Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Recommandations pour apprécier les besoins en personnels paramédicaux

Directeurs des soins
Conseillers techniques en soins

Janvier 2009

SOMMAIRE

RESUME 4

RECOMMANDATIONS 4

INTRODUCTION 6

I METHODOLOGIE DE DETERMINATION DES EFFECTIFS 7

II METHODES DE CALCUL DES EFFECTIFS 13

III ILLUSTRATIONS 17

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET REGLEMENTAIRES 23

LISTE DES SIGLES 25

ANNEXES 26

GROUPE DE TRAVAIL 46

GROUPE DE LECTURE 46

RESUME

Les ressources humaines sont une des préoccupations essentielles dans le système de l'offre de soins. Dans le contexte financier contraint, que rencontrent les établissements de santé, les décideurs ont non seulement la responsabilité de gérer au mieux les enveloppes budgétaires mais également de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des personnes accueillies.

Le but de ce travail est de s'appuyer sur des références communes afin d'avoir des pratiques harmonisées en matière de définition, par qualification, des postes de travail nécessaires à la continuité des soins et de calcul d'effectifs. Il ne s'agit pas d'imposer une méthode.

Les recommandations sont à disposition des professionnels (conseillers techniques régionaux ou nationaux en soins, directeurs des soins, directeurs des ressources humaines, conseillers généraux des établissements de santé, chargés de mission ARH…) amenés à apprécier les effectifs en personnel pour un secteur d'activité.

Le travail réalisé énonce des critères susceptibles d'influer sur la quantification et la qualification des besoins en personnel paramédical, décrit trois méthodes de calcul et recense les références règlementaires disponibles.

RECOMMANDATIONS

1. Préciser le motif de l'appréciation des effectifs (création d'un service et/ou d'une nouvelle activité, restructuration, vérification de l'adéquation entre un effectif existant et l'activité …)

2. Recueillir les données du contexte (caractéristiques de la population accueillie, configuration architecturale, organisation, projet et objectifs visés …)

3. Définir le nombre de postes nécessaires qualitativement et quantitativement en fonction de l'analyse du contexte et des objectifs d'accueil des malades

4. Calculer les effectifs en explicitant la méthode

5. Ajuster les effectifs en fonction du contexte et des projets d'évolution

INTRODUCTION

Les ressources humaines sont une des préoccupations essentielles dans le système de l'offre de soins. Dans le contexte financier contraint, que rencontrent les établissements de santé, les décideurs ont non seulement la responsabilité de gérer au mieux les enveloppes budgétaires mais également de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge des personnes accueillies.

De plus en plus sollicités pour apprécier les effectifs des services de soins, les directeurs des soins - conseillers techniques ont éprouvé le besoin de créer un outil pragmatique permettant le calcul du nombre de personnels paramédicaux nécessaires au bon fonctionnement de l'entité sur laquelle porte l'appréciation des effectifs (unité de soins, pôle d'activité...).

Pour un certain nombre de disciplines médico-chirurgicales il existe des textes règlementaires précisant les ratios en personnels nécessaires en fonction du nombre de malades et/ou places (selon qu'il s'agit d'hospitalisation conventionnelle ou d'autres formes d'accueil des malades) (cf. annexes 1 et 2) cependant, pour la majorité des situations aucune indication formelle n'est avancée. Aussi, compte tenu de la diversité des services, des disparités existantes entre établissements, de l'absence d'indication de ratio, de l'existence ou non de précisions règlementaires, définir quantitativement et qualitativement la présence quotidienne des personnels paramédicaux est parfois très complexe et légitime cette étude.

Le but de ce travail n'est pas d'imposer une méthode unique mais de s'appuyer sur des références communes afin d'avoir des pratiques harmonisées en matière :

- de définition par qualification des postes de travail nécessaires à la continuité des soins,
- de calcul d'effectifs.

Ce document est un outil à disposition des professionnels (conseillers techniques régionaux ou nationaux en soins, directeurs des soins, directeurs des ressources humaines, conseillers généraux des établissements de santé, chargés de mission ARH …) amenés à apprécier les effectifs en personnel pour un secteur d'activité donné.

Il énonce des critères susceptibles d'influer sur la quantification et la qualification des besoins en personnel paramédical et décrit trois méthodes de calcul. Et, il recense les références règlementaires disponibles. Ainsi, les éléments contenus dans le dossier permettent de lister les paramètres qui influent sur la définition du nombre de postes de travail au-delà des effets de la réglementation.

Ces recommandations sont l'aboutissement d'une analyse de la littérature bien que peu documentée, d'une expertise professionnelle et d'une réflexion commune validée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).Ce document a été voulu pragmatique, facilement utilisable et non exclusif. Il peut compléter utilement d'autres documents : diagnostic flash (cf. annexe 3), études menées par les CGES, la MeaH etc…

La première partie du document porte sur la méthodologie de détermination des postes de travail, la seconde sur le calcul des effectifs proprement dits et la troisième partie illustrent les méthodes décrites par des exem.

I METHODOLOGIE DE DETERMINATION DES EFFECTIFS

La question des effectifs s'inscrit dans un processus dynamique nécessitant des ajustements en fonction de l'évolution des situations et des contextes. Elle n'est pas une finalité mais un des éléments majeurs de fonctionnement d'un établissement et de l'organisation de l'offre de soins.

La détermination des effectifs nécessite de passer par deux étapes successives :

1) définir le nombre de postes (en quantité et par qualification nécessaire)
2) calculer les effectifs en équivalent temps plein (ETP) en fonction du nombre de postes définis

La détermination d'un effectif tient compte d'un certain nombre de paramètres dont la combinaison permet l'appréciation des postes de travail journaliers. Une fois le nombre et la qualification des professionnels établis il est possible de calculer les effectifs en ETP nécessaires pour occuper les postes de travail identifiés.

Les principaux paramètres à prendre en compte sont :

1. La règlementation :

- Le temps de travail :
  - Règlementation en vigueur : définissant le temps de travail
  - Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail
  - Décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte

- Les textes règlementant les normes en personnels dans certaines spécialités médicales
- La durée quotidienne du temps de travail, et la durée annuelle du temps de travail dont la base légale est de :
  - 1600 h /an pour les personnels en repos fixes travaillant de jour (hors journées hors saison et fractionnement)
  - 1575 h /an (hors journées hors saison et fractionnement) et 1547 h /an (avec journées hors saison et fractionnement) pour un agent travaillant le jour en repos variables qui effectue au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile
  - 1470 h /an (hors journées hors saison et fractionnement) 1456 h / an (avec journées hors saison et fractionnement) pour un agent travaillant de nuit dans le secteur publique.

    Dans le secteur privé le temps de travail est le même de jour comme de nuit à savoir 1547 h /an.

- Le mode de prise en charge des patients dans la structure considérée : consultations, hospitalisation de jour, de nuit, de semaine ou hospitalisation traditionnelle

2. Les paramètres non règlementés :

L'organisation du parcours du malade doit prendre en compte de nombreux paramètres. A priori aucun des paramètres n'est prépondérant, c'est le résultat de leur analyse qui conduit à caractériser un contexte et à déduire le nombre de postes de travail nécessaires, pour chacune des catégories professionnelles (infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes…), pour le bon fonctionnement de l'entité considérée (service, unité de soins …) ; ainsi que leur répartition sur les horaires de travail et/ou les jours de la semaine. Par exemple : une infirmière matin – après-midi - nuit ; deux aides soignantes le matin et une l'après-midi et la nuit, une diététicienne deux demi journées par semaine.

La liste ci-dessous n'est pas exhaustive. Cependant, ces éléments peuvent impacter plus ou moins lourdement l'organisation des soins et avoir par conséquent une incidence sur les effectifs nécessaires, aussi bien en qualification qu'en quantité, en les majorant ou en les minorant.

Par ailleurs, il peut être utile, en fonction des situations, de comparer deux ou trois organisations identiques, même si en raison des spécificités, il n'est pas possible dans l'absolu, de dupliquer l'organisation d'un établissement vers un autre établissement. Cette démarche permet uniquement d'avoir des repères et de se poser des questions en amont particulièrement dans les situations de créations d'activités.

