NAO
North American Observatory on Health Systems and Policies

CFNU
CANADIAN FEDERATION OF NURSES UNIONS
LA FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

RÉSUMÉ DU RAPPORT

Dotation sécuritaire en personnel infirmier et ratios infirmières-patients : analyse comparative de certains cadres politiques et législatifs

Meghan MacIsaac, Imaan Umar, Monika Roerig, Gregory Marchildon et Sara Allin

Novembre 2026



FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

À PROPOS DE LA FCSII

La FCSII est la plus grande organisation infirmière au Canada. Elle représente infirmières et infirmiers syndiqués de première ligne de tous les secteurs de soins — soins à domicile, SLD, soins communautaires et actifs — ainsi que les étudiantes et étudiants en sciences infirmières. Elle se porte à la défense d'enjeux prioritaires afin de consolider les soins de santé publics partout au pays. Nous luttons avec acharnement pour la santé et la sécurité de nos membres et des patients d'un océan à l'autre à l'autre. Joignez-vous à nous et prenons la parole pour revendiquer un meilleur système de soins de santé et de meilleurs milieux de travail pour tous les infirmiers et les infirmières.

RECONNAISSANCE DES TERRES

D'un océan à l'autre, nous reconnaissons le territoire ancestral et non cédé de tous les peuples des Inuits, Métis et Premières Nations qui appellent ces terres leur chez-soi. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers est située sur le territoire traditionnel non cédé du peuple Algonquin Anishinaabeg. En tant que colonisateurs et visiteurs, nous estimons qu'il importe de reconnaître l'importance de ces terres, que nous appelons notre chez-soi. Nous le faisons pour réaffirmer notre engagement et notre responsabilité à améliorer les relations entre les nations, à travailler à la guérison des plaies du colonialisme, et à améliorer notre propre compréhension des peuples autochtones locaux et de leurs cultures.

PUBLIÉ PAR :

Fédération canadienne
des syndicats d'infirmières
et infirmiers
2841, promenade Riverside
Ottawa (ON) K1V 8X7
613-526-4661

www.fcsii.ca

ÉQUIPE DE PROJET DE LA FCSII

Coordonnatrice de recherche : Alexandra Hamill
Conception et mise en page : Holly Drew
Soutien du projet : Emily Watkins et
Oxana Genina

TRADUCTION

Juliette Giannesini

ORGANISATIONS MEMBRES

BC Nurses' Union
UNA United Nurses of Alberta
Nova Scotia Nurses' Union
SUN Saskatchewan Union of Nurses
SIINB NBNU
Registered Nurses' Union Newfoundland & Labrador
MNU Manitoba Nurses Union
CNSA AEIC
Prince Edward Island nurses' union
PSAC · North Public Service Alliance of Canada
L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

© 2026 FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Tous droits réservés. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'éditeur.

NORTH AMERICAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES

À PROPOS DU NAO

L'Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé (the *North American Observatory on Health Systems and Policies*, NAO) est un partenariat collaboratif qui réunit des chercheuses et chercheurs, des organismes de recherche, des gouvernements et des organisations de santé. Il favorise la prise de décisions éclairées par des données probantes en matière de politiques sur les systèmes de santé.

Les opinions exprimées par les auteurs ne reflètent pas nécessairement celles de l'Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé.

REMERCIEMENTS

La Fédération canadienne des syndicats infirmières et d'infirmiers a commandé cette revue rapide, qui a été préparée à son intention. Les autrices et auteurs remercient les spécialistes internationaux qui ont relu les versions antérieures des résumés par pays, notamment :

Michael Anderson — *Health Organisation, Policy and Economics (HOPE), Centre for Primary Care and Health Services Research, University of Manchester; LSE Health, London School of Economics and Political Science,* Angleterre

Miriam Blümel — *Department of Health Care Management, Technical University of Berlin (TUB),* Allemagne

Clint Douglas — *Queensland University of Technology*, Australie

Philipp Hengel — *Department of Health Care Management, Technical University of Berlin (TUB),* Allemagne

Julia Köppen — *Department of Health Care Management, Technical University of Berlin (TUB),* Allemagne

Heather Shepherd — *Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine and Health, University of Sydney,* Australie

Lynn Unruh — *School of Global Health Management and Informatics, University of Central Florida,* États-Unis

Sabrina Wimmer — *Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science,* Angleterre

© North American Observatory on Health Systems and Policies 2026



TABLE DES MATIÈRES

1 **Résumé**

2 **Vue d'ensemble analytique**

2 Gouvernance des systèmes de santé

3 Tableau 1. Aperçu des systèmes de santé, de la réglementation des professions infirmières et de certaines catégories de personnel infirmier

6 Aperçu des politiques

6 Tableau 2. Synthèse des approches et des mécanismes de mise en œuvre des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire en personnel infirmier

7 Tableau 3. Synthèse des principales caractéristiques des politiques

9 Déclaration, conformité et application des exigences

9 Tableau 4. Synthèse des mécanismes de déclaration, de contrôle de la conformité et d'application des exigences

12 **Pistes de réflexion pour le Canada**

21 **Références**

23 **Appendix B**

Scan the QR code to read the full report in English.

Balayez le code QR pour télécharger le résumé du rapport en français.



RÉSUMÉ

Une dotation sécuritaire en personnel infirmier, notamment grâce aux ratios infirmières-patients, est associée à de meilleurs résultats pour les patients et le personnel infirmier. Différents mécanismes permettent d'encadrer l'application de ces ratios et d'autres approches visant à assurer une dotation sécuritaire, qu'il s'agisse de mesures législatives, d'exigences obligatoires ou de recommandations. De nombreuses administrations dans le monde ont prévu ou mis en œuvre des politiques relatives aux ratios infirmières-patients ou à la dotation sécuritaire en personnel infirmier, notamment certaines provinces canadiennes, comme la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse. S'appuyant sur des travaux antérieurs consacrés à ces politiques et aux lois qui les encadrent, cette revue rapide poursuit deux objectifs : examiner et comparer les politiques et les cadres législatifs en matière de ratios infirmières-patients et de dotation sécuritaire en personnel infirmier dans certaines administrations étrangères comparables au Canada, puis proposer, à la lumière des données internationales, des pistes de réflexion sur la mise en œuvre et l'application de telles mesures dans le contexte canadien.

Nous avons effectué une revue rapide des politiques et des cadres législatifs encadrant la dotation sécuritaire en personnel infirmier et les ratios infirmières-patients dans les établissements de soins de courte durée en Australie, au Royaume-Uni, en Allemagne et dans certains États américains. Nous avons examiné les principales caractéristiques de ces politiques, notamment les catégories de professionnels de la santé visées, les milieux de soins concernés et la composition des équipes infirmières, ainsi que les méthodes utilisées pour déterminer les effectifs nécessaires. Nous avons également étudié les facteurs contextuels à prendre en compte lors de la mise en œuvre de ces politiques, les mécanismes de déclaration, de contrôle de la conformité et d'application des exigences en matière de dotation, les résultats et les indicateurs de suivi, ainsi que les difficultés rencontrées au cours de leur déploiement.

