAS / Co-Présidente : Cheffe de projet HAS
- Participants :
 - trois médecins psychiatres
 - trois médecins pédopsychiatres
 - trois infirmiers ou infirmières en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
 - trois infirmiers ou infirmières de secteur psychiatrique
 - trois infirmiers puériculteurs ou infirmières puéricultrices
 - trois infirmiers ou infirmières en soins généraux
 - trois aides-soignant(e)s
 - trois auxiliaires de puériculture
 - trois médecins psychiatres
 - trois médecins pédopsychiatres/psychiatres périnataux
 - trois sages-femmes
 - trois psychologues
 - deux usagers de psychiatrie

- deux pair-aidant ou un proche de personnes concernées
- trois cadres de santé en psychiatrie
- trois directeurs des soins ou directrices des soins
- trois directeurs ou directrices en charge des ressources humaines
- trois directeurs ou directrices en charge des affaires médicales
- trois juristes experts en psychiatrie
- trois membres des réseaux santé mentale et psychiatrie
- trois représentants du service de santé des armées

3. Calendrier prévisionnel des productions

➔ Obstétrique et Néonatalogie :

- Réunion des groupes de pilotage : 2^e et 3^e trimestre 2026
- Réunion des groupes de cotation : 3^e et 4^e trimestres 2026
- Rédaction de l'avis HAS : 4^e trimestre 2026
- Sollicitation du groupe de lecture : 4^e trimestre 2026
- Réunion plénière du groupe de pilotage et de cotation : 4^e trimestre 2026
- Validation par les instances : 4^e trimestre 2026

➔ Soins palliatifs :

- Réunion des groupes de pilotage (soins palliatifs) : 4^e trimestre 2026
- Réunion des groupes de cotation (soins palliatifs) : 1^e trimestre 2027
- Rédaction de l'avis HAS : 2^e trimestre 2027
- Sollicitation du groupe de lecture : 2^e trimestre 2027
- Réunion plénière du groupe de pilotage et de cotation : 2^e trimestre 2027
- Validation par les instances : 2^e trimestre 2027

➔ Psychiatrie :

- Réunion des groupes de pilotage (psychiatrie) : 4^e trimestre 2026
- Réunion des groupes de cotation (psychiatrie) : 2^e trimestre 2027
- Sollicitation du groupe de lecture : 2^e semestre 2027
- Réunion plénière du groupe de pilotage et de cotation : 2^e semestre 2027
- Validation par les instances : 2^e semestre 2027

Références

1. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal officiel 1998;10 octobre 1998 (0235).
2. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l' organisation des soins palliatifs Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf
3. Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie. Journal Officiel 29 septembre ; 2022.
https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/psychiatrie_decre_t28septembre2022_fonctionnement.pdf
4. Raeve PD. Strengthening healthcare through safe staffing levels: A European policy perspective on safe nurse-topatient ratios and workforce sustainability. Iris Journal of Nursing & Care 2025;5(4).
<https://dx.doi.org/10.33552/ijn.2025.05.000616>
5. Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, *et al.* Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR). KCE Reports 325. Brussels: Health Care Knowledge Centre (KCE); 2019.
<https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/safe-nurse-staffing-levels-in-acute-hospitals>
6. Pruvot F-R, Kanitzer C, Claris O, Morice Y. Ratio paramédical au nombre de patients ou de lits. Analyse et discussion des méthodes de dimensionnement des activités de soins. Bull Acad Natl Med 2026;In press.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2026.02.009>
7. Lioger B, Hery L, Comarmond C, Gramont B, Leroux C, Guillon R, *et al.* Enquête nationale sur le ratio de soignants par patient hospitalisé : état des lieux et attentes des services de médecine interne et polyvalente pour le compte du Collège national professionnel de médecine interne (CNPMI),. Rev Med Interne (In Press) 2025.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2025.10.009>
8. CIRANO, Dubois CA, Borgès Da Silva R, Lavoie-Tremblay M, Clarke S. Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier. Une synthèse des preuves scientifiques. Montréal: CIRANO; 2020.
<https://cirano.qc.ca/files/publications/2020RP-09.pdf>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. London: NICE; 2014.
<https://www.nice.org.uk/Guidance/SG1>
10. Butler M, Schultz TJ, Halligan P, Sheridan A, Kinsman L, Rotter T, *et al.* Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;4(4):CD007019.
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub3>
11. Gower H, Doran NJ, Hamza N, Smith S. Scoping review of guidance on safe non-consultant medical staffing recommendations for UK acute hospitals. BMJ Open 2025;15(7):e096087.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2024-096087>
12. Institut nationale de la statistique et études économique, Blanpain N. Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France. Insee Première 2025;(2048).
13. Société française de médecine périnatale. Propositions de la SFMP pour sortir de la crise majeure que traversent les maternités et les services de néonatalogie. Paris: SFMP; 2024.
14. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [En ligne]: legifrance.gouv; 1998.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000207560>
15. Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques [En ligne]: legifrance.gouv; 2022.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668536?%20Et%20https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631>
16. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Bara W, Boisguérin B, Cazenave-Lacrouz A, Courtejoie N, De Champs C, *et al.* Les établissements de santé en 2023. Paris: DREES; 2025.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/250522_Panorama_etablissements-de-sante2025
17. Cour des comptes. La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier. Rapport public thématique. Synthèse. Paris: CC; 2024.
<https://www.ccomptes.fr/>
18. Ville Y, Rudigoz RC, Hascoët JM. Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. Bull Acad Natl Med 2023;207(5):560-75.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.017>
19. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, *et al.* Enquête nationale périnatale rapport 2016. Les naissances et les