Il convient également de préciser qu'en raison des modes de financement actuels (Tarification à l'activité …) la notion de flexibilité a été introduite de façon plus formelle. Désormais les emplois et donc les postes de travail sont à rapprocher de l'activité et les effectifs peuvent être revus à la hausse ou à la baisse en cours d'année en fonction des variations d'activité.

Contexte général de l'établissement de santé	Structure de prise en charge des usagers (Service, unité de soins…)	Paramètres libres
• **Populations prises en charge** : personnes âgées, psychiatrie, populations vulnérables et/ou en situation précaire…	• Enfants, personnes adultes, personnes âgées, psychiatrie, populations vulnérables et/ou en situation précaire… • Age moyen des patients de l'unité • Typologie des patients et leurs principales pathologies associées • PMSI, Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM Psy) selon le cas • Complexité des prises en charge médicale et de soins (mono spécialité polyvalente) • Type de prise en charge des malades : hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour, équipe mobile ... • Variabilité de l'activité : saisonnière, épidémique, présence ou absence du corps médical (ex. chirurgie) ... • Prises en charge spécifiques de l'unité (nombre de patients en isolement, fin de vie, patients déambulant en unité ouverte…) • Niveau de charge en soins, charge de travail, soins directs et indirects révisés régulièrement • Densité de patients au sein de l'unité (effet de seuil) • Taux d'occupation des lits de l'unité • Durée moyenne de séjour (DMS)	• GIR, GMP…
• **Organisation générale de l'hôpital :** En pôles d'activité ou uniquement en services cliniques et/ou techniques et/ou administratifs	• Nouvelle technologie • Gestion administrative du dossier du patient (dossier informatisé…) • Astreintes et gardes	

Contexte général de l'établissement de santé	Structure de prise en charge des usagers (Service, unité de soins…)	Paramètres libres
• **<u>Contexte architectural et environnemental</u> :** - Mono bloc, pavillonnaire, site isolé, plateau technique sur site - Modes de transport technologique ou humain - Prestataires externes (cuisine, blanchisserie), - Pharmacie à usage intérieur, utilisation de l'usage unique, stérilisation centralisée ou non, - Taux d'équipement	• Configuration architecturale : structure (service) sur un ou plusieurs étages • Configuration des pôles : regroupant des services sur un même site ou répartition sur plusieurs sites … • Capacité de l'unité de soins : nombre de lits, équipements... • Niveau de finalisation des prestataires de services à l'unité de soins (ex. pharmacie en mode distribution journalière individuelle nominative ou en dotation globale ...) • Gestion d'activités particulières (matériel biotechnique hors champ de responsabilité des services biomédicaux (relevé de température des réfrigérateurs, purges pour prévention de la légionellose…) • Types de liaisons avec les laboratoires, de dépôt de sang, les explorations fonctionnelles, l'imagerie… • Prestations extérieure (ménage, stérilisation, lingerie, hôtelière, animation) • Maintenance et sécurité « biomédicale » au sein des services, ou pôle d'activité	

Contexte général de l'établissement de santé	Structure de prise en charge des usagers (Service, unité de soins…)	Paramètres libres
• **<u>Contexte / ressources humaines</u> :** **Organisation générale des Ressources humaines au niveau de l'établissement :** – Accords locaux Organisation Aménagement Réduction Temps de Travail, Gestion Prévisionnelle Métiers et Compétences, pyramide des âges, – Structure des effectifs par groupes professionnels (administratifs, médico-techniques, soignants, médicaux, technique et logistique) - Équipes centralisées ou dédiées (brancardage …), - Équipes (ou pool) de suppléance cliniques ou médico-technique ou de rééducation, - Flexibilité/ variations d'activités, - Organisation des astreintes et gardes, - Taux d'encadrement hors instituts de formations (du Directeur des soins aux Cadres de santé), - Ratios : AS/ASH/lit, Infirmière/lit, Infirmière/1000 entrées et /1000 journées, pers administratif/ pers non médicaux, ETP médicaux / ETP infirmière - Moyens dédiés à la qualité	• Taux encadrement/ chaque unité et pôle d'activité • Tableau des effectifs rémunérés • Organisation, mutualisation … au sein du pôle d'activité • Binôme IDE-AS ou autres • Répartition AS-ASHQ • Sectorisation • Politique d'attribution des temps partiels • Tutorat, accueil de stagiaires • Participation à la formation et/ou aux travaux de recherche • Nombre de médecins • Organisation du temps médical (présence des médecins sur le site …) • Vacations médecins libéraux • Approche GPMC (métiers en tension, compétences, rôle et missions de l'unité, activité, plan de formation) • Taux d'absentéisme, politique de remplacement • Taux d'absentéisme moyen et par catégorie et par motifs • Politique de remplacement (congés mat …) • Variation des effectifs par rapport à la variation de l'activité (hivernale, canicule, densité de la population estivale…) et responsable de combien de lits • Equipe de professionnels de suppléance • Pyramide des âges	• <u>Valorisation ultérieure</u> : Tutorat, AFGSU, Formation incendie, nombre d'étudiants de différentes formations

Contexte général de l'établissement de santé	Structure de prise en charge des usagers (Service, unité de soins…)	Paramètres libres
• **Activité de l'établissement :** taux d'occupation moyen, GIR, PATHOS, SIIPS, PRN, PENDISCAN • **Résultat comptable de l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)** • **Plan de retour à l'équilibre**	• Nombre de lits supplémentaires • DMS • Nombre de séjours • Variabilités en fonction du taux d'occupation de lits selon les jours de la semaine (le week-end…) ou les périodes de l'année (absence des chirurgiens …), ou les fermetures de lits programmées (l'été pour congés annuels …)	
Cas particuliers : référent douleur, infirmière hygiéniste, référents en Hygiène Hospitalière, stomathérapeute, équipes mobiles (gériatrique, soins palliatifs …) prélèvement d'organes, référent qualité, informatique, protocoles….	• Activité multi sites équipes mobiles, consultations paramédicales	

II METHODES DE CALCUL DES EFFECTIFS

Plusieurs méthodes de calcul existent. Cependant, elles donnent sensiblement les mêmes résultats. Trois méthodes ont été retenues et présentées ci-dessous. Bien que différentes elles privilégient des modes de calcul permettant des ajustements en fonction de la réglementation générale et des accords locaux. Les chiffres obtenus peuvent être ajustés en fonction de l'appréciation du contexte et des projets d'évolution (aménagements, nouvelles organisations…).
Par ailleurs, les principes de calcul peuvent s'appliquer à tous les professionnels sous réserve de bien prendre en compte le temps travaillé dans l'entité considérée (par exemple : un kinésithérapeute présent 2 demi journées [soit 1 journée] dans une unité de soins).

L'utilisateur privilégiera la méthode la plus adaptée à sa situation locale en fonction de l'objectif recherché.

Les différentes méthodes sont fondées sur les principes suivants, mais toutes prennent en compte la réglementation en vigueur :

- méthode 1

- Elle repose sur des calculs d'effectifs à partir des heures théoriquement travaillées par chaque personne
- Il s'agit de remplir le nombre de présents nécessaires sur les différents postes de travail
- Ce calcul tient compte des congés annuels, jours fériés et jours RTT
- Il n'intègre pas le taux d'absentéisme pour maladie et pour formation permanente
- Le calcul s'effectue sur la base d'un tableur Excel

- <u>Avantages</u> :
  - Rapide, simple, assez précise
  - Applicable pour toutes les spécialités, en fonction de la durée de travail quotidienne par catégorie d'agent
  - Résultats intégrant les congés annuels et jours RTT
  - Faible ajustement nécessaire

  Cette méthode permet d'avoir une vision sommaire de l'organisation des soins par catégorie d'agent intervenant sur la semaine.

- <u>Limites</u> :
  Le lien entre niveaux de dotation en effectifs et qualité des soins infirmiers reste difficile à établir et est fonction des paramètres à prendre en compte dans le chapitre précédent.