Nous avons relevé plusieurs éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre des ratios infirmières-patients et des politiques de dotation sécuritaire en personnel infirmier dans les administrations étudiées. Nous en avons dégagé cinq grandes pistes de réflexion pour le contexte canadien :

1. Collaborer avec les principales parties prenantes pour favoriser l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.
2. Établir des plans clairs de suivi et d'évaluation des résultats afin de mesurer et de démontrer les effets des politiques de dotation sécuritaire, notamment des ratios infirmières-patients.
3. Définir des mécanismes d'application des exigences, notamment des procédures permettant de détecter les situations de non-conformité et d'y remédier.
4. Mettre en place des mesures de soutien pour relever les défis liés à la main-d'œuvre.
5. Déterminer les ratios infirmières-patients et les niveaux de dotation sécuritaire en fonction des besoins de la population et des réalités locales, en veillant plus particulièrement à :
    a. Définir les catégories de personnel infirmier et la composition des équipes tout en permettant des adaptations aux besoins locaux de la population.
    b. Faciliter l'adaptation aux réalités locales en complétant les ratios minimums par des méthodes de calcul des effectifs.
    c. Tenir compte de la ruralité et des disparités géographiques.
    d. Anticiper les fluctuations de la demande de services de santé.

VUE D'ENSEMBLE ANALYTIQUE

Gouvernance des systèmes de santé

Dans chacun des pays et des administrations étudiés, le mode de gouvernance du système de santé détermine la façon dont les services de santé et les soins infirmiers sont organisés. Le tableau 1 donne un aperçu de ces différents systèmes afin de faciliter la comparaison des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

Tableau 1. Aperçu des systèmes de santé, de la réglementation des professions infirmières et de certaines catégories de personnel infirmier

Administration	Aperçu du système de santé	Réglementation des professions infirmières	Catégories de personnel infirmier	
			Infirmières et infirmiers autorisés	Infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés
Australie	La gestion du système de santé relève à la fois du gouvernement fédéral (Commonwealth) et des gouvernements des États et des territoires, qui se partagent les responsabilités en matière de financement, de réglementation et de prestation des services de santé (1).	Les professions infirmières sont autoréglementées et les titres professionnels sont protégés. Leur réglementation relève du Nursing and Midwifery Board of Australia, en collaboration avec l'Australian Health Practitioner Regulation Agency (Ahpra).	Les infirmières et infirmiers autorisés (*registered nurses*, RN) suivent une formation universitaire de trois ans à temps plein ou une formation menant à une maîtrise. Leur formation généraliste leur permet d'exercer dans différents milieux de soins (2).	Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (*enrolled nurses*, EN) suivent un programme de formation professionnelle et exercent sous la supervision d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé, d'une infirmière ou d'un infirmier praticien, ou d'une sage-femme (2).
Allemagne	Le système de santé relève du ministère fédéral de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*, BMG). Chacun des 16 États fédérés (Länder) est responsable de la planification hospitalière et des services de santé publique (3).	La réglementation des professions infirmières varie quelque peu d'un État à l'autre. Les États fédérés en sont les principaux responsables, mais certains gouvernements régionaux ont mis en place des organismes d'autoréglementation. Tous les titres professionnels infirmiers sont protégés par la législation fédérale.	Les infirmières et infirmiers en soins généraux (*Pflegefachfrau/ Pflegefachmann*) reçoivent une formation généraliste de trois ans dans un établissement d'enseignement postsecondaire, qui leur permet d'exercer dans différents domaines des soins infirmiers (4).	Sans objet.

Administration	Aperçu du système de santé	Réglementation des professions infirmières	Catégories de personnel infirmier	
			Infirmières et infirmiers autorisés	Infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés
Royaume-Uni	La planification et la prestation des services de santé relèvent des quatre nations constitutives du Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, pays de Galles et Irlande du Nord). La planification des services à l'échelle locale est confiée aux autorités sanitaires de chacune d'elles (5).	Les titres professionnels infirmiers sont protégés et réglementés par le Nursing and Midwifery Council, dont la compétence s'étend à l'ensemble du Royaume-Uni.	Les infirmières et infirmiers autorisés (*registered nurses*, RN) sont titulaires d'une autorisation d'exercice et exercent une profession autoréglementée. Ils suivent un programme de formation agréé qui les prépare à prodiguer des soins généraux dans différents milieux de santé (6).	Le personnel infirmier associé autorisé (*registered nursing associates*, RNA), une catégorie professionnelle propre à l'Angleterre, exerce des fonctions intermédiaires entre celles du personnel infirmier autorisé et celles des auxiliaires de soins et de santé. Sa formation passe par l'obtention d'un certificat ou la reconnaissance des acquis de l'expérience (6).
États-Unis (Oregon et Californie)	Le système de santé repose sur un modèle de financement et de prestation des soins combinant les assurances privées et les programmes publics relevant des gouvernements fédéral et des États. Sa surveillance est assurée conjointement à ces deux échelons (7).	Les organismes de réglementation des professions infirmières de chaque État sont responsables de la délivrance des permis d'exercice, des mesures réglementaires et de la définition des champs d'exercice. Ils sont tous membres du National Council of State Boards of Nursing (8).	Les infirmières et infirmiers autorisés (*registered nurses*, RN) sont titulaires d'un diplôme, d'un grade d'associé ou d'un baccalauréat, selon les exigences de chaque État, et doivent réussir l'examen NCLEX-RN.	Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (*licensed practical nurses*, LPN, ou *licensed vocational nurses*, LVN)* prodiguent des soins de base aux patients sous la supervision d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé, d'une infirmière ou d'un infirmier en pratique avancée, ou d'un médecin. Ils doivent suivre un programme de formation en soins infirmiers auxiliaires et réussir l'examen NCLEX-PN.

* Aux États-Unis, le titre de *licensed vocational nurse* (LVN) (infirmières auxiliaires autorisée) est utilisé uniquement en Californie et au Texas.



Aperçu des politiques

Les administrations étudiées se distinguent tant par les approches retenues (ratios infirmières-patients ou politiques plus générales de dotation sécuritaire en personnel infirmier) que par les mécanismes choisis pour les mettre en œuvre. Ces mécanismes vont des lois et des mesures obligatoires, comme les protocoles d'entente ou les accords conclus entre employeurs et syndicats, aux recommandations formulées dans des lignes directrices ou des cadres de référence (tableau 2).