établissements situation et évolution depuis 2010 Paris: DREES; 2017.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapport_Perinat_2016.pdf

20. Collège des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique, Collège national des gynécologues et obstétriciens Français. Pérennité des équipes. Quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? Paris: CNGOF; 2022.
<https://cngof.fr/app/uploads/2024/08/Rapport-Commission-demographie-2022.pdf?x58847>

21. Guillotin V. Rapport d'information n°753 sur le thème de : « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale ». Tome 1. Paris: Sénat; 2024.
<https://www.senat.fr/rap/r23-753-1/r23-753-11.pdf>

22. Haute Autorité de Santé. Analyse des déclarations de la base nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec le personnel non permanent. Saint-Denis La Plaine: HA.S; 2025.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3643308/fr/analyse-des-declarations-de-la-base-nationale-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-le-personnel-non-permanent

23. Tait D, Davis D, Roche MA, Paterson C. Nurse/midwife-to-patient ratios: A scoping review. *Contemp Nurse* 2024;60(3):257-69.
<https://dx.doi.org/10.1080/10376178.2024.2318361>

24. Boyce MR, Nove A, Drandić D, White J, Dunkley-Bent J, Ugglas AA. A critical crisis persists: Updated estimate of global midwife shortage requires urgent action. *Women Birth* 2026;39(1):102161.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2026.102161>

25. International Confederation of Midwives. One million more midwives: Why the world needs them now. *Eur J Midwifery* 2025;9(52):1-2.

26. National Institutes of Health and Care Excellence. Safe midwifery staffing for maternity settings. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng4>

27. Royal College of Midwives. RCM guidance on implementing the NICE safe staffing guideline on midwifery staffing in maternity settings. London: RCM; 2016.
<https://www.rcm.org.uk/wp-content/uploads/2025/02/rcm-guidance-on-implementing-the-nice-safe-staffing-guideline-on-midwifery-staffing-in-maternity-settings.pdf>

28. Capability frameworks for Victorian maternity and newborn services. Melbourne.: Victorian Government; 2025.

29. California Code of Regulations. § 70217. Nursing Service Staff. Sacramento: CCR; 2025.
[https://govt.westlaw.com/calregs/Document/IB0822FCB5B6111EC9451000D3A7C4BC3?viewType=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=\(sc.Default\)](https://govt.westlaw.com/calregs/Document/IB0822FCB5B6111EC9451000D3A7C4BC3?viewType=FullText&originationContext=documenttoc&transitionType=CategoryPageItem&contextData=(sc.Default))

30. Simpson KR, Roth CK, Hering SL, Landstrom GL, Lyndon A, Tinsley JM, *et al.* AWHONN Members' Recommendations on What to Include in Updated

Standards for Professional Registered Nurse Staffing for Perinatal Units. *Nurs Womens Health* 2021;25(5):329-36.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2021.08.001>