Les principes de calcul de la méthode 1 sont les suivants :
Calculer l'effectif nécessaire sur la base du nombre d'heures travaillées par poste de travail.
Par exemple 7h 30 de travail pour l'équipe du matin pour une unité fonctionnant 365 j / an
1 poste X 7,5 h par jour X 365 j = 2737,5 h par an / 1547 h (durée légale de temps de travail par an) = 1,76 ETP

- **méthode 2**

- Elle repose sur des calculs d'effectifs à partir du nombre de jours travaillés théoriquement par an
- Il s'agit de remplir le nombre de présents nécessaires sur les différents horaires de travail
- Ce calcul tient compte des congés annuels, jours fériés et jours RTT
- Il n'intègre pas le taux d'absentéisme pour maladie et pour formation permanente
- Le calcul s'effectue sur la base d'un tableur Excel

- Avantages :
  - Rapide, simple, assez précise
  - Applicable pour toutes les spécialités, en fonction du nombre de jours de travail par an
  - Résultats intégrant les congés annuels et jours RTT
  - Faible ajustement nécessaire

- Limites :
  Le lien entre niveaux de dotation en effectifs et qualité des soins infirmiers reste difficile à établir et est fonction des paramètres à prendre en compte dans le chapitre précédent.

Les principes de calcul de la méthode 2 sont les suivants :
Calculer l'effectif nécessaire sur la base du nombre de jours travaillés par personne. Le nombre de jours est déterminé par les accords locaux du protocole RTT.
Par exemple 220 jours de travail pour une personne à plein temps en équipe du matin (7 h 30) pour une unité fonctionnant 365 j / an.

1 poste X 365 jours / 220 jours de travail par an = 1,65 ETP

- **méthode 3** **(ANI – Conseil international des infirmières)**

- Elle repose sur des calculs d'effectifs à partir du nombre d'heures de travail nécessaires pour un poste de travail, elles seront effectuées par plusieurs personnes
- Il s'agit de remplir le nombre de présents nécessaires sur les différents quarts de travail
- Ce calcul ne tient pas compte des congés annuels, jours fériés et jours RTT et n'intègre pas le taux d'absentéisme pour maladie et pour formation permanente. Il convient d'appliquer un facteur correctif pour prendre en compte les congés légaux (congés annuels …) et/ou les autres absences (maladie, formation…)
- Le calcul s'effectue sur la base d'un tableur Excel

- Avantages :
  - Méthode applicable à un niveau international
  - Rapide, simple, économique
  - Applicable à n'importe quelle spécialité, quel que soit le nombre d'heures travaillées quotidiennement dans le service

- Résultats faciles à actualiser
- Faible ajustement nécessaire pour d'autres groupes de soins

Les effets de l'ajustement des effectifs infirmiers sur la qualité des soins et sur la satisfaction au travail peuvent être mesurés par des enquêtes.

Cette méthode est souvent utilisée pour confirmer les résultats d'autres méthodes plus élaborées. Deux séries de résultats similaires émanant de deux approches ou davantage ("triangulation") confèrent un certain degré de certitude à vos décisions.

- Limites :

  La relation entre niveaux de dotation en effectifs et qualité des soins infirmiers est difficile à établir : comment savoir si 25,5 infirmières en ETP suffiront à maintenir un niveau de soins acceptable, ou à garantir une répartition équitable des charges de travail et, donc, à favoriser la rétention du personnel ?

Les principes de calcul de la méthode 3 sont les suivants :
Formule de dotation en effectifs basée sur le jugement professionnel, pour sept jours dans une unité donnée.

Étape 1 : Calculer le nombre d'heures travaillées nécessaires.

- Équipe du matin : de 07 h 00 à 14 h 30 = 7,5 h x 1 infirmière x 7 jours = 52,5 h
- Équipe d'après midi: de 14 h 00 à 21 h 30 = 7,5 h x 1 infirmière x 7 jours = 52,5 h
- Équipe de nuit : de 21h15 à 07h15 = 10 h x 1 infirmière x 7 jours =70 h
- Total = 175 h

Ce calcul ne tient pas compte des vacances, congés maladie, etc. Il faut donc introduire un facteur correctif : le taux de 22% utilisé ici est celui calculé dans une étude portant sur 300 unités de soins généraux au Royaume-Uni.

Vous pouvez tout aussi bien utiliser le taux applicable à votre propre établissement, s'il est disponible au service du personnel.

Étape 2. : Ajuster en fonction des congés et des absences

175 h x 1,22 (taux d'absences) = 213,5 h / 35 h (1 EPT) = 6,1 ETP

Attention : les personnels de nuit travaillent sur une base de 35h dans le secteur privé et 32h 30 dans le secteur publique.

Comparaison entre les trois méthodes de calcul :

	Méthode 1	**Méthode 2**	**Méthode 3**
Calcul à partir du nombre d'heures théoriquement travaillées par équipe de travail (matin, après-midi, nuit ; ou jour, nuit …)	●		
Calcul à partir du nombre de jours théoriquement travaillés par an		●	
Calcul à partir du nombre d'heures de travail nécessaires par an pour un poste de travail			●
Calcul tient compte des congés annuels, jours fériés et jours RTT	●	●	
Calcul n'intègre pas le taux d'absentéisme pour maladie et pour formation permanente	●	●	
Application d'un facteur correctif pour prendre en compte les congés légaux et/ou les absences			●
Calcul peut être effectué à l'aide d'un tableur Excel, dans lequel les formules de calcul son intégrées	●	●	●

III ILLUSTRATIONS

Les exemples n'ont aucune valeur normative. Ils sont illustratifs des deux étapes permettant d'apprécier les effectifs : première étape la définition du nombre de postes puis la deuxième étape, le calcul proprement dit des effectifs.

Les exemples permettent de mettre en évidence, d'une part, que la prise en compte des différents critères cités plus haut aboutissent à une estimation similaire du nombre de postes, (et cela sans que les directeurs de soins se soient concertés) et, d'autre part que les différentes méthodes de calcul utilisées parviennent à des effectifs sensiblement identiques.

Dans les exemples, les calculs ont porté principalement sur les effectifs infirmiers et aides soignants, afin de ne pas rendre les tableaux trop complexes, mais ils sont applicables aux autres catégories professionnelles.

1. Estimation des postes nécessaires pour le fonctionnement journalier à partir d'une situation.

Les besoins en effectifs journaliers ont été estimés sur la base d'un « jugement professionnel », en fonction des données mentionnées dans le cas concret et des paramètres pouvant être pris en compte et indiqués dans le document, par 3 directeurs des soins différents sans concertation.

Cas concret (concerne les professionnels paramédicaux)

- création *ex nihilo* de15 lits de SSR de neurologie
- moyenne d'âge des patients accueillis 75ans
- DMS 45 jours
- Taux d'occupation 100%
- GIR 870
- pas d'équipe de suppléance
- plateau technique à proximité
- équipe de brancardiers centralisée
- pas d'équipe d'hôtelière
- unité isolée
- dispensation nominative des médicaments et pas de préparation centralisée

Estimation des effectifs journaliers

Dans une configuration en trois équipes par 24 h

	Qualifications	Nombre de professionnels présents matin, après-midi, nuit Directeur des Soins 1	Nombre de professionnels présents matin, après-midi, nuit Directeur des Soins 2	Nombre de professionnels présents matin, après-midi, nuit Directeur des Soins 3
Semaine (lundi au vendredi)				
	Cadre de santé	1	1	1
	IDE	2 – 1 - 1	2 – 1 - 1	1 – 1 - 1
	Aide soignante	2 – 2 - 1	2 – 2 - 1	2 – 2 - 1
	ASH	1 – 1 - 0	1 – 1 - 0	1 – 1 - 0
	Kinésithérapeute	2 (chaque jour)	2 (chaque jour)	1 (chaque jour)
	Ergothérapeute	2 journées par semaine, la présence pouvant être organisée par demi journées	2 journées par semaine, la présence pouvant être organisée par demi journées	1 (chaque jour)
	Orthophoniste	1 journée par semaine	1 journée par semaine	2 vacations par semaine
	Diététicienne	½ journée par semaine	½ journée par semaine	2 vacations par semaine
	Assistante sociale	½ journée par semaine	½ journée par semaine	5 demi journées par semaine
Week end et jours fériés				
	Cadre de santé	0	0	0
	IDE	1 – 1 - 1	1 – 1 - 1	1 – 1 - 1
	Aide soignante	2 – 2 - 1	2 – 2 - 1	2 – 2 - 1
	Agent de service hospitalier	1 – 1- 0	1 – 1- 0	1 – 1- 0
	Kinésithérapeute	0	0	0
	Ergothérapeute	0	0	0
	Orthophoniste	0	0	0
	Diététicienne	0	0	0
	Assistante sociale	0	0	0

La détermination du nombre de personnes requises chaque jour et pour chaque équipe permet de disposer des données chiffrées qui serviront au calcul des effectifs, exprimés en Equivalent temps plein (ETP), nécessaires au fonctionnement d'une entité (unité de soins, service, consultation…).