Tableau 2. Synthèse des approches et des mécanismes de mise en œuvre des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire en personnel infirmier

Administration	Approche	Mécanisme (prévu par la loi, obligatoire ou recommandé)
Australie	Ratios infirmières-patients	Prévus par la loi (Victoria, Queensland, Australie-Méridionale); obligatoires (Nouvelle-Galles du Sud, Australie-Occidentale)
Allemagne	Ratios infirmières-patients (PpUGV) et dotation sécuritaire (PPBV)	Prévus par la loi
Royaume-Uni	Dotation sécuritaire	Prévue par la loi (pays de Galles, Écosse); recommandée (Angleterre, Irlande du Nord)
États-Unis (Oregon et Californie)	Ratios infirmières-patients	Prévus par la loi

PPBV — *Pflegepersonalbemessungsverordnung* (règlement allemand sur l'évaluation des besoins en personnel infirmier); PpUGV — *Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung* (règlement allemand sur les niveaux minimums de dotation en personnel infirmier)

Tableau 3. Synthèse des principales caractéristiques des politiques

	Administration	Personnel de la santé visé	Unités et milieux de soins	Cadres et outils	Ratios	Composition des équipes de soins précisée?
Royaume-Uni	**Pays de Galles**	RN	Hôpitaux (uniquement les unités d'hospitalisation en médecine et en chirurgie pour adultes et les unités d'hospitalisation pédiatriques)	Méthode obligatoire de calcul des besoins en personnel : *Triangulated Method*	Non prescrits	Non
	Écosse	RN, sages-femmes, médecins	Hôpitaux et milieux de soins communautaires	Méthode obligatoire de calcul des besoins en personnel : *Common Staffing Method* (CSM)	Non prescrits	Non
	Angleterre	RN et personnel de soutien aux soins de santé	Unités d'hospitalisation pour adultes dans les hôpitaux de soins de courte durée	Méthode recommandée de calcul des besoins en personnel : lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) et *Safer Nursing Care Tool* (SNCT)	Non prescrits	Oui
	Irlande du Nord	RN et sages-femmes	Hôpitaux et milieux de soins communautaires	Méthode recommandée de calcul des besoins en personnel : *Refreshed Delivering Care Policy Framework*	Non prescrits	Oui
Australie	**Nouvelle-Galles du Sud**	RN, EN, sages-femmes	Hôpitaux publics	Heures de soins infirmiers par patient et par jour (*nursing hours per patient day* — NHpPD); directives du *Safe Staffing Levels Taskforce*	Ratios minimums infirmières-patients établis selon les unités et les quarts de travail; infirmière ou infirmier responsable non comptabilisé dans les effectifs de soins	Oui
	Queensland	RN, EN, sages-femmes	Hôpitaux publics désignés (soins médicaux et chirurgicaux pour adultes, santé mentale, maternité)	*Business Planning Framework*	Ratios minimums infirmières-patients établis selon les unités hospitalières et les quarts de travail, auxquels s'ajoutent des ratios nominaux calculés	Non
	Australie-Méridionale	RN, EN, sages-femmes	Hôpitaux publics	Aucun outil officiel à l'échelle de l'État	Ratios minimums infirmières-patients établis selon l'unité, le quart de travail et la catégorie d'hôpital; infirmière ou infirmier responsable non comptabilisé dans les effectifs de soins	Non; personnel de soutien aux soins infirmiers exclu

Administration		Personnel de la santé visé	Unités et milieux de soins	Cadres et outils	Ratios	Composition des équipes de soins précisée?
Australie	**Victoria**	RN, EN, sages-femmes	Hôpitaux publics	Algorithmes de classification des hôpitaux	Ratios minimums infirmières-patients établis selon la catégorie d'hôpital, l'unité et le quart de travail; infirmière ou infirmier responsable non comptabilisé dans les effectifs de soins	Oui
	Australie-Occidentale	RN, EN, sages-femmes	Hôpitaux publics désignés	Heures de soins infirmiers par patient et par jour (*nursing hours per patient day* — NHpPD); transition vers le *Workforce Planning Framework*	Ratios minimums infirmières-patients établis selon l'unité et le quart de travail; coordonnatrice ou coordonnateur de quart sans affectation directe aux soins, en supplément des effectifs prévus	Oui
Allemagne		RN et personnel de soutien aux soins infirmiers	Hôpitaux (unités désignées)	Méthode obligatoire de calcul des besoins en personnel : PPBV	Ratios minimums infirmières-patients établis selon l'unité hospitalière et le quart de travail (PpUGV)	Oui
États-Unis	**Californie**	RN	Hôpitaux (unités désignées)	Système de classification des patients	Ratios minimums infirmières-patients établis selon l'unité; infirmière ou infirmier responsable non comptabilisé dans les effectifs de soins	Oui
	Oregon	RN, *certified nursing assistant* (CNA)	Hôpitaux (unités désignées)	Aucun outil officiel à l'échelle de l'État	Ratios minimums infirmières-patients établis selon l'unité	Oui

RN — *registered nurses* (les infirmières et infirmiers autorisés)
EN — *enrolled nurses* (les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés)

1. Les unités visées sont les suivantes : soins intensifs pour adultes et enfants; médecine interne et cardiologie; chirurgie cardiaque; neurologie; unités neurovasculaires; réadaptation neurologique précoce; gériatrie; chirurgie générale, traumatologie et orthopédie; pédiatrie (générale, spécialisée et néonatale); gynécologie et obstétrique; otorhinolaryngologie; urologie; rhumatologie; et neurochirurgie.
2. Les unités visées sont les suivantes : salles d'opération, services d'urgence, soins intensifs, pédiatrie, soins médicaux et chirurgicaux et autres unités de soins spécialisés.
3. Les unités visées sont les suivantes : traumatologie et soins d'urgence; travail et accouchement; soins intensifs; salles d'opération; soins intensifs et intermédiaires; salle de réveil postanesthésique; soins mère-enfant après l'accouchement; soins médicaux et chirurgicaux; oncologie; et télémétrie.

Déclaration, conformité et application des exigences

Tableau 4. Synthèse des mécanismes de déclaration, de contrôle de la conformité et d'application des exigences

	Pénalités ou sanctions	Renvoi aux comités et mesures d'atténuation	Publication des niveaux de dotation en personnel
Australie	☑ (Victoria, Australie-Méridionale)	☑(Queensland, Australie-Occidentale)	☑ (Queensland)
Allemagne	☑		
Royaume-Uni		☑ (pays de Galles)	☑ (Angleterre, Écosse*, pays de Galles)
États-Unis (Californie et Oregon)	☑ (Californie, Oregon)		

*En Écosse, les autorités sanitaires doivent rendre compte publiquement du respect de leur « obligation d'assurer une dotation adéquate », plutôt que de publier les effectifs réels. Il s'agit notamment de rendre compte de l'utilisation de la méthode commune de calcul des effectifs (*Common Staffing Method*, CSM) et des efforts déployés pour respecter cette obligation.





