

Rapport de l'Office fédéral de la santé publique du 27 janvier 2026 à l'intention de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national

Dotation en personnel adaptée aux besoins

Contexte

Le 8 janvier 2026, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a chargé l'administration d'élaborer une vue d'ensemble de l'état des travaux relatifs à la dotation en personnel adaptée aux besoins. Dans ce cadre, la commission souhaite en particulier une réponse aux questions suivantes :

- a) Quelles sont les réglementations existantes dans les différents domaines ?
- b) Quel est l'état des connaissances scientifiques sur la dotation en personnel et les conséquences sur la qualité ?
- c) De quelle manière la dotation en personnel pourrait-elle être inscrite dans la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) ?

a) Réglementations existantes en matière de dotation en personnel

Droit fédéral

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) et l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102) fixent des prescriptions relatives au personnel soignant :

- Conformément à l'art. 39, al. 1, let. b, LAMal, les *hôpitaux* qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës sont admis s'ils disposent, entre autres, du personnel qualifié nécessaire. Un premier contrôle du respect des conditions requises a lieu en amont au moment de l'octroi, par les autorités de police sanitaire, des autorisations d'exploitation, conformément aux législations cantonales dans le domaine de la santé. Dans le cadre de la planification hospitalière, les cantons examinent en outre, lors de l'évaluation de la qualité, si les hôpitaux qui souhaitent obtenir un mandat de prestations disposent du personnel qualifié nécessaire (art. 58d, al. 2, let. a, OAMal). Les cantons peuvent ainsi contrôler la dotation en personnel soignant. Ils ont également la possibilité de prévoir des charges dans les mandats de prestations attribués aux hôpitaux (art. 58f, al. 4, OAMal). Les mandats de prestations peuvent donc être assortis de charges relatives à la dotation en personnel soignant. À noter cependant que le droit fédéral ne prévoit aucune disposition en la matière.
- Selon l'OAMal, les *organisations de soins et d'aide à domicile* sont admises si elles disposent, entre autres, du personnel qualifié nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité (art. 51, al. 1, let. c). L'obligation de disposer du personnel qualifié nécessaire figure également parmi les exigences de qualité que les fournisseurs de prestations doivent remplir pour être admis (art. 58g, let. a). Les organisations concernées sont elles aussi tenues d'obtenir au préalable une autorisation d'exploitation conformément au droit cantonal dans le domaine de la santé avant d'être admises au sens de la LAMal.
- S'agissant des *établissements médico-sociaux* (EMS), les dispositions susmentionnées de la LAMal et de l'OAMal relatives au personnel soignant s'appliquent par analogie. Comme les hôpitaux, les EMS doivent avoir préalablement obtenu une autorisation d'exploitation du canton où ils sont établis. À la différence des hôpitaux, les EMS emploient peu de personnel médical, médico-technique ou de thérapeutes. Les prescriptions relatives à la

dotation en personnel dans le domaine médical renvoient donc principalement au personnel soignant.

Autres prescriptions

Selon un rapport de recherche de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle¹, des *normes* de dotation en personnel s'appliquent en Suisse dans certains domaines, notamment les unités de soins intensifs, les unités de soins intermédiaires et les soins palliatifs. En médecine intensive, la société de discipline médicale compétente définit et contrôle les exigences minimales en la matière dans le cadre de la certification des unités de soins intensifs. L'OFSP n'a pas connaissance d'autres réglementations uniformes relatives à la dotation en personnel soignant dans le domaine des hôpitaux de soins aigus.

Pour ce qui est des EMS, il existe déjà dans un certain nombre de cantons des *plans de poste indicatifs*, qui fixent des prescriptions sur les effectifs minimaux ou la part de soignants titulaires de certains diplômes. Le respect de ces prescriptions constitue un prérequis pour obtenir une autorisation d'exploitation du canton. Comme le montre le tableau récapitulatif réalisé par Artiset en 2022, les prescriptions varient grandement d'un canton à l'autre (cf. annexe). Le monitoring national du personnel soignant mené par l'Observatoire suisse de la santé (<https://ind.obsan.admin.ch/fr/pflemo>) fournit, à travers les indicateurs « dotation en personnel soignant » et « *grade-mix* », des informations sur les membres du personnel soignant et leurs différents diplômes. Là encore, on observe des différences cantonales parfois importantes s'agissant de la dotation en personnel (cf. annexe).

b) État des connaissances scientifiques concernant la dotation en personnel et les conséquences sur la qualité

La question du nombre suffisant d'infirmiers diplômés a été traitée dans le cadre du *postulat 18.3602 Marchand-Balet* « *Comment garantir la qualité des soins ?* » transmis par le Conseil national le 28 septembre 2018. Le postulat chargeait notamment le Conseil fédéral de présenter les dangers encourus par les patients lorsqu'il y a trop peu de personnel soignant. Pour répondre aux différentes questions, l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle a élaboré le rapport de recherche mentionné plus haut, qui se fonde sur une revue de la littérature internationale et des entretiens avec des experts.