2. Calcul des effectifs (exprimés en ETP)

Afin de faciliter la comparaison des résultats obtenus par les trois méthodes un calcul d'effectif est réalisé avec un nombre identique de personnels présents chaque jour et pour chaque équipe. Les nombres de postes indiqués le sont à titre illustratif. De plus, pour les équipes de nuit les calculs ont été effectués sur la base de la réglementation applicable au secteur public soit une durée légale de travail de 32 h 30 par semaine.

Méthode n°1

	Equipe	Postes	Base horaire moyenne	Nbre de jours de fonctionnement /an	Volume d'heures annuelles de travail	Temps de travail par agent	Effectif par plage horaire	IDE	Aides soignantes (AS)
		a	b	c	d=axbxc	e	f=d/e		
SERVICE X									
Hospitalisation conventionnelle - 35 lits installés - 1 aile									
IDE	M	3	7h30	365	8212,50	1547,00	5,30		
	AM	3	7h30	365	8212,50	1547,00	5,30	**15,63**	
	N	2	10h	365	7300,00	1456,00	5,03		
AS	M	3	7h30	365	8212,50	1547,00	5,30		
	AM	2	7h30	365	5475,00	1547,00	3,53		**13,86**
	N	2	10h	365	7300,00	1456.00	5,03		
Hôpital de semaine - 25 lits installés - 3 ailes									
IDE	M	3	7h30	261	5872,50	1547,00	3,79		
	AM	3	7h30	261	5872,50	1547,00	3,79	**13**	
	N	3	10h	261	7830,00	1456.00	5,40		
AS	M	3	7h30	261	5872,50	1547,00	3,79		
	AM	3	7h30	261	5872,50	1547,00	3,79		**13**
	N	3	10h	261	7830,00	1456,00	5,40		

Base de calcul : 7 h 30 de travail par jour (matin ou après midi) 220j / an ; 10 h de travail par nuit 145 nuits / an
365j d'ouverture / an pour les services fonctionnant 24 h /24

Méthode de calcul : ex. IDE dans le service X en hospitalisation conventionnelle : 3 X 7,5 X 365 = 8212,5 / 1547 = 5,30 ETP
Ex. IDE dans le service X en hôpital de semaine : 3 X 7,5 X 261 = 5872,5 / 1547 = 3,79 ETP

Méthode n°2

	Equipe	Postes	Nbre de jours travaillés /personne /an	Nbre de jours de fonctionnement /an	Effectif	Effectif arrondi	IDE	Aides soignantes (AS)
SERVICE X								
Hospitalisation conventionnelle - 35 lits installés - 1 aile								
IDE	M	3	220	365	4,98	5		
	AM	3	220	365	4,98	5		
	N	2	145	365	5,03	5	**14.99**	
AS	M	3	220	365	4,98	5		
	AM	2	220	365	3,32	3		
	N	2	145	365	5,03	5		**13,33**
Hôpital de semaine - 25 lits installés - 3 ailes								
IDE	M	3	220	261	3,56	4		
	AM	3	220	261	3,56	4		
	N	3	145	261	5,40	5	**12.52**	
AS	M	3	220	261	3,56	4		
	AM	3	220	261	3,56	4		**12,52**
	N	3	145	261	5,40	5		

Base de calcul : 7 h 30 de travail par jour (matin ou après midi) 220j / an ; 10 h de travail par nuit 145 nuits / an
365j d'ouverture / an pour les services fonctionnant 24 h /24

Méthode de calcul : ex. IDE dans le service X en hospitalisation conventionnelle : 3 X 365 / 220 = 4,98 ETP
Ex. IDE dans le service X en hôpital de semaine: 3 X 261 / 220 = 3,56 ETP

Méthode n°3 [1]

	Equipe	Postes	Base horaire moyenne	Calcul sur 1 semaine	Nombre heures travaillées	Total	Facteur correctif tx absence	Ajustement	IDE	Aides soignantes (AS)
							ex 1,22			
SERVICE X										
Hospitalisation conventionnelle - 35 lits installés - 1 aile										
IDE	M	3	7h30	7 j	157,50					
	AM	3	7h30	7 j	157,50	**455h**	455hx 1,22	555,1h/35h	**15,8**	
	N	2	10h	7 j	140,00				13 sans tx	
									ajustement	
AS	M	3	7h30	7 j	157,50					
	AM	2	7h30	7 j	105,00	402,50	402,5 x1, 22	491,05 /35		**14**
	N	2	10h	7 j	140,00					11,5 sans tx
										ajustement
Hôpital de semaine - 25 lits installés - 3 ailes										
IDE	M	3	7h30	5 j	112,50					
	AM	3	7h30	5 j	112,50	375,00	375 x1, 22	457,5 /35	**13**	
	N	3	10h	5 j	150,00				11 sans tx	
									ajustement	
AS	M	3	7h30	5 j	112,50					
	AM	3	7h30	5 j	112,50	375,00	375 x1, 22	457,5 /35		**13**
	N	3	10h	5 j	150,00					11 sans tx
										ajustement

Base de calcul : 7 h 30 sur 7 jours, ce calcul ne tient pas compte des vacances, congés maladie etc. Il faut donc introduire un facteur correctif. Le taux indiqué ici est, à titre d'exemple, celui du Royaume Uni. Il est préférable d'utiliser celui de l'établissement pour lequel est effectué le calcul.

Méthode de calcul : ex. pour les IDE du service X en hospitalisation conventionnelle nécessité de 455 h au total
455 h X 1,22 (taux d'absence) = 555,1 h / 35 h = 15,8 ETP

Il convient de noter que les absences pour congé maladie … ne sont pas prises en compte dans les méthodes 1 et 2

[1] Conseil international des infirmières. Effectifs suffisants = vies sauvées. CII, 2006

Synthèse des effectifs obtenus avec les 3 méthodes

	Méthode 1 (ETP)	Méthode 2 (ETP)	Méthode 3 (ETP)
Service X hospitalisation conventionnelle			
IDE	15,63	14.99	15,8
AS	13,86	13.33	14
Service X hôpital de semaine			
IDE	13	12.52	13
AS	13	12.52	13

Les variations « à la marge » entre les trois méthodes sont à apprécier en fonction de l'analyse du contexte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Conseil international des infirmières. Effectifs suffisants = vies sauvées. CII, 2006

DHOS. Diagnostic flash hospitalier. Bases de comparaison. Version 2007

HAS. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. Edition 2007

Isambart G. Cadre, pistes sur les ratios de personnel dans la fonction publique hospitalière. www.Infirmiers.com, mai 2007, http://www.infirmiers.com/carr/cadre/quota-ratio-personnel.php

Laborie H., Moisdon J-C., Tonneau D. Le temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. Ministère e la santé, MeaH, Rapport final, mai 2008

Optimiser les plannings et horaires du personnel soignant. Cahiers pratiques Tissot, n°14, novembre 2003

La réglementation évoluant régulièrement il est important de se rapporter aux derniers textes réglementaires publiés.