31. Mattock R, Bojke C, Wright J, Stacey T. The impact of midwife workload on delivery of care, and mother and baby outcomes in maternity settings in OECD countries: A systematic review. *PLoS ONE* 2025;20(8):e0329117.
<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0329117>

32. Turner LY, Saville C, Ball J, Culliford D, Dall'Ora C, Jones J, *et al.* Inpatient midwifery staffing levels and postpartum readmissions: a retrospective multicentre longitudinal study. *BMJ Open* 2024;14(4):e077710.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077710>

33. Sentilhes L, Galley-Raulin F, Boithias C, Sfez M, Goffinet F, Le Roux S, *et al.* Staffing needs for unscheduled activity in obstetrics and gynecology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;245:19-25.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.11.020>

34. World Health Organization. Workload indicators of staffing need: user's manual. Second edition. Geneva: WHO; 2023.

35. Bensekhria N, Benhassine W. Estimation des besoins en sage-femme dans une maternité à l'aide de la méthode des indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail (WISN) ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2024;85(2-3).
<https://dx.doi.org/10.1016/j.admp.2024.102641>

36. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014;383(9931):1824-30.
[https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

37. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, *et al.* Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ quality & safety* 2019;28(8):609-17.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>

38. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, *et al.* Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017;26(7):559-68.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

39. Lake ET, Shamsuddin A, Kiely S, Lee L, Golinelli D, Villani D, Atherton I. The Scottish safe staffing act at baseline: Quantitative findings. *J Nurs Scholarsh* 2025;57(4):643-52.
<https://dx.doi.org/10.1111/jnu.70013>

40. King's fund, Sandall J, Homer C, Sadler E, Rudisill C, Bourgeault IL, *et al.* Staffing in maternity units. Getting the right people in the right place at the right time. London: King's Fund; 2011.
<https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/portalfiles/portal/49809656/staffing-maternity-units-kings-fund-march2011.pdf>