PISTES DE RÉFLEXION POUR LE CANADA

Le présent rapport examine et compare les ratios infirmières-patients et les politiques de dotation sécuritaire en personnel infirmier en Allemagne, en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. La diversité des approches adoptées à l'échelle nationale et infranationale dans ces pays fait ressortir différentes options que pourraient envisager le gouvernement fédéral ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux du Canada. Au Royaume-Uni, par exemple, les politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire relèvent exclusivement des quatre nations constitutives. En Australie, ce sont plutôt les États qui légifèrent et établissent les exigences en matière de ratios infirmières-patients. Le gouvernement fédéral (Commonwealth) a pour sa part mis en place des politiques visant à assurer une dotation sécuritaire dans les établissements de soins de longue durée et à renforcer les effectifs infirmiers. Il a également élaboré le système de classification géographique *Modified Monash Model (MMM)* pour tenir compte des disparités géographiques dans la prestation des services de santé.

Au Canada, il n'existe actuellement aucune politique ni loi nationale sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier ou sur les ratios infirmières-patients. Comme nous l'avons vu précédemment, le gouvernement fédéral a pris diverses mesures pour renforcer les effectifs infirmiers et, plus largement, la main-d'œuvre en santé, notamment en créant la *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers* (9). Il réunit également des comités et des groupes de travail, dont le Comité sur l'effectif en santé, pour favoriser le partage des connaissances et l'élaboration de politiques de soutien à l'échelle du pays. Certaines provinces canadiennes ont adopté des politiques sur les ratios infirmières-patients et la dotation sécuritaire en personnel infirmier, mais leur élaboration et leur mise en œuvre en sont à différents stades. En Colombie-Britannique, par exemple, le déploiement des ratios minimums infirmières-patients dans les hôpitaux est en cours, tandis que des travaux se poursuivent pour établir de tels ratios dans les milieux communautaires, les établissements non hospitaliers et les établissements de soins de longue durée. En Nouvelle-Écosse, les travaux se poursuivent également pour mettre en œuvre le cadre de dotation sécuritaire prévu par la convention collective provinciale conclue en 2023 entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse et les employeurs. Ce cadre repose sur le calcul, dans chaque unité de soins, du nombre d'heures de soins infirmiers par patient et par jour (10). Enfin, le gouvernement du Manitoba a récemment adopté une loi instaurant des ratios infirmières-patients dans la province et publié les recommandations du sous-comité sur les ratios infirmières-patients concernant les ratios et la dotation en personnel dans les milieux de soins manitobains (11).

À la lumière de notre analyse des quatre pays étudiés, nous présentons cinq pistes de réflexion susceptibles d'orienter les politiques canadiennes en matière de ratios infirmières-patients et de dotation sécuritaire en personnel infirmier.

1) Collaborer avec les principales parties prenantes pour favoriser l'élaboration et la mise en œuvre des politiques

Selon les études examinées, la collaboration et la participation des principales parties prenantes, notamment les gouvernements, les employeurs, les syndicats du personnel infirmier et les infirmières et infirmiers qui prodiguent directement des soins, sont essentielles à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de dotation sécuritaire (12). Pour planifier l'instauration de ratios infirmières-patients ou d'autres mesures de dotation sécuritaire, il serait utile de tirer parti des mécanismes de soutien à la main-d'œuvre en santé et des initiatives de collaboration déjà en place entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Les administrations canadiennes peuvent également s'inspirer de leurs expériences respectives pour orienter leurs initiatives actuelles et futures. En Australie, par exemple, plusieurs États ont mis à profit l'expérience de Victoria et du Queensland, qui ont été parmi les premiers à instaurer des ratios infirmières-patients. En Nouvelle-Galles du Sud, la mise en œuvre de ces ratios se poursuit dans le cadre d'une collaboration entre les syndicats du personnel infirmier et des sages-femmes, le gouvernement et les employeurs (13).



2) Établir des plans clairs de suivi et d'évaluation des résultats afin de mesurer et de démontrer les effets des politiques de dotation sécuritaire, notamment des ratios infirmières-patients

La mise en place de mesures claires de suivi des résultats et de plans de recherche et d'évaluation structurés, qui dépassent le cadre de chaque établissement, pourrait contribuer à démontrer les effets des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire. En Colombie-Britannique, par exemple, une étude menée avant l'instauration des ratios minimums infirmières-patients a permis de recueillir des données de référence sur les résultats pour les patients et le personnel infirmier, ainsi que sur les effectifs infirmiers dans les hôpitaux (14). De façon générale, les effets des lois sur les ratios infirmières-patients et la dotation sécuritaire ont fait l'objet de peu de recherches et d'évaluations dans les pays étudiés. Il est donc difficile d'en mesurer pleinement les avantages et de cerner les pratiques exemplaires qui permettraient d'assurer la pérennité de ces politiques. Des études formelles, comme celles réalisées après l'instauration de ratios infirmières-patients en Californie et au Queensland, pourraient éclairer la mise en œuvre en cours et orienter l'élaboration de politiques dans d'autres administrations.

Selon les études examinées, il est important de prévoir dès la planification d'une politique sur les ratios infirmières-patients ou la dotation sécuritaire les infrastructures de données et les systèmes informatiques nécessaires au suivi de la conformité, à la mesure des résultats et à la production de rapports. Au Manitoba, par exemple, le sous-comité sur les ratios infirmières-patients a établi, dès les premières étapes de la planification des ratios minimums, une liste de mesures d'évaluation et de recommandations concernant les indicateurs provinciaux et nationaux permettant de suivre les résultats pour le personnel infirmier, les patients et le système de santé, en tenant compte des réalités de la province[1].

Il serait utile d'examiner comment les gouvernements, les organismes intergouvernementaux (comme l'Institut canadien d'information sur la santé) et les organismes non gouvernementaux (comme les organismes prestataires de soins et les syndicats) pourraient évaluer les effets des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire. Il faudrait notamment définir des indicateurs de résultats communs afin de faciliter les comparaisons entre les provinces et les territoires, de cerner les pratiques exemplaires et de favoriser l'amélioration continue. L'établissement d'un ensemble minimal de données à recueillir, à surveiller et à diffuser auprès des parties prenantes et du grand public faciliterait également les comparaisons et l'étalonnage, tant au sein des différentes administrations qu'entre celles-ci.

3) Définir des mécanismes d'application des exigences, notamment des procédures permettant de détecter les situations de non-conformité et d'y remédier

Il est essentiel de prévoir des mécanismes clairs pour signaler les situations de non-conformité afin de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire en personnel infirmier. Les administrations étudiées ont adopté différentes approches à cet égard. Dans certaines, comme l'Australie-Occidentale, la non-conformité est traitée comme un problème de charge de travail, que le personnel ou les syndicats peuvent signaler au moyen des procédures de règlement des griefs. Dans d'autres, les situations de non-conformité sont examinées par des comités de surveillance internes ou des organismes gouvernementaux de réglementation. Certaines administrations, notamment la Californie et l'Oregon, combinent plusieurs approches, comme les procédures de règlement des griefs liés à la charge de travail et la surveillance réglementaire, pour repérer les manquements aux exigences. Une définition claire des responsabilités et des mesures visant à faire respecter ces exigences favorise la mise en œuvre efficace des politiques, leur respect et leur évaluation.