Décret 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation (HAD et chirurgie ambulatoire)

Décret n° 200-762 du 1er août 2000 relatifs aux établissements et services d'accueil de moins de 6 ans

Décret no 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets)

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 néonatologie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

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 néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples)

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

Circulaire DHOSD/01/2005/67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveaux-nés, nourrissons et enfants

Décret 2005-777 du 11 juillet 2005 relatif à la durée du délai de réflexion prévu à l'art. L.6322-2 du CSP ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement des installations de chirurgie esthétique et modifiant le CSP

Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique

Article D6124-123 [relatif à la chirurgie cardiaque]

Modifié par Décret 2006-273 2006-03-07 art. 1 I, II JORF 10 mars 2006

Modifié par Décret n°2006-273 du 7 mars 2006 - art. 1 JORF 10 mars 2006

Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique [modifie les articles D. 6124-1 à 26 du code de la santé publique]

Circulaire DHOS /01/2006/273 du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères

Décret 2007-230 du 20 février 2007 relatif aux établissements et services d'accueil de moins de 6 ans

Décret n° 2008-376 et 377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

Circulaire DHO/01/2008/305 relative aux décrets 2008-377 réglementant l'activité de SSR
Circulaire DHOS n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
Circulaire DHOS/O4 n° 2007-391 du 29 octobre 2007 relative aux activités de soins de traitement des grands brûlés
Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 n° 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en Addictologie
Circulaire DHOS/DGS/DGAS n° 2003-517 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux
Circulaire DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l organisation des soins palliatifs
Circulaire DHOS/02/01/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

LISTE DES SIGLES

AFGSU	Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AS	Aide soignante
ASH	Agent de service hospitalier
CGES	Conseiller général des établissements de santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS	Durée moyenne de séjour
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Equivalent temps plein
GIR	Groupe iso-ressources
GPMC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
IDE	Infirmière
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRN	Projet de recherche en nursing
RIM-Psy	Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie
RTT	Réduction du temps de travail
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée

Annexe 1

Définitions

Poste de travail

Espace organisé et équipé en vue de l'exécution d'une tâche (Tiré de Organisation internationale de normalisation. Dental Vocabulary. List 1, Basic Terms = Vocabulaire de l'art dentaire. Liste 1, Termes de base. 3e éd. Genève : ISO, 1977. iii, 3 p. (International Standard ; ISO 1942/1), sp)
http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/758.html v

Effectif

Nombre de personnes composant un groupe.
http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/effectif/

- effectif réel : nombre de personnels rémunérés d'un service
- effectif présent : correspond au nombre de personnels présents physiquement dans un service dans un temps donné
- effectif nécessaire : correspond au nombre d'agents calculé en fonction de la charge de travail
- effectif minimal (ou de sécurité) : correspond au nombre minimum de personnels pour assumer les soins dans un service donné
- effectif théorique : effectif calculé de manière empirique en référence à la capacité potentielle du service

Guide du service infirmier n°1. Série personnel du service infirmier. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Paris, 1984 cité dans Optimiser les plannings et horaires du personnel soignant. Cahiers pratiques Tissot, n°14, novembre 2003

Textes réglementaires, littérature, expériences

Temps de travail :

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mas 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Astreintes et gardes :

- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au tem ps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- Arrêté du 24 avril 2002 fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

- Décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la c ompensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Obstétrique :

- Décret n° 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 néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

Hémodialyse :

- Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.

Réanimation, Soins intensifs de cardiologie, Chirurgie cardiaque :

- Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique.

- Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique.

- Décret n° 91-78 du 16 janvier 1991 relatif aux activités de chirurgie cardiaque.

Salle de Surveillance post interventionnelle :

- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique.

Centres de grands brûlés :

- Décret n° 2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement des grands brûlés et modifiant le code de la santé publique.

SSR :

- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

<u>Manuel de certification, HAS (2007)</u>

Chapitre 1 / Politique et qualité du management
1-d *Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement*
3-b *Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement*

Chapitre 3 / Prise en charge du patient
La continuité des soins
Référence 27 -a : *des règles de responsabilité, de présence, de concertation et de coordination sont mises en oeuvre pour assurer la continuité des soins*

Annexe 2

Les dispositions réglementaires ci-dessous sont extraites du Code de la santé dans lesquels figurent les indications de ratio, d'effectifs… Il convient de se reporter au document de référence afin d'avoir l'ensemble des éléments.

Tableau de synthèse des ratios et/ou effectifs contenus dans les textes réglementaire

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous-section 1 : **Médecine d'urgence** (décret n°2006-577 du 22 mai 2006)	1- Structure de médecine d'urgence **Article D.6124-2** **Article D 6124-5** : **Article D 6124-11**	L'effectif de la structure d'urgence est fixé de façon à ce que cette structure puisse assurer ses missions. L'effectif est adapté au nombre d'appels adressés au SAMU, au nombre de sorties de la structure mobile d'urgence et de réanimation, dénommée SMUR, ou au nombre de passages de patients dans la structure des urgences. L'effectif du personnel médical et non médical est renforcé pendant les périodes où une activité particulièrement soutenue est régulièrement observée. L'encadrement de l'équipe non médicale de la structure de médecine d'urgence est assuré par un cadre de santé de la filière infirmière pour tout ou partie de son temps à la structure. Lorsque la structure des urgences et la structure mobile d'urgence et de réanimation organisent une permanence médicale et non médicale commune, les modalités de prise en charge des patients se présentant à la structure des urgences sont prévues par l'établissement autorisé et permettent une intervention sans délai de la structure mobile d'urgence et de réanimation. Lorsque l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation intervient hors de l'établissement, la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin et un infirmier de l'établissement.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous-section 1 : **Médecine d'urgence** (décret n°2006-577 du 22 mai 2006	2- Structure mobile d'urgence et de réanimation **Article D. 6124-13** 3- Structure des urgences **Article D 6124-17** **Article D 6124-18** **Article D 6124-19**	L'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Le conducteur remplit les conditions prévues au 1° de l'article R. 6312-7 L'effectif de l'équipe médicale de la structure des urgences comprend un nombre d'infirmiers suffisant pour qu'au moins l'un d'entre eux soit présent en permanence. Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient. Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend également des puéricultrices, des aides soignants et, le cas échéant des auxiliaires de puériculture et des agents des services hospitaliers qualifiés. L'équipe dispose en tant que de besoin de personnels chargés du brancardage.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
		Sous-section 1 : **Médecine d'urgence** (décret n°2006-577 du 22 mai 2006	5 – Pries en charge des urgences pédiatriques **Art D. 6124-26-1** **Art D. 6124-26-5** **Art D. 6124-20** **Art D. 6124-21** 6 - Prise en charge des urgences psychiatriques **Art D. 6124-26-7**	Les moyens humains et techniques de la structure des urgences et de la structure de pédiatrie mentionnée au premier alinéa de l'article R. 6123-32-7 peuvent être mis en commun pour la réalisation de ces prises en charge. Le personnel non médical affecté à la prise en charge des urgences pédiatriques a acquis une formation à la prise en charge des urgences pédiatriques, soit au cours de ses études, soit par une formation ultérieure. L'équipe dispose en tant que de besoin d'un agent chargé des admissions. Un assistant de service social est affecté pour tout ou partie de son temps à la structure des urgences. Il est notamment chargé de mettre en œuvre les dispositions de l'article R. 6123-22 Outre les membres mentionnés aux articles D. 6124-17 à D. 6124-21=, le personnel de la structure des urgences d'un établissement de santé comprend au moins selon le cas : - Un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie ; - Un infirmier appartenant à un établissement mentionné au 1er article L. 3221-1 - Un infirmier appartenant à la structure de psychiatrie de l'établissement lorsque celui (ci) est autorisé à exercer l'activité de sois de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
		Sous section 2 : **Réanimation**	2- Dispositions relatives à la réanimation adulte **Article D 6124-32**	Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum : - deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ; - un aide-soignant pour quatre patients. L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice.
			3- Dispositif relatif à la réanimation pédiatrique et à la réanimation pédiatrique spécialisé **Art D. 6124-34-2**	L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée comprend au minimum un aide soignant ou un auxiliaire de puériculture pour quatre patients. Cette équipe est dirigée par un cadre de santé de la filière infirmière affecté tout ou partie, à l'unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisé.
			Art D. 6124-34-4	L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique' comporte au minimum deux infirmiers diplômés d'Etat pour cinq patients ; ils sont, dans la mesure du possible, diplômés en puériculture. Elle comprend au moins une puéricultrice.
			Art D. 6124-34-5	L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique spécialisée comporte au minimum un infirmier diplômé d'Etat, dans la mesure du possible diplômé en puériculture, pour deux patients. L'équipe comprend au moins une puéricultrice