41. Kermorvant E. Surmenage infirmier : impacts sur les nouveau-nés, les familles et les soignants.es. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2024;7(3).
<https://dx.doi.org/10.1016/j.perped.2024.07.017>
42. Kermorvant E. État des lieux et adéquation aux besoins en personnel médical pour les missions transversales et pour les soins de support : enquête SFN juin 2024. *SFN Bulletin d'information* 2024;(23):3-6.
43. British Association of Perinatal Medicine, Tyler W, Fenton AC, Jones S. Optimal arrangements for local neonatal units and special care units in the uk including guidance on their staffing: A framework for practice. London: BAPM; 2018.
<https://www.bapm.org/resources/2-optimal-arrangements-for-local-neonatal-units-and-special-care-units-in-the-uk-2018>
44. Genna C, Thekkan KR, Raymakers-Janssen P, Gawronski O. Is nurse staffing associated with critical deterioration events on acute and critical care pediatric wards? A literature review. *Eur J Pediatr* 2023;182(4):1755-70.
<https://dx.doi.org/10.1007/s00431-022-04803-2>
45. Beltempo M, Lacroix G, Cabot M, Blais R, Piedboeuf B. Association of nursing overtime, nurse staffing and unit occupancy with medical incidents and outcomes of very preterm infants. *J Perinatol* 2018;38(2):175-80.
<https://dx.doi.org/10.1038/jp.2017.146>
46. Beltempo M, Patel S, Platt RW, Julien AS, Blais R, Bertelle V, *et al.* Association of nurse staffing and unit occupancy with mortality and morbidity among very preterm infants: a multicentre study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2023;108(4):387-93.
<https://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2022-324414>
47. Tubbs-Cooley HL, Carle AC, Mark BA, Gurses AP, Pickler RH, Hall PD, Bartman T. Nurse workload and missed nursing care in neonatal intensive care units. *JAMA pediatrics* 2025;179(12):1335-42.
<https://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.3647>
48. Rogowski JA, Staiger D, Patrick T, Horbar J, Kenny M, Lake ET. Nurse staffing and NICU infection rates. *JAMA Pediatr* 2013;167(5):444-50.
<https://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.18>
49. Sawatzky-Dickson D, Bodnaryk K. Validation of a tool to measure neonatal nursing workload. *J Nurs Manag* 2009;17(1):84-91.
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00877.x>
50. Société Française de Néonatalogie. Qualité des soins et sécurité des nouveau-nés requérant des soins critiques : état des lieux en 2023. Paris: SFN; 2023.
https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/files/ugd/d8ff38_6ad94734aac6452b809fab8a09d77c1c.pdf
51. Shahroor M, Lehtonen L, Lee SK, Hakansson S, Vento M, Darlow BA, *et al.* Unit-Level Variations in Healthcare Professionals' Availability for Preterm Neonates <29 Weeks' Gestation: An International Survey. *Neonatology* 2019;116(4):347-55.
<https://dx.doi.org/10.1159/000501801>
52. Royal College of Paediatrics and Child Health. A snapshot of neonatal services and workforce in the UK. London: RCPCH; 2020.
https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-09/a_snapshot_of_neonatal_services_and_workforce_in_the_uk_2.4.pdf
53. Cuevas Guaman M, Bishop CE, Miller ER, Dammann CEL, Ahmad KA, Horowitz E, *et al.* Consensus recommendations for sustainable and equitable neonatology staffing: A delphi approach. *Pediatrics* 2025;155(6).
<https://dx.doi.org/10.1542/peds.2024-069943>
54. INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034 [En ligne]. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_76.pdf
55. Cour des comptes. Les soins palliatifs. Une offre de soins à renforcer. Paris: CC; 2023.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230705-soins-palliatifs.pdf>
56. Ighani L. RN Nurse-to-Patient Ratios by State [En ligne]: <https://nursa.com/>; 2024.
<https://nursa.com/blog/rn-to-patient-staffing-ratios>
57. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Berry L, Curry P. Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Ottawa: FCSII; 2012.
<https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf>
58. Kasprak J. California RN staffing ratio law [En ligne] 2004.
<https://www.cga.ct.gov/2004/rpt/2004-r-0212.htm>
59. British Columbia. Minimum nurse to patient ratios (mNPR) [En ligne]. Vancouver: BC; 2024.
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr>
60. British Columbia. Ratio Definitions [En ligne]. Vancouver: BC; 2025.
<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr/mnpr-ratio-definitions>
61. OECD. Time for better care at the end of life, oecd health policy studies. Paris: OECD Publishing; 2023.
<https://doi.org/10.1787/722b927a-en>.
62. Gharbi M, Di Mascolo M, Verdier C. Charge de travail du personnel infirmier dans les hôpitaux -étude bibliographique. Alass-Giseh, Jul 2024. Liège: hal-04510294v2f; 2024.
<https://hal.science/hal-04510294v2/document>
63. Australian Palliative Care Outcomes Collaboration. A helicopter view of patient outcomes in palliative care. University of Wollongong: PCOC; 2022.
<https://documents.uow.edu.au/content/groups/public/@web/@chsd/@pcoc/documents/doc/uow272519.pdf>
64. Queensland Health. Health Legislation Amendment Regulation (No. 3) 2019. Brisbane: Queensland Parliament; 2019.

<https://www.parliament.qld.gov.au/Work-of-the-Assembly/Tabled-Papers/docs/5619t2087/5619t2087.pdf>

65. National Collaborating Centre for Mental Health, Lawes A, Marcus E, Pilling S. What staffing structures of mental health services are associated with improved patient outcomes? A rapid review. Redditch: NHS London; 2022.

https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/Safer_staffing_mental_health_evidence_review.pdf

66. Touitou-Burckard E, Coldefy M, Bourin C, Ellini A, Saetta S, Gandre C. Behind closed doors: unlocking hospital variations in the use of seclusion and mechanical restraint - a nationwide multilevel analysis in adult mental healthcare in France. BMC Psychiatry 2025;25(1):1014. <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-025-07404-z>

67. National Collaborating Centre for Mental Health, Rutter L, Kavanagh J, Fields E. Safe staffing for nursing in

inpatient mental health settings. Draft evidence review. London: NICE; 2015.

<https://www.nice.org.uk/media/default/news/safe-staffing-mental-health-inpatient-evidence-review.pdf>

68. Edwards D, Gillen E, Evans N, Roberts S, Whybrow D. Mental health services safe staffing: A commissioned rapid scoping review for NHS England (Preprint). In press 2025.