Par ailleurs, une mise en œuvre progressive passe parfois par des mesures supplémentaires pour assurer le respect des exigences. Plusieurs administrations ont ciblé des milieux de soins prioritaires pour les premières étapes, notamment les services d'urgence en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, et certaines unités hospitalières au pays de Galles, au Royaume-Uni. Ces approches prévoient des délais de grâce en matière de conformité et de production de rapports, définis en collaboration avec les principales parties prenantes. Elles permettent également de tirer des enseignements des premières étapes pour orienter les décisions concernant l'élargissement des politiques à d'autres milieux de soins. Au Canada, par exemple, la Colombie-Britannique a adopté une approche progressive (15), qui lui permet de mettre à profit l'expérience acquise pour ajuster et améliorer ses politiques, notamment en vue de les étendre à d'autres milieux. Toutefois, l'expérience des administrations étudiées laisse penser que les coûts, la complexité et l'apparition de nouvelles priorités risquent de retarder la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques. Des mesures de reddition de comptes, comme des cibles de mise en œuvre, et des engagements clairs sont importants pour assurer une mise en œuvre durable.



4) Mettre en place des mesures de soutien pour relever les défis liés à la main-d'œuvre

Les difficultés liées à la main-d'œuvre, notamment le nombre élevé de postes vacants et les problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé, ont été relevées comme des obstacles potentiels à la mise en œuvre des politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire en personnel infirmier. Pour y remédier, les administrations canadiennes pourraient conjuguer leurs efforts pour renforcer les effectifs infirmiers, à l'image des initiatives du gouvernement fédéral australien, tout en apportant un soutien direct aux employeurs. La planification des effectifs et les analyses financières aideraient à anticiper les difficultés liées aux coûts et à la disponibilité de la main-d'œuvre dans les hôpitaux et à l'échelle régionale. Dans les administrations étudiées, les établissements font couramment appel au personnel infirmier d'agence pour respecter les exigences en matière de ratios minimums ou de dotation sécuritaire et combler les besoins immédiats. Toutefois, les études examinées font ressortir plusieurs stratégies pour limiter une dépendance excessive à ce personnel, notamment les mesures favorisant le maintien en poste et la création d'équipes de remplacement mobiles desservant plusieurs hôpitaux. D'autres mesures visent à décourager le recours excessif au personnel infirmier d'agence. Par exemple, l'Écosse impose un suivi obligatoire du recours à ce personnel ainsi que la production de rapports à ce sujet, tandis que l'Angleterre plafonne les dépenses correspondantes.

5) Déterminer les ratios infirmières-patients et les niveaux de dotation sécuritaire en fonction des besoins de la population et des réalités locales

Les données recueillies dans les administrations étudiées montrent que, pour assurer une dotation efficace, il faut trouver un équilibre entre les champs d'exercice des différentes professions et la composition des équipes soignantes, compléter les ratios minimums par des méthodes de calcul fondées sur la charge de travail, tenir compte des inégalités géographiques d'accès aux soins et prévoir des mécanismes permettant de s'adapter aux fluctuations de la demande de services de santé. Ces éléments sont essentiels pour que les politiques répondent aux besoins de la population et aux réalités locales (16).

A. Définir les catégories de personnel infirmier et la composition des équipes tout en permettant des adaptations aux réalités locales

Les administrations étudiées définissent de différentes façons les catégories de personnel infirmier visées par les politiques relatives aux ratios infirmières-patients et à la dotation sécuritaire. Certaines adoptent une définition large qui englobe les infirmières et infirmiers autorisés ainsi que d'autres catégories de personnel infirmier réglementé, tandis que d'autres se limitent aux infirmières et infirmiers autorisés. Les politiques examinées précisent très rarement les fonctions du personnel soignant non réglementé ou la composition des équipes. Comme au Canada, de nombreux pays ont créé ou envisagent de créer de nouvelles catégories de personnel infirmier, notamment celle des *registered nursing associates* (personnel infirmier associé autorisé) en Angleterre (6). Les champs d'exercice du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé sont complexes et en constante évolution (17), avec des répercussions sur les coûts et la qualité des soins (18). Une définition large du personnel infirmier dans les politiques relatives aux ratios et à la dotation sécuritaire donnerait aux responsables de leur mise en œuvre davantage de souplesse pour s'adapter aux besoins et aux ressources locales (19). Toutefois, des définitions précises contribueraient à dissiper les craintes de voir les infirmières et infirmiers autorisés remplacés par d'autres catégories de personnel infirmier pour maîtriser les coûts. Enfin, pour déterminer la composition des équipes, il importe de tenir compte non seulement de la proportion d'infirmières et d'infirmiers autorisés, mais aussi de l'expérience du personnel infirmier et des réalités locales (20).

B. Faciliter l'adaptation aux réalités locales en complétant les ratios minimums par des méthodes de calcul des effectifs

Dans les administrations étudiées, les méthodes de calcul des effectifs, qu'elles soient obligatoires ou recommandées, tiennent compte de divers facteurs, notamment le jugement clinique du personnel infirmier, la complexité des besoins des patients, la composition des équipes et les variations de la charge de travail dans les différentes unités de soins. Utilisées en complément des ratios infirmières-patients, les méthodes fondées sur le calcul de la charge de travail donneraient davantage de souplesse pour adapter les effectifs aux besoins de chaque unité de soins, notamment en permettant de porter les effectifs infirmiers au-delà des minimums établis lorsque la situation l'exige. L'utilisation d'une même méthode dans plusieurs unités ou milieux de soins, ou la définition claire des méthodes employées, contribuerait à clarifier les modalités de mise en œuvre, de contrôle de la conformité et d'évaluation des politiques.

C. Tenir compte de la ruralité et des disparités géographiques

Les disparités géographiques compliquent la mise en œuvre des politiques dans plusieurs administrations qui, comme le Canada, comptent de vastes régions rurales et éloignées. En Australie, le système de classification géographique MMM (*Modified Monash Model*), élaboré par le gouvernement fédéral, vise à tenir compte de la ruralité et à soutenir la prestation des services de santé dans ces régions. L'État de Victoria l'a utilisé pour adapter la classification des hôpitaux aux réalités rurales dans le cadre de ses politiques sur les ratios infirmières-patients. Aucun cadre fédéral comparable n'a été relevé au Canada dans les études examinées. À l'échelle provinciale, la Colombie-Britannique a élaboré le *mNPR Rural and Remote Framework*, qui propose des recommandations pour faciliter la mise en œuvre des ratios minimums infirmières-patients dans les établissements situés en région rurale ou éloignée (21). Ces deux exemples illustrent différentes façons de tenir compte des particularités géographiques et des réalités rurales et éloignées dans les politiques sur les ratios minimums et la dotation sécuritaire, tant à l'échelle fédérale que provinciale ou territoriale.