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 3 : **Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale**	**Article D 6124-44** Secteur de naissance	Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants : 1° En ce qui concerne les sages-femmes : a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ; b) Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires. Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ; c) Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour ; 3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 3 : **Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale**	**Article D 6124-46** Le secteur d'hospitalisation **Article D 6124-48**	Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'un aide-soignant et d'une auxiliaire de puériculture le jour et à une sage-femme ou un infirmier ou une infirmière, assisté d'une auxiliaire de puériculture, la nuit. Sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa du 1° et au 3° de l'article D. 6124-44 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, il s'agit de personnels affectés au secteur d'hospitalisation et ne pouvant avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatologie peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies. Ces nouveau-nés peuvent, en tant que de besoin, être isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence dans un local de regroupement ou, lorsqu'elle est individuelle et aménagée à cet effet, dans la chambre de leur mère. De plus, le pédiatre est disponible sur appel, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie, est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 3 : **Obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale**	**Article D 6124-56** L'unité de néonatologie **ne pratiquant pas** les soins intensifs de néonatologie L'unité de néonatologie **qui pratique** les soins intensifs de néonatologie **Article D 6124-61** Unité de réanimation néonatale	3° La présence continue d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie pour six nouveau-nés. Dans toute unité de néonatologie qui pratique les soins intensifs de néonatologie, sont assurés 1° La présence continue tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatologie ; 2° La présence continue d'un infirmier ou d'une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie, pour trois nouveau-nés. Que l'unité de néonatologie pratique ou non des soins intensifs, ces personnels paramédicaux sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité. L'encadrement du personnel paramédical peut être commun à l'unité de néonatologie et à l'unité de réanimation néonatale si ces unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre. 2° La présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatologie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatologie ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité ; 3° L'encadrement du personnel paramédical, éventuellement commun avec l'unité de néonatologie lorsque celle-ci est située à proximité immédiate ;

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 4 : **Insuffisance rénale chronique**	Paragraphe 2 : Centres d'hémodialyse **Article D 6124-70**	Tous les actes de soins nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement des patients hémodialysés en centre sont accomplis par l'équipe de personnel soignant. Cette équipe, dirigée par un cadre infirmier, ou par un infirmier ou une infirmière, assure la présence permanente en cours de séance d'au moins un infirmier ou une infirmière pour quatre patients et un aide-soignant ou une aide-soignante, ou éventuellement d'un autre infirmier ou d'une autre infirmière pour huit patients. Lorsque le centre d'hémodialyse assure des séances longues, de six heures au minimum, pour l'ensemble des patients de la séance, l'équipe assure la présence en cours de séance d'au moins un infirmier ou d'une infirmière pour cinq patients et d'un aide-soignant ou d'une aide-soignante pour dix patients. Pendant les séances d'entraînement à la dialyse à domicile ou à l'auto dialyse, un infirmier ou une infirmière supplémentaire est présent en permanence. En dehors des heures d'ouverture du centre, une astreinte est assurée par un des infirmiers ou des infirmières de l'équipe susmentionnée. Dans les établissements de santé disposant d'une unité de soins intensifs en néphrologie, l'astreinte infirmière peut être assurée par un infirmier ou par une infirmière de cette unité.
			Paragraphe 4 : Centres d'hémodialyse pour enfants **Article D 6124-73**	Tous les actes nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement par hémodialyse de ces enfants sont accomplis par l'équipe soignante, dirigée par un cadre infirmier. Sont présents en permanence en cours de séance au moins un infirmier ou une infirmière, ayant une pratique de la pédiatrie et de la dialyse, pour deux enfants en cours de traitement, ainsi qu'une auxiliaire de puériculture ou un aide-soignant pour quatre enfants .En dehors des heures d'ouverture du centre, une astreinte est assurée par un des infirmiers ou infirmières de l'équipe susmentionné

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 4 : **Insuffisance rénale chronique**	Paragraphe 5 Unités de dialyse médicalisée **Article D 6124-77**	Tous les actes nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement par hémodialyse de ces patients sont accomplis par l'équipe de personnel soignant. Cette équipe est en effectif suffisant pour assurer la présence permanente, en cours de séance, d'au moins un infirmier ou une infirmière pour quatre patients, sans préjudice d'autres personnels paramédicaux. Si l'unité organise des séances d'entraînement à la dialyse à domicile ou à l'auto dialyse, un infirmier ou une infirmière supplémentaire est présent pendant ces séances. Lorsque l'unité de dialyse médicalisée assure des séances longues, de six heures au minimum, pour l'ensemble des patients de la séance, la présence en cours de séance d'au moins un infirmier ou une infirmière pour cinq patients est suffisante.
			Paragraphe 6 : Unité d'auto dialyse **Article D 6124-81**	L'unité d'auto dialyse dite simple dispose au minimum en permanence en cours de séance d'un infirmier ou d'une infirmière ayant une formation à l'hémodialyse pour huit patients traités, sans préjudice d'autres personnels paramédicaux. L'unité d'auto dialyse assistée dispose au minimum en permanence en cours de séance d'un infirmier ou d'une infirmière ayant une formation à l'hémodialyse pour six patients traités, sans préjudice d'autres personnels paramédicaux. Toute unité dispose d'un infirmier ou d'une infirmière pendant la séance, même lorsque seulement deux patients sont traités simultanément.
			Paragraphe 8 : Dialyse péritonéale à domicile **Art D 6124-89**	L'établissement de santé dispose d'une équipe soignante qui peut être commune avec celle de l'unité de formation et de suivi de la dialyse péritonéale. Cette équipe comprend des infirmiers ou des infirmières, obligatoirement formés à la dialyse péritonéale. Les membres de l'équipe soignante peuvent se rendre au domicile des patients. Tout établissement de santé qui assure l'ensemble des missions destinées à la prise en charge du patient en

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins**	Sous section 4 : **Insuffisance rénale chronique**	Para graphe 8 : Dialyse péritonéale à domicile **Article D 6124-89**	dialyse péritonéale, qui sont mentionnées à l'article R. 6123-67, dispose d'un poste d'infirmier ou d'infirmière à temps plein pour dix patients. Lorsque l'établissement n'assure pas certaines de ces missions, il dispose d'un poste d'infirmier ou d'infirmière à temps plein pour vingt patients. Une astreinte est assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre par un infirmier ou par une infirmière formé à la dialyse péritonéale, afin de pouvoir répondre à toute urgence de technique médicale des patients traités par dialyse péritonéale. Cette astreinte peut être assurée par un infirmier ou par une infirmière présente dans un service de néphrologie ou dans une unité de soins intensifs pratiquant la dialyse péritonéale.
		Sous section 5 : Anesthésie	Paragraphe 4 : Surveillance continue post interventionnelle **Article D 6124-101**	Les patients admis dans une salle de surveillance post interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au 1° de l'article D. 6124-98, affectés exclusivement à cette salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents. Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post interventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste. Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste. Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui intervient sans délai

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	PARTIE VI : ETABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTE LIVRE Ier : Etablissements de santé TITRE Ier : missions des établissements de santé Chapitre IV conditions techniques de fonctionnement **Section 1 : Activités de soins** **Section 3** : structures de soins alternatives à l'hospitalisation	Sous section 6 : Soins intensifs	Paragraphe 1 : Conditions générales **Article d 6124-105** Paragraphe 2 : Conditions particulières aux soins intensifs de cardiologie **Article D 6124-112** **Article D 6124-308** Toute structure dite d'hospitalisation à domicile	Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs est organisé de façon qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale de l'unité de soins intensifs cardiologiques comprend : 1° De jour, un infirmier ou une infirmière et un aide-soignant pour quatre patients 2° De nuit, au moins un infirmier ou une infirmière pour huit patients. Lorsque, pour huit patients présents la nuit, un seul infirmier ou une seule infirmière est affecté à l'unité, est en outre prévue la présence d'un aide-soignant. Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures de soins mentionnées à l'article D. 6124-306 sont appréciés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au vu du dossier mentionné au 2° de l'article R. 6122-32, en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées et de leurs caractéristiques techniques. Parmi les personnels mentionnés au premier alinéa, toute structure dite d'hospitalisation à domicile dispose en permanence d'au moins un agent pour six