<https://dx.doi.org/10.1101/2025.10.23.25338621>

69. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode. « Recommandations par consensus formalisé ». Saint Denis la Plaine: HAS; 2010.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1013276/fr/fiche-methodologique-recommandations-par-consensus-formalise-4-pages

Annexes

- Annexe 1. Loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé
- Annexe 2. Lettre de saisine du 8 juillet 2025 dans le cadre de l'application de la loi du 29 janvier 2025
- Annexe 3. Lettre de saisine du 3 avril 2026 dans le cadre de l'application de la loi du 29 janvier 2025
- Annexe 4. Les parties prenantes rencontrées (ordre alphabétique)
- Annexe 5. Méthode par consensus formalisé adaptée à la mission (sous la forme d'un logigramme)

Annexe 1. Loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé

LOIS

LOI n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé (1)

NOR : TSSS2303466L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article unique

I. – Après le 4° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Etablir, 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 ; ».

II. – Le chapitre IV du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 6124-2 à L. 6124-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 6124-2. – Pour des raisons de sécurité, certaines activités de soins peuvent être soumises à des conditions de fonctionnement particulières requises pour l'accueil de patients. Celles-ci sont fixées par décret pour une période maximale de cinq ans.

« Art. L. 6124-3. – En vue de garantir la qualité des soins et des conditions d'exercice, il est défini, pour chaque spécialité et type d'activité de soin hospitalier, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires.

« Le ratio prévu au premier alinéa est établi par un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, pour une période maximale de cinq ans. Il tient compte de la charge des soins liée à l'activité et peut distinguer les besoins spécifiques à la spécialisation et à la taille de l'établissement.

« Art. L. 6124-4. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, l'organisation des soins propre aux services de l'établissement au regard des ratios définis en application de l'article L. 6124-3 est soumise pour approbation aux commissions médicales et aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

« Art. L. 6124-5. – Dans les établissements assurant le service public hospitalier au sens du chapitre II du présent titre, lorsqu'il est constaté pour une unité de soins que les ratios définis à l'article L. 6124-2 ne peuvent être respectés pendant une durée supérieure à trois jours, le chef d'établissement en informe le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent. »

III. – A. – Le I s'applique à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2024.

B. – Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 janvier 2025.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

FRANÇOIS BAYROU

La ministre du travail, de la santé,
des solidarités et des familles,

CATHERINE VAUTRIN

Le ministre auprès de la ministre du travail,
de la santé, des solidarités et des familles,
chargé de la santé et de l'accès aux soins,

YANNICK NEUDER

(1) *Travaux préparatoires* : loi n° 2025-74.

Sénat :

Proposition de loi n° 105 (2022-2023) ;

Rapport de Mme Laurence Rossignol, au nom de la commission des affaires sociales, n° 281 (2022-2023) ;

Texte de la commission n° 282 (2022-2023) ;

Annexe 2. Lettre de saisine du 04 juillet 2025 dans le cadre de l'application de la loi du 29 janvier 2025


**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**
*Lionel
Collet
Président*

PRESIDENCE
Courrier reçu le,

- 8 JUL. 2025

Enrgt n° 191

La ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles
Le ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux Soins

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines du système de santé
Affaire suivie par Nicolas Delmas
nicolas.delmas@solidarites.gouv.fr
Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
Affaire suivie par Pierre Bosser
pierre.bosser@solidarites.gouv.fr

Paris, le 04 JUL. 2025

Nos réf : D-25-002397

Objet – Instauration d'un nombre minimum de soignants – Lettre de mission dans le cadre de l'application de la loi n°2025-74

 Monsieur le Président de la Haute Autorité de Santé, Cher Professeur,

 Dans le cadre de la mise en œuvre de la loi n°2025-74 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé, dite loi « Jomier », votre institution a été désignée comme autorité pour proposer au pouvoir réglementaire des **ratios minimaux « 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 »**.

Ces ratios doivent tenir compte de la « charge des soins liée à l'activité ».

Pour chaque activité, votre institution devra établir des ratios de « qualité » mais également des ratios de sécurité pour certaines activités en application de l'article L. 6124-2 du code de la santé publique. Le législateur a en effet entendu distinguer ces deux types de ratios.