D. Anticiper les fluctuations de la demande de services de santé

Des circonstances imprévues, notamment la pandémie de la COVID-19 et l'augmentation de la demande de services de santé qui en a résulté, ont perturbé la mise en œuvre des politiques dans plusieurs administrations étudiées. En Écosse, par exemple, l'application de la loi adoptée en 2019 a été suspendue jusqu'en 2024 pour éviter d'imposer de nouvelles exigences aux établissements de santé, déjà confrontés à une forte demande de services et aux pressions exercées sur le système de santé pendant la pandémie (22). La demande de services hospitaliers étant soumise à des fluctuations liées à divers facteurs internes et externes, il convient d'en tenir compte dès l'élaboration des politiques sur les ratios infirmières-patients et tout au long de leur mise en œuvre.



RÉFÉRENCES

1. Australian Government Department of Health, Disability and Ageing. The Australian health system [Internet]. 2026 [cited 2026 Mar 23]. https://www.health.gov.au/topics/about-the-department/australian-health-system

2. Nursing and Midwifery Board. Nursing and Midwifery Board of Australia — Fact sheet: Scope of practice and capabilities of nurses [Internet]. 2025 [cited 2026 May 1]. https://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/FAQ/Fact-sheet-scope-of-practice-and-capabilities-of-nurses.aspx

3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Country Health Profile 2025: Germany. State of Health in the EU. Paris/Brussels: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies; 2025.

4. Bundesministerium für Gesundheit. Minimum staffing levels for nursing staff [Internet]. 2025 [cited 2026 Mar 10]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegepersonaluntergrenzen

5. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E, et al. United Kingdom: Health System Summary [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2022 [cited 2026 Apr 7]. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/28968787-1d92-41da-8f0c-396042c5f061/content

6. Nursing and Midwifery Council. Who we regulate — the Nursing and Midwifery Council [Internet]. 2026 [cited 2026 Apr 2]. https://www.nmc.org.uk/about-us/our-role/who-we-regulate

7. Commonwealth Fund. International Health Care System Profiles: United States [Internet]. 2026 May [cited 2026 Jul 2]. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2026-05/2026_Country-Profiles_UnitedStates.pdf

8. National Council of State Boards of Nursing Inc. NCSBN [Internet]. [cited 2026 Jul 8]. About U.S. Nursing Regulatory Bodies. https://www.ncsbn.org/nursing-regulation/about-nursing-regulatory-bodies.page

9. Santé Canada. Pratiques sécuritaires de dotation: Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 15]. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/nursing-retention-toolkit-improving-working-lives-nurses/safe-staffing-practices.html

10. Nova Scotia Health Authority, Nova Scotia Council of Nursing Unions. Collective Agreement between Nova Scotia Health Authority and the Nova Scotia Council of Nursing Unions [Internet]. 2023 [cited 2026 May 21]. https://cdn.nsnu.ca/sites/default/files/20-25-NSH-NSCNU-%20Nursing%20-%20Final%20-%20Signed-November%202023_0.pdf

11. Manitoba Government. New Releases: Province of Manitoba [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 15]. Manitoba Government Passes Nurse-to-Patient Ratios Legislation, Releases Recommendations. https://news.gov.mb.ca/news/index.html?item=74057&posted=2026-06-05

12. WHO Regional Office for Europe. Policies and approaches to promote safe nurse staffing [Internet]. 2026 [cited 2026 May 21]. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f94aa53a-1925-4432-9631-9a35d280ebd7/content

13. NSW Ministry of Health. Safe staffing levels factsheet [Internet]. 2024. https://www.health.nsw.gov.au/workforce/Documents/safe-staffing-factsheet.pdf

14. Lasater KB, Brom H, Aiken LH, McHugh MD. Are minimum nurse-to-patient staffing ratios needed in hospitals? An observational study in British Columbia, Canada [Internet]. 2025 Jul 1. doi:10.1136/bmjopen-2025-099358

15. BC Ministry of Health. Policy and Implementation Package — Province of British Columbia [Internet]. [cited 2026 Apr 10]. https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr/mnpr-policy-and-implementation-package

16. Aiken L. Staffing Ratios and their Impact on the Health and Safety of Nurses [Internet]. 2025 Jan [cited 2026 Apr 15]. https://www.ona.org/wp-content/uploads/2025/02/OntarioNurseStaffingBriefAiken_20250122.pdf

17. Almost J. Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021 [Internet]. Ottawa, Ont.: Association des infirmières et infirmiers du Canada. 2021. https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada

18. Lasater KB, Muir KJ, Sloane DM, McHugh MD, Aiken LH. Alternative Models of Nurse Staffing May Be Dangerous in High-Stakes Hospital Care. Med Care. 2024 Jul;62(7):434. doi:10.1097/MLR.0000000000001990

19. Bakker C, Kowal DP. Qualitative Review of the Canberra Hospital Implementation of the Mandated Minimum Nurse/Midwife-to-Patient Ratio. The Australian National University; 2024 Feb.

20. Twigg DE, Kutzer Y, Jacob E, Seaman K. A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing sensitive patient outcomes in the acute care setting. J Adv Nurs. 2019 Dec;75(12):3404–23. doi:10.1111/jan.14194 PubMed PMID: 31483509; PubMed Central PMCID: PMC6899638.

21. BC Ministry of Health. Minimum nurse-to-patient ratio: Rural and remote hospital sector ratios [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 10]. https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/minimum-nurse-to-patient-ratios/rural_and_remote_hospital_ratios_december_2024.pdf

22. Scottish Government. Health and Care (Staffing) (Scotland) Act 2019: overview [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 1]. https://www.gov.scot/publications/health-and-care-staffing-scotland-act-2019-overview/

23. Gajjar D. NHS workforce: size, characteristics and staffing levels [Research Briefing] [Internet]. House of Commons Library; 2026 Mar [cited 2026 Apr 3]. p. 1–21. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-10539/CBP-10539.pdf

24. Northern Ireland Department of Health. Refreshed Delivering Care Policy Framework published [Internet]. 2026 Mar 24 [cited 2026 Apr 5]. https://www.health-ni.gov.uk/news/refreshed-delivering-care-policy-framework-published

25. Northern Ireland Department of Health. Refreshed Delivering Care Policy Framework [Internet]. 2026 Mar. https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/2026-03/Delivering%20Care%20Policy%20Framework.pdf