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	**Section 3** : structures de soins alternatives à l'hospitalisation	Sous section 6 : Soins intensifs		patients pris en charge. Cet agent est selon les cas un auxiliaire médical ou un agent relevant des personnels de rééducation. Le personnel exprimé en équivalent temps plein, autre que les médecins, exerçant dans la structure susmentionnée est constitué au moins pour moitié d'infirmiers ou d'infirmières. Quelle que soit la capacité autorisée de la structure, un cadre infirmier assure la coordination des interventions des personnels non médicaux. La structure comporte en outre au moins un cadre infirmier pour trente places autorisées.
	Section 4 : Dispositions particulières à certains établissements de santé privés	Sous section 2 : Maison de santé médicale	**Article D 6124-411** **Article D 6124-414**	L'organisation générale, le personnel, le matériel et tous les services d'une maison de santé médicale sont adaptés au nombre de malades pouvant y être normalement admis. Toute nouvelle installation comporte un minimum de quinze lits. Pour l'ensemble de la journée, le personnel soignant ne doit jamais compter moins d'un infirmier ou d'une infirmière pour 8 lits. Lorsqu'une maison de santé médicale reçoit des enfants, deux sections séparées sont prévues, la première réservée aux nourrissons, la seconde aux autres enfants. Pour l'ensemble de la journée, le personnel soignant compte au moins un agent pour cinq lits dans la section des enfants et un agent pour 5 berceaux dans la section des nourrissons. Les soins aux enfants de moins de trois ans peuvent être donnés par des infirmiers et infirmières ou des puéricultrices. Dans la limite maximale de 20 %, ce personnel peut être composé d'auxiliaires de puériculture.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.	**Section 4** : Dispositions particulières à certains établissements de santé privés	Sous section 3 : Maisons de repos, maisons de convalescence	**Article D 6124-427**	Pour l'ensemble de la journée, le personnel soignant ne doit pas compter moins d'un infirmier ou d'une infirmière : 1° Pour quarante lits ou fraction de quarante lits supérieure à vingt dans les maisons de repos ; 2° Pour vingt lits dans les maisons de convalescence. Ces règles s'appliquent, selon la même distinction, à l'intérieur des établissements autorisés à la fois comme maison de repos et maison de convalescence.
		Sous section 4 : Maisons de repos destinées aux femmes récemment accouchées	**Article D 6124-440**	Le personnel soignant ne doit jamais compter moins d'un infirmier ou d'une infirmière pour cinq lits et moins d'une puéricultrice pour vingt-cinq berceaux sans préjudice du personnel nécessaire pour suppléer certaines mères dans les soins qu'elles doivent donner aux enfants. Dans les établissements de moins de cinq lits ou berceaux, l'effectif du personnel soignant est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il comporte au moins une puéricultrice résidente.
		Sous section 6 : Maisons de réadaptation fonctionnelle	**Article 6124-461**	Les effectifs du personnel tant médical que paramédical sont fonction du nombre des malades ou blessés et de la nature des syndromes traités. Toutefois, le service ou centre doit comporter au moins : 1° Un médecin chargé d'exercer une surveillance sur tous les traitements assurés ; 2° Un médecin par fraction de cinquante-cinq malades 3° Un rééducateur physiothérapeute pour dix malades 4° Un ergothérapeute pour vingt malades Les piscines doivent être munies de moyens de sécurité adéquats.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n°101 **Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005** relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. **Circulaire DHOS:02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique**	**Section 4** : Dispositions particulières à certains établissements de santé privés Plan : **solidarité grand âge 2007-2012** Réf : circulaire DHOS/02/DGS/SD.5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques	Sous section 7 : Maisons de santé pour personnes atteintes de troubles mentaux Annexe II : court séjour gériatrique : référentiel d'organisation des soins Annexe III : équipe mobile gériatrique	**Article D 6124-473** 5-Moyens de fonctionnement 5-Moyens de fonctionnement	L'effectif réglementaire global du personnel soignant doit être au minimum de trois infirmiers ou infirmières pour dix malades, les horaires de travail étant déterminés conformément à la convention collective applicable en la matière. Il doit être prévu, en outre, du personnel pour assurer le remplacement des agents en congé annuel ou de maladie. Le court séjour gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits. Pour remplir sa mission, il devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins : - douze équivalents temps plein d'infirmiers - douze équivalents temps plein d'aide soignants - du temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social ; Une permanence médicale infirmière et aide soignante est assurée 24h sur 24 Personnel médical et non médical : Pour remplir ses missions intra-hospitalières il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire comprenne au minimum : - un équivalent temps plein de médecin gériatre ; - un équivalent temps plein d'infirmier ; - un équivalent temps plein d'assistante sociale ; - du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire. Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement. Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatre et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social. L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique.

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
Circulaire DHOS:02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique _	Plan : **solidarité grand âge 2007-2012** Réf : circulaire DHOS/02/DGS/SD.5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques	Annexe IV : Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique	5-moyens de fonctionnement	Il est recommandé que l'hôpital de jour comporte au minimum cinq places. Personnel médical et non médical : Pour remplir ses missions, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de : - un équivalent temps plein de médecin gériatre ; - 1,5 équivalent temps plein d'infirmiers et 0,5 équivalent temps plein d'aide soignant - temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire. L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique et à la prise en charge des patients gériatriques.
		Annexe V : Soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées Poly pathologies dépendantes ou à risque de dépendance (SSR Gériatriques)	6-moyens de fonctionnement	Dimensionnement : Une unité de SSR gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits. Ces lits sont regroupés, ils peuvent constituer une unité au sein d'une structure de SSR. Personnel médical et non médical : Pour remplir ses missions, une unité de SSR gériatriques devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de : - un équivalent temps plein de médecin gériatre ; - huit équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aides soignants ; - temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social. Une présence infirmière et aide soignante est assurée 24 h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée. L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques

Dispositions Réglementaires	EXTRAITS DU CODE DE LA SANTE			
Circulaire n°DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du **10 mai 2007** relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifié concernant les unités de soins de longue durée	(texte non paru au journal officiel) Mots clés : unité de soins de logue durée(ULSD) mise en œuvre de la réforme des ULSD, organisation des soins, financement.	Annexe 2 : soins de longue durée : Référentiel d'organisation des soins	6-moyens de fonctionnement	.Il est souhaitable qu'une ULSD dispose au minimum d'environ 30 lits dans le respect des contraintes architecturales. Personnel non médical : Une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24h sur 24. Les effectifs soignants sont déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMPS de l'USLD, qui tient compte du GMP (GIR moyen pondéré) En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement(infirmier, aide soignant, agent hospitalier, personnel para médical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit recouvrant : - 0,5 équivalent temps plein de personnel médical - 0,80 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide soignant, agent hospitalier) par lit - Du temps de kinésithérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale - Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement. L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques

Annexe 3

L'objectif de ce tableau est d'identifier en quoi certains éléments d'organisation impactent les indicateurs du diagnostic flash (V 2007).