Ces ratios devront être fixés pour **tous les soignants**, ce qui couvre l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux (y compris la catégorie médico-technique), en fonction des besoins de chaque activité. Néanmoins, il nous semble opportun de commencer cet exercice en débutant par des ratios pour les infirmiers et aides-soignants, qui sont les deux principales cohortes de professionnels en établissements de santé.

A cette fin, comme en témoignent les travaux parlementaires, il vous est demandé d'établir **ces ratios sous forme de fourchette pour les ratios de « qualité »** pour tenir compte des spécificités locales et laisser une marge d'appréciation aux établissements. La loi vous permet de distinguer les besoins spécifiques liés à la spécialisation et à la taille de l'établissement.

Ces ratios auront donc vocation à s'appliquer à **tous les établissements de santé**, sans distinction tenant à leur statut.

Au regard des implications de ces ratios pour les établissements de santé, je sais que vous aurez à cœur d'associer largement les différents acteurs pour identifier les ratios qui permettent de répondre à la fois à l'objectif de qualité et de sécurité des soins et à l'impératif de continuité des soins et des services. Je vous saurai donc gré de faire connaître au ministère dans les meilleurs délais la méthodologie qui sera la vôtre pour réaliser cette mission.

.../...

Professeur Lionel COLLET
Président de la Haute Autorité de Santé
5 avenue du Stade de France
93210 Saint-Denis

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP

De plus, cette mission s'inscrit dans des délais extrêmement contraints puisque ces nouveaux ratios doivent être transcrits dans un décret opposable aux établissements avant le 1er janvier 2027.

A cet égard, compte tenu de la nécessité de concilier les impératifs de la loi et les réalités d'application de celles-ci, il nous paraît opportun de **prioriser dans un premier temps pour cette date certaines activités**, au cœur des enjeux de santé publique :

- La **périnatalité**, en ciblant **les soins critiques de néonatalogie** dans un premier temps ;
- La **psychiatrie**, grande cause nationale ;
- Les **soins palliatifs** en lien avec la proposition de loi qui y est dédiée ;

Dans un deuxième temps, un travail sur les **activités dites de plateau** pourrait être utile notamment sur le secteur des blocs opératoires avec la fin des mesures transitoires des infirmiers prévue en 2031.

Il pourrait être également utile de connaître la liste des spécialités, non soumises à autorisation, pour lesquelles existe d'ores et déjà un consensus scientifique en matière de besoin de ratios de personnels. Nous vous saurions gré d'également faire connaître au ministère ces activités.

La direction générale de l'offre de soins reste bien évidemment disponible pour vous appuyer et vous accompagner dans cette démarche.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Cher Professeur, l'expression de notre considération distinguée.

Ben - vms

Catherine VAUTRIN

Yannick NEUDER

Ben a loi
[Signature]

Annexe 3. Lettre de saisine du 03 avril 2026 dans le cadre de l'application de la loi du 29 janvier 2025



PRESIDENCE
Courrier reçu le,

14 AVR. 2026

Enrgt n° 139

Paris, le 3 avril 2026

La ministre

Monsieur le Président de la Haute Autorité de Santé, Cher Professeur,

Cher Lionel,

En lien avec le lancement par le gouvernement du chantier national sur la santé périnatale et maternelle, je souhaite que la Haute autorité de santé puisse être mobilisée en 2026 afin de proposer au pouvoir réglementaire des ratios minimums de soignants dans ce domaine.

Le chantier national sur la santé périnatale et maternelle qui a été lancé par le gouvernement le 5 février dernier a vocation à porter sur l'ensemble du parcours périnatal, depuis la prévention avant et pendant la grossesse jusqu'au suivi post-natal. Il porte l'ambition de rénover en profondeur l'organisation des soins périnataux de notre pays, dans ses deux versants : les maternités et les soins spécialisés néonataux.

Quatre personnalités qualifiées (Madame la Professeure Elsa Kermorvant, pédiatre, Madame Éliette Bruneau, sage-femme, Madame la Professeure Marie-Pierre Bonnet, anesthésiste-réanimatrice ainsi que Monsieur le Professeur Loïc Sentilhes, gynécologue-obstétricien) ont été désignées pour coordonner ces travaux. Leur mission a pour objectif de formuler des propositions précises d'orientation de politiques publiques, fondées sur un diagnostic de l'organisation des soins périnataux, en s'appuyant notamment sur les recommandations scientifiques et les travaux des sociétés savantes. Il s'agira notamment à l'issue de ces travaux de réviser les décrets fixant les conditions d'implantation et techniques de fonctionnement des services de gynécologie-obstétrique, de soins critiques néonataux et de néonatalogie, qui n'ont pas été revus depuis 1998.