26. Victoria State Government, Department of Health. Nursing and midwifery — legislation and regulation [Internet]. State Government of Victoria; 2026 [cited 2026 Mar 18]. https://www.health.vic.gov.au/nursing-and-midwifery/nursing-and-midwifery-legislation-and-regulation

27. California Code of Regulations. LII / Legal Information Institute [Internet]. [cited 2026 Jun 22]. Cal. Code Regs. Tit. 22, § 70053.2 — Patient Classification System. https://www.law.cornell.edu/regulations/california/22-CCR-70053.2

Appendix B

PRÉCISIONS SUR LES POLITIQUES RELATIVES AUX RATIOS MINIMUMS INFIRMIÈRES-PATIENTS ET À LA DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL INFIRMIER EN AUSTRALIE, EN ALLEMAGNE, AU ROYAUME-UNI ET AUX ÉTATS-UNIS

AUSTRALIE

Modèle de gouvernance du système de santé	Système décentralisé; la responsabilité de la dotation sécuritaire en personnel infirmier relève des États.	
Approche et mécanisme de dotation sécuritaire en personnel infirmier	Ratios minimums infirmières-patients obligatoires établis par voie législative et par des conventions collectives : • Victoria : convention collective (2000); *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act* (2015) • Queensland : *Hospital and Health Boards (Safe Nurse-to-Patient and Midwife-to-Patient Ratios) Amendment Bill* (2015)	• Nouvelle-Galles du Sud : protocole d'entente; *Safe Staffing Levels Taskforce* (2023) • Australie-Occidentale : *WA Health System — Australian Nursing Federation — Registered Nurses, Midwives, Enrolled (Mental Health) and Enrolled (Mothercraft) Nurses — Industrial Agreement* (2024) • Australie-Méridionale : *Nurse and Midwife to Patient Ratios Act* (2025)
Portée	Hôpitaux publics; ratios minimums infirmières-patients expressément établis pour certaines unités.	
Outils de dotation en personnel	• *Business Planning Framework* (BPF), Queensland • *Workforce Planning Framework Service Profile,* Australie-Occidentale	

Approche de mise en œuvre	En général, les États privilégient une mise en œuvre progressive, qui débute dans certaines unités avant de s'étendre à d'autres. Les politiques évoluent au gré des modifications législatives, de l'élargissement de leur portée et des négociations avec les parties prenantes.	
Conformité et rapports	• Autorités responsables : ministères de la Santé des États, organismes chargés des relations de travail et syndicats.	• Suivi : audits, systèmes de production de rapports et outils de planification des effectifs.
Sanctions	Varient selon les États.	

MISE EN ŒUVRE PROGRESSIVE ET ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION

Chaque État a adopté une approche légèrement différente pour mettre en œuvre la législation sur les ratios minimums infirmières-patients. De manière générale, les États ont privilégié une mise en œuvre progressive, en imposant d'abord ces ratios dans certaines unités ou en établissant un calendrier de déploiement. Par exemple, Victoria a été le premier État australien à légiférer sur les ratios minimums infirmières-patients avec l'adoption, en 2015, de la *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act* (26). Cette loi a instauré des ratios obligatoires dans un large éventail d'unités des hôpitaux publics, à l'exclusion des hôpitaux privés et des établissements de soins de longue durée. Elle a depuis été modifiée à plusieurs reprises afin de préciser les modalités de calcul des ratios, d'actualiser les exigences applicables aux unités spécialisées et d'établir des calendriers de mise en œuvre progressive

ALLEMAGNE

Modèle de gouvernance du système de santé	Système fédéral où les responsabilités sont partagées entre le ministère fédéral de la Santé (*Bundesministerium für Gesundheit*, BMG) et les États fédérés (Länder).	
Approche et mécanisme de dotation sécuritaire en personnel infirmier	Deux principaux instruments fédéraux : 1. PpUGV (2019) : règlement sur les niveaux minimums de dotation en personnel infirmier • Règlement fédéral imposant des ratios minimums infirmières-patients dans différentes unités hospitalières.	2. PPBV (2024) : règlement sur l'évaluation des besoins en personnel infirmier • Évaluation des besoins en personnel fondée sur la charge en soins : les hôpitaux doivent déterminer leurs besoins en personnel infirmier selon le nombre de patients et les lignes directrices relatives à la charge en soins. • Les besoins en personnel infirmier sont calculés chaque mois pour chaque unité à l'aide de l'outil de mesure PPR 2.0, et les résultats sont transmis à l'Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), l'organisme allemand chargé du système de rémunération des hôpitaux. • La mise en œuvre du PPBV est toujours en cours. Les niveaux de dotation cibles ne seront établis et les sanctions en cas de non-conformité ne seront appliquées qu'une fois le système pleinement opérationnel et suffisamment évalué.
Portée	• Tous les hôpitaux participant au régime d'assurance maladie obligatoire. • PpUGV : certaines unités soumises à des ratios minimums infirmières-patients obligatoires.	• PPBV : toutes les unités d'hospitalisation doivent procéder à une évaluation mensuelle de leurs besoins en personnel infirmier.
Outils de dotation en personnel	PPBV: staffing measurement tool PPR 2.0	

Approche de mise en œuvre	Mise en œuvre progressive à l'échelle fédérale; les politiques évoluent au gré des modifications réglementaires fédérales, des consultations d'experts et des négociations avec les associations hospitalières et les syndicats.	
Conformité et rapports	• Autorités responsables : ministère fédéral de la Santé, *l'Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus* (InEK) et organismes de réglementation des hôpitaux.	• Suivi : déclaration obligatoire des niveaux de dotation en personnel infirmier (PpUGV), transmission mensuelle des calculs des besoins en personnel fondés sur la charge en soins (PPBV), audits fédéraux et validation des données par l'InEK.
Sanctions	• PpUGV : les hôpitaux s'exposent à une réduction de leurs remboursements si les niveaux de dotation en personnel infirmier déclarés sont inférieurs aux ratios minimums infirmières-patients. • Exceptions : en cas de hausse importante du nombre de patients liée à une épidémie ou à un incident majeur.	

PPBV — *Pflegepersonalbemessungsverordnung* (règlement allemand sur l'évaluation des besoins en personnel infirmier); PpUGV — *Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung* (règlement allemand sur les niveaux minimums de dotation en personnel infirmier).

Le règlement PpUGV prévoit des exigences distinctes pour les quarts de jour et de nuit et fixe la proportion maximale de personnel de soutien aux soins infirmiers autorisée dans chaque unité hospitalière.