Tableau de mise en lien avec le Diagnostic Flash[2]

Thèmes	Indicateurs	Influences	Lien et amélioration de la précision du Diagnostic flash
Organisation	Externalisation de fonctions (hygiène locaux, blanchisserie, cuisine, administrative…)	Gain de gestion des remplacements des absences si cahier des charges précis avec +/- pénalités	Impact sur les indicateurs H1 et H2 du diagnostic flash en diminuant le % sur la masse salariale et donc en diminuant les valeurs cibles H1= Compte 621/masse salariale compte 641 = % masse salariale Attention pool de « volantes » ou d'équipe de suppléance diminue le % et l'impact du compte 621 sur la masse salariale H2= Budget CDD personnel non médical : Compte 641-5/masse salariale personnels non médicaux compte 641= % masse salariale Valeur cible => les CDD + intérim non médicaux entre 0 - 7% de la masse salariale personnel non médicaux qui peut être diminué s'il y a un SICS ou pool de « volantes »
Ressources Humaines	Pyramide des âges / catégories professionnelles	Permet d'identifier les points de fragilité de certains métiers mais aussi les effets de leviers	H5= Structure par âge des personnels non médicaux : personnels non médicaux / ensemble des personnels non médicaux Permet de mesurer le niveau de vieillissement des personnels non médicaux Valeur cible = 55ans Améliore l'analyse par métier et identifie les leviers en matière de formation et de recrutement par catégories professionnelles Un niveau élevé impact à court terme = offre des marges de manœuvre futures avec un GVT négatif ou en terme d'approche métier
	Accord locaux sur les 35h +/- favorable	Identifier la durée quotidienne de travail (de 7h à 12h/24h)	
	Equipe de suppléance	Par pôle, par site… optimisation des moyens de remplacements Permet de s'adapter en interne aux écarts d'activité ou d'absentéisme	Impact sur les indicateurs H1 et H2 du diagnostic flash en diminuant le % sur la masse salariale et donc en diminuant les valeurs cibles H1= Compte 621/masse salariale compte 641 = % masse salariale Attention pool de « volantes » ou d'équipe de suppléance diminue le % et l'impact du 621 sur la masse salariale H2= Budget CDD personnel non médical : Compte 641-5/masse salariale personnel non médicaux compte 641= % masse salariale Valeur cible => les CDD + intérim non médicaux

[2] DHOS. Diagnostic flash hospitalier. Bases de comparaison. Version 2007

			entre 0 - 7% de la masse salariale personnel non médicaux qui peut être diminué s'il y a un SICS ou pool de « volantes »
	Taux encadrements Connaître les effectifs en ETP des catégories professionnelles suivantes CS, CSS, FFCS, FFCSS, IDE, AS, ASH	Nombre de cadre/ (IDE+AS+ASH) Hors instituts de formation, idem pour les services médico-techniques, les services de rééducation, les services administratif ou les pôles	H6= mesure du sureffectif latent de cadres infirmiers : nombre total IDE / nombre de CS+FFCS+CSS+FFCSS Permet de mesurer un taux d'encadrement global au niveau de l'établissement sur le seul personnel infirmier et en incluant les cadres institut de formation qui sont pris en charge par le conseil régional maintenant, indicateur peu sensible Valeur cible = 12 à 14 par cadre en moyenne sur l'établissement si <10 = sur encadrement oui si prise en compte des autres professionnels permanent (AS ASH) H6 masque des disparités par service qui peuvent être importante (psychiatrie)
	(CS+CSS+FFCS+FF CSS) hors institut de formation divisé par (IDE+AS+ASH)	Identification de la proportion FF/CS et CSS Identification de chaîne de décision courte	Permet d'intégrer une vision longitudinale de la professionnalisation des acteurs
	Taux de qualification : IDE/ (AS+ASH)	Taux de qualification analyse longitudinale de l'évolution de se taux	Permet d'intégrer une vision longitudinale de la professionnalisation des acteurs
	AS/ASH	Taux de qualification analyse longitudinale de l'évolution de ce taux	Permet d'intégrer une vision longitudinale de la professionnalisation des acteurs
	Absentéisme 3 Indicateurs : CLD+CLM+AT C MATER+PATER+AD OPTION C Maladie Ordinaire	Identifier le poids des CLM+CLD+AT sur lequel l'établissement peut influer (2 vie professionnelles, gestion des risques)	H9= Taux d'absentéisme du personnel non médical : Permet de mesurer une partie du climat social et s'exprime % et en jours Nombre de jours d'absence toutes causes confondues (y compris formation, missions extérieures, absences injustifiées/ nombre de jours théoriques travaillés (sur la base de 1607h/an de jour et 1470h de nuit) donc Indicateur global moyen peu sensible Permet d'améliorer la mesure par grands types d'absentéisme (maladie ordinaire, maternité, longue durée…) et permet d'identifier des leviers d'action possible
	Gardes et astreintes non médical	Permet de prendre en compte les impacts organisationnels des gardes et astreintes des infirmier(e)s de spécialités et d'identifier leur coût et de le relier à H9	H7 ne mesure que le poids des gardes et astreintes et plages additionnelles des médecins sans le corréler aux gardes et astreintes non médicales

GROUPE DE TRAVAIL

Bruno ANQUETIL	Directeur des Soins - Conseiller Technique Régional en Soins DRASS Haute-Normandie
Françoise DELZERS	Directrice des Soins - Conseillère Technique Régionale en Soins DRASS Midi-Pyrénées
Anne-Marie DORE	Directrice des Soins Conseillère - Technique Nationale en Soins Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
Jany-Claire FORNES	Directrice des Soins - Conseillère Technique Régionale en Soins DRASS Poitou-Charentes
Jeannine GENIN	Directrice des Soins - Conseillère Technique Régionale en Soins DRASS Bretagne
Chantal GONZE	Directrice des Soins - Conseillère Technique Régionale en Soins DRASS Pays de Loire
Ljiljana JOVIC	Directrice des Soins - Conseillère Technique Régionale en Soins DRASS Ile-de-France

GROUPE DE LECTURE

Madame Patricia AMIOT, Directeur des soins, CHI Poissy-Saint-Germain (78)

Madame Martine BARBIER, Directeur des soins, CHS de Navarre, Evreux (28)

Madame Chantal BECK, Directeur des soins, CHU, Toulouse (31)

Madame France BERETERBIDE, DRH, CHU, Poitiers (86)

Madame Françoise BERTAUX, Directeur des soins, Loire-Vendée-Océan, Challans (85)

Monsieur Stéphane BLATTER, DRH, Groupe Hospitalier, Le Havre (76)

Madame Marie BOMBAIL, Directeur des soins, Institut Claudius Regaud, Toulouse (31)

Monsieur Bernard BONNICI, Conseillé général des établissements de santé, DHOS, Paris (75)

Monsieur Dominique BOULANT, DRH, Hôpital du Belvédère, Mont saint Aignan (76)

Madame Gisèle CALLOT, Infirmière générale – Hôpital Cognacq Jay, Paris (75)

Monsieur Hervé CLEN, DRH, Centre hospitalier de Bigorre, Tarbes (65)

Madame Nathalie COME, DRH, Loire-Vendée-Océan, Challans (85)

Madame Véronique COMTE, Directeur des soins, Centre Hospitalier, Jonzac (17)

Monsieur Frédéric ESPENEL, Directeur du Personnel et des Affaires Sociales C.H. Victor-Dupouy – Argenteuil (95)

Monsieur Gérard FALIGANT, Directeur des soins, Centre Hospitalier, Châteaubriant (44)

Monsieur Benoît FOUCHER, Directeur adjoint chargé des ressources humaines et du développement de la formation, ANFH, Paris (75)

Monsieur Jean-Noël FOURE, Directeur des soins, Centre Hospitalier, Redon (35)

Madame Anne GALLET, DRH, CHU, Rennes (35)

Madame Christine HEMART, Directeur des soins – Hôpital Jean Verdier (AP-HP), Bondy (93)

Monsieur Rémy KARAN , DRH, Centre Hospitalier, Saintes (17)

Monsieur Jean-René MARTIN, Directeur des soins, CHU, Poitiers (86)

Monsieur Eric MOREAU, DRH, CH Haut Anjou, Château-Gontier – Segré (53)

Madame Marie-Odile MORIGAULT, DRH, Centre Hospitalier, Vitré (35)

Madame Françoise NADEAU, Directeur des soins, Centre Hospitalier, Angoulême (16)

Monsieur Dominique NOIRE, Conseillé général des établissements de santé, DHOS, Paris (75)

Madame QUENOUILLE, Directeur des soins, Clinique du Cèdre, Bois-Guillaume (76)

Madame Marie SEVEN, Directeur des soins, Centre Hospitalier, Vitré (35)

Madame Véronique SUREL, Chargée de mission, ARH Midi-Pyrénées, Toulouse (31)

Le document a été présenté et approuvé
par le groupe des directeurs des soins - conseillers techniques en soins
et/ou conseillers pédagogiques en soins le 5 décembre 2008

Contact :

Ljiljana JOVIC
ljiljana.jovic@sante.gouv.fr

Jany-Claire FORNES
jany-claire.fornes@sante.gouv.fr