Les premières conclusions de la mission sont attendues pour le mois de juin 2026 avec l'objectif de concilier sécurité, qualité et équité des soins périnataux sur tout le territoire.

Ce travail conduit à réinterroger les ratios de soignants présents dans les services concernés. En effet, les décrets de 1998 fixent notamment des ratios de gynécologue-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs, de pédiatres, de sages femmes pour la permanence des soins en secteur de naissance et en secteur d'hospitalisation néonatale, et des ratios de personnels infirmiers en néonatalogie, soins intensifs et réanimation néonatale. Ces ratios représentent un enjeu central, à la fois pour la qualité et la sécurité des soins, et pour répondre à l'impératif de continuité des soins et des services.

Les travaux menés par la mission aborderont donc nécessairement ces différents éléments, afin d'interroger la pertinence d'actualiser les conditions techniques de fonctionnement des services concernés. Ils s'appuieront pour cela sur les publications existantes et les travaux des sociétés savantes.

Pr Lionel Collet
Président de la Haute Autorité de Santé
5 avenue du Stade de France
93210 Saint-Denis

Les travaux des quatre personnalités qualifiées interviennent dans un contexte où le législateur a confié à la HAS la mission d'établir des ratios de qualité mais également des ratios de sécurité et où vous avez déjà été saisis le 4 juillet 2025 pour formuler des propositions de ratios de personnels non médicaux dans le champ des soins critiques néonataux, en les différenciant des autres secteurs d'activité, il me paraît essentiel d'articuler vos travaux avec ceux de la mission et que cette dernière puisse bénéficier de votre expertise.

Il me paraît dès lors essentiel de garantir la bonne articulation de vos interventions, afin que vous puissiez partager vos expertises respectives et que la HAS puisse prendre en compte les travaux des quatre personnalités qualifiées dans le cadre de l'élaboration des ratios prévus par la loi, concernant principalement les soins critiques néonataux et le secteur de naissance.

Il apparaît par ailleurs opportun de procéder à un ajustement de la priorisation des travaux menés par la HAS, à la demande de mes prédécesseurs, suite à la loi dite « Jomier » sur les ratios de soignants :

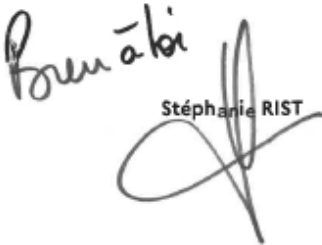
- prioriser le champ de la périnatalité dans son ensemble : ne plus le limiter aux soins spécialisés néonataux mais de considérer le champ des soins spécialisés néonataux et de l'obstétrique dans leur globalité ;
- élargir d'ores et déjà le périmètre à l'ensemble des soignants mobilisés pour ce secteur, en intégrant notamment les professionnels médicaux (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sage-femmes).

Compte tenu de cet ajustement, je vous propose que le travail mené sur les soins palliatifs, activité priorisée par la lettre de mission du 4 juillet dernier, puisse être conduit par la HAS dans un deuxième temps.

Ce calendrier doit permettre, pour le champ de la périnatalité, de respecter le calendrier fixé par le législateur, qui prévoit que les ratios de soignants doivent être transcrits réglementairement avant le 1^{er} janvier 2027.

La direction générale de l'offre de soins reste bien évidemment disponible pour vous appuyer et vous accompagner dans cette démarche.

Je vous prie, Monsieur le Président, cher Professeur, en l'expression de mes salutations distinguées.