ÉTATS-UNIS

Modèle de gouvernance du système de santé	Système fortement décentralisé, dans lequel la réglementation de la dotation en personnel infirmier relève des États. La réglementation fédérale (titre 42, § 482.23, *Condition of participation: nursing services*) établit les exigences générales que doivent respecter les hôpitaux pour participer aux programmes Medicare et Medicaid. Elle encadre la dotation en personnel et la prestation des soins en exigeant que les hôpitaux disposent d'un nombre « suffisant » d'infirmières et d'infirmiers autorisés (RN — *registered nurses*), d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés (LVN — *licensed vocational nurses*) et d'autres membres du personnel pour fournir des soins sécuritaires aux patients (27). Toutefois, elle ne précise pas ce qu'on entend par un effectif suffisant et ne fixe aucun ratio minimum infirmières-patients.
Approche et mécanisme de dotation sécuritaire en personnel infirmier	Les approches varient selon les États et vont de l'imposition de ratios minimums infirmières-patients à l'obligation d'établir des plans de dotation en personnel, de constituer des comités de dotation ou de rendre publiques les données sur les effectifs. États ayant légiféré sur les ratios minimums infirmières-patients : • Californie : *Assembly Bill* (AB) 394 (2004); seul État imposant des ratios minimums infirmières-patients dans l'ensemble des hôpitaux de soins de courte durée. • Oregon : ratios minimums infirmières-patients établis par la loi HB 2697, entrée en vigueur progressivement en 2024 et 2025. • Arizona, Massachusetts et New York : ratios applicables à certaines unités d'hospitalisation.	États imposant des plans de dotation en personnel infirmier (sans ratios fixes) : • Missouri, Nebraska, New Jersey, Nouveau-Mexique, Dakota du Nord, Pennsylvanie, Rhode Island, Dakota du Sud, Utah, Virginie-Occidentale et Wyoming. États imposant la création de comités de dotation en personnel infirmier : • Colorado, Texas, Connecticut, Nevada, Washington, Minnesota, Illinois et Ohio. États imposant la déclaration publique des données sur la dotation en personnel infirmier : • Illinois, New York, New Jersey, Rhode Island et Vermont.

Portée	• Californie : tous les hôpitaux de soins de courte durée; ratios minimums infirmières-patients expressément établis pour certaines unités spécialisées (soins intensifs, urgences, pédiatrie et soins médicaux et chirurgicaux).	• Oregon : hôpitaux de soins de courte durée. • Autres États : portée variable, souvent limitée à certaines unités.

ROYAUME-UNI

La gouvernance du système de santé du Royaume-Uni relève de ses quatre nations constitutives (pays de Galles, Écosse, Angleterre et Irlande du Nord), où la planification des services est déléguée aux conseils locaux de santé respectifs. Les quatre nations utilisent différents cadres méthodologiques et outils pour déterminer les niveaux de dotation sécuritaire en personnel infirmier.

	PAYS DE GALLES	ÉCOSSE	ANGLETERRE	IRLANDE DU NORD
Approche et mécanisme de dotation sécuritaire en personnel infirmier	La *Nurse Staffing Levels (Wales) Act* (2016), modifiée en 2021, définit les effectifs infirmiers appropriés pour certaines unités et oblige les conseils de santé à assurer une dotation sécuritaire en personnel infirmier. Elle prescrit une mé-thode de calcul des besoins en personnel infirmier dans les unités visées. Le *All-Wales Nurse Staffing Programme*, qui relève de l'infirmière ou de l'infirmier en chef, aide les conseils de santé à respecter les exigences de la loi en leur fournissant des lignes directrices, des normes et des outils.	La *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act* (2019), entrée en vigueur en 2024, établit l'obligation légale du gouvernement écossais et du *National Health Service* (NHS) d'assurer une dotation sécuritaire et suffisante en personnel. Elle impose l'utilisation de la CSM dans certains milieux ainsi que la production de rapports sur son utilisation. Elle s'accompagne de directives réglementaires.	Les lignes directrices du NICE de 2014 sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier précisent comment les conseils d'administration des hôpitaux doivent assumer leur responsabilité de déterminer les besoins en personnel infirmier pour assurer la sécurité des soins (23). Elles recommandent l'utilisation du *Safer Nursing Care Tool* (SNCT) conjointement avec les lignes directrices.	Le *Delivering Care Policy Framework* (2014, actualisé en 2026) vise à harmoniser à l'échelle régionale les méthodes de détermination des niveaux de dotation sécuritaires en personnel infirmier et en sages-femmes, ainsi que la composition des équipes de soins. Il présente la *Six Steps Methodology to Integrated Workforce Planning*, une méthode de planification intégrée des effectifs en six étapes (24).
Portée	Unités d'hospitalisation en médecine et en chirurgie pour adultes et unités d'hospitalisation pédiatriques	Hôpitaux (y compris les unités spécialisées) et milieux de soins communautaires	Lignes directrices du NICE (2014) : unités d'hospitalisation pour adultes dans les hôpitaux de soins de courte durée	Hôpitaux et milieux de soins communautaires

	PAYS DE GALLES	ÉCOSSE	ANGLETERRE	IRLANDE DU NORD
Outils de dotation en personnel	*Triangulated Method* (obligatoire) : une personne désignée effectue les calculs (p. ex. la directrice générale des soins infirmiers) dans chaque milieu visé.	CSM (obligatoire)	• Lignes directrices du NICE (2014) • *Safer Nursing Care Tool* (SNCT)	La CSM est préconisée dans le cadre de la *Six Steps Methodology*, qui encourage l'utilisation d'outils de calcul des besoins en personnel fondés sur des données probantes (p. ex. SNCT, Birthrate Plus).
Conformité et rapports	• Organisme de réglementation : Healthcare Inspectorate Wales. • Conseils et établissements de santé : présentent au gouvernement gallois des rapports de conformité tous les trois ans; informent les patients des niveaux de dotation en personnel infirmier dans les unités visées; et évaluent les effets de ces niveaux de dotation, notamment en rendant compte d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers (p. ex. plaies de pression, chutes et erreurs de médication). • *Oversight and Escalation Framework* : cadre de surveillance et d'intervention progressive permettant de suivre la conformité.	• Organismes de réglementation : Care Inspectorate et Healthcare Improvement Scotland. • Conseils et établissements de santé : présentent chaque année aux ministres écossais un rapport sur la manière dont ils se sont acquittés de leurs obligations en matière de dotation en personnel, notamment par l'autodéclaration de leurs pratiques de dotation et de leur utilisation de la CSM. Les ministres publient des rapports consolidés. • Healthcare Improvement Scotland : surveille le respect des exigences par les conseils de santé et collabore avec les parties prenantes pour maintenir, perfectionner et améliorer les outils de dotation en personnel.	• Organisme de réglementation : *Care Quality Commission* (CQC). • Conformité : aucun mécanisme officiel de contrôle de la conformité; les lignes directrices du NICE et l'utilisation du SNCT ne sont pas obligatoires.	• Organisme de réglementation : *Regulation and Quality Improvement Authority* (RQIA). • Établissements de santé et de services sociaux (HSC) : veillent au respect des recommandations du cadre (25). • Mécanismes officiels de contrôle de la conformité : peu clairs.