Stéphanie RIST

Annexe 4 : Parties prenantes sollicitées et rencontrées (ordre alphabétique)

ADESM	Association Des Etablissements du service public de Santé Mentale (DG CHS, CH et CHU)
ADH	Association des Directeurs d'Hôpital
ADMD	Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité
AFDS	Association Française des Directeurs de Soins
AFPA	Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
ANAP	Association nationale des auxiliaires de puériculture
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico- sociaux
ANCIM	Association Nationale des Cadres de santé des 3 filières paramédicales
ANFIPA	Association nationale française des infirmier.e.s en pratique avancée
ANM	Académie National de Médecine
APF	APF France handicap
ARS IDF	Agence Régionale de Santé Ile de France
CARO	Collège d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
CIANE	Collectif Inter associatif Autour de la Naissance
CIP	Conseil des Infirmières Puéricultrices (le CIP regroupe la SoRIP (Société de Recherche des Infirmières Puéricultrices), le CEEPAME (Comité d'Entente des Ecoles Préparant aux Métiers de l'Enfance), l'ANPDE (Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômé(e)s et des Etudiant(e)s), le Collectif Je Suis Infirmière Puéricultrice (CJSIP), et le Syndicat National des Puéricultrices Diplômées d'Etat (SNPDE)
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens
CNOI	Conseil National de l'Ordre des Infirmiers
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
CNP	Conseil National des Pédiatres
CNP ARMPO	Conseil National Professionnel d'anesthésie réanimation péri-opératoire
CNPAS	Conseil National Professionnel Aide-Soignant
CNPI	Conseil National Professionnel des Infirmiers
CNPIA	Conseil National Professionnel des Infirmiers anesthésistes
CNP IBODE	Conseil National Professionnel des Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat
CNSF	Conseil National des Sage-Femmes
Conférence DG ARS	Conférence des Directeurs Généraux des Agences régionales de santé
Conférence DG CHU	Conférence des directeurs généraux de Centre Hospitalier Universitaire
Conférence DG CH	Conférence des directeurs généraux de Centre Hospitalier

Conférence PCME CHU	Conférence des Présidents de comité médical d'établissement de centres hospitalo-universitaires
Conférence PCME CHS	Conférence des Présidents de comité médical d'établissement de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
Conférence PCME HP	Conférence des Présidents de comité médical d'établissement de l'hospitalisation privée
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ÊTRE LA	
EXPERTS	du Numérique et des Systèmes d'Information
EXPERT	médecin DIM (Département d'Information Médicale)
EXPERT	Sociologue
FAS	France assos santé
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne Privés non lucratifs
FFPP	Fédération française des psychologues et de la psychologie
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
FNAAS	Fédération Nationale des Aides-Soignants
FNASAPR	Fédération nationale des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture de réanimation
FNESI	Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
FNEHAD	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
FRANCE ASSOS SANTE	
FSM	Fédération des Spécialités Médicales
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
JUMEAUX ET PLUS	
RENALOO	Association des malades du rein
SUdF	Samu urgence de France
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFMP	Société Française de Médecine Périnatale
SFN	Société Française de Néonatalogie
SFSP	Société Française de Soins Palliatifs Pédiatriques
SNPI	Syndicat National des Professionnels Infirmiers
SNPF	Syndicat national des pédiatres français
SNPPE	Syndicat National des Professionnel.le.s de la Petite Enfance
SPHARE	Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi
SOS PREMA	

SSA	Service de santé des armées
Syndicat directeurs CH-FO	Syndicats Cadres Hospitaliers Force Ouvrière
Syndicat directeurs SMPS	Syndicat des managers publics de santé
Syndicat directeurs SYNCASS	Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés
Syndicat CFDT	Syndicat Confédération Française Démocratique du Travail
Syndicat CFE-CGC des cadres	Syndicat Confédération française de l'encadrement - Confédération générale
Syndicat CFTC Santé sociaux	Syndicat Confédération française des travailleurs chrétiens Santé sociaux
Syndicat CGT	Syndicat Confédération générale du travail
Syndicat CNI	Syndicat Coordination Nationale Infirmière
Syndicats FO	Syndicat Force ouvrière
Syndicat SUD	Syndicat Solidaires, Unitaires, Démocratiques
SYNDICAT UNSA	Unité nationale des syndicats autonomes
UNICANCER	Fédération des Centres de lutte contre le cancer
UNIPA	Unité nationale des infirmiers en pratique avancée
WAIMH	World Association for Infant mental health - France

Annexe 5 Méthode par consensus formalisé adaptée à la mission
(sous la forme d'un logigramme)