Le rapport examine principalement la *dotation en personnel*, qui recouvre plusieurs dimensions, telles que l'expérience (*skill*) et le niveau de formation (*grade*) du personnel soignant, le nombre d'infirmiers mesuré en équivalents plein temps (EPT) et le ratio entre infirmiers et patients ou prestations de soins (c.-à-d. le nombre d'infirmiers par lit, par jour-patient, pour x minutes de soins, etc.). Les indicateurs utilisés dans les études sont hétérogènes, car définis et mesurés de différentes manières, ce qui complique la comparaison des différents résultats.

Le rapport conclut que même si des *liens* de causalité entre la *dotation en personnel* et la *qualité des soins* sont difficiles à démontrer sur le plan scientifique, on peut globalement affirmer que la pénurie de personnel soignant nuit à la qualité de la prise en charge et à la sécurité des patients. Il existe une corrélation entre une dotation insuffisante et, entre autres, un risque de mortalité accru, une augmentation des événements indésirables tels que les infections, les chutes ou les erreurs de médication et des taux de réadmission plus élevés ; en psychiatrie (et en partie dans les EMS), cette situation se répercute sur le nombre d'agressions et le recours à des mesures de contrainte ou limitant la liberté. Dans les soins stationnaires de longue durée, lorsque la pénurie de personnel ne permet pas de maintenir les ressources et le contact avec les

¹ Simon, M. et al., (2020). Wie kann die Qualität in der Pflege sichergestellt werden? Forschungsbericht im Auftrag des BAG. Disponible sous : www.bag.admin.ch > Page d'accueil > Politique & lois > Bases juridiques > Législation Professions de la santé > Mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers > Documents (en allemand uniquement)

patients en raison d'un manque de temps, le risque de voir les fonctions et la mobilité des patients décliner augmente, tout comme leur isolement social.

De plus, une dotation en personnel insuffisante peut diminuer la *satisfaction au travail* du personnel soignant, augmenter le risque de burn-out et, à terme, réduire la durée d'exercice de la profession. Dans le domaine des soins aigus, on observe un lien entre une dotation en personnel plus faible et les retombées sur le personnel et son maintien : plus le ratio patients/infirmier est élevé, plus le risque d'épuisement professionnel augmente et plus la satisfaction au travail diminue. Dans les autres contextes toutefois, les résultats ne sont pas concluants, ou les études font défaut.

Les experts interrogés indiquent qu'une dotation en personnel adaptée aux besoins est capitale pour assurer la qualité des soins. Elle vise à garantir que le personnel soignant disponible est adéquatement qualifié et présent en nombre suffisant pour fournir les soins requis avec la qualité attendue. Cependant, l'état de la recherche ne permet pas de tirer de conclusions claires quant au ratio entre personnel soignant et prestations de soins nécessaire pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Dans l'ensemble, on s'accorde à dire qu'aucun ratio n'est applicable uniformément à tous les contextes de soins et à toutes les catégories de soins : le nombre de soignants requis dépend des besoins des patients et varie également au sein des services spécifiques.

C'est pourquoi il a plutôt été recommandé d'obliger les associations de fournisseurs de prestations à élaborer conjointement des recommandations pour définir un *grade-mix* par contexte de soins. Le *grade-mix* rend compte de la composition des effectifs dans le domaine des soins par niveau de formation. À la différence du ratio patients/infirmier, il ne décrit pas le ratio entre infirmiers diplômés et patients mais prend en considération l'éventail des diplômes du personnel soignant.

Projets d'évaluation standardisée de la dotation en personnel

Entretemps, les acteurs du domaine des soins ont développé deux projets visant à élaborer une méthode d'évaluation standardisée de la dotation en personnel :

bePersonal^P : dotation en personnel adaptée aux besoins dans les soins en Suisse

En collaboration avec un groupe d'experts interdisciplinaires, les associations de soins infirmiers (Association suisse des infirmières et infirmiers, Swiss Nurse Leaders, Association suisse pour les sciences infirmières) ont élaboré un modèle visant à analyser et à adapter la dotation en personnel sur la base de données. L'indicateur central du modèle est le *nombre d'heures de soins qualifiés par jour-patient*, soit le nombre d'heures de soins dispensés en moyenne par du personnel soignant qualifié (diplômes d'infirmier du degré tertiaire et diplômes du degré secondaire II) *dans un service spécifique* par jour et par patient. Dans le cadre de l'ajustement des risques, des facteurs d'influence tels que l'âge, l'indice de *case mix* et la taille de l'établissement sont pris en compte. L'indicateur permet de *comparer* la dotation en personnel (agrégée p. ex. par année) des institutions. L'objectif est d'instaurer une transparence entre les institutions, ce qui créera une incitation à améliorer la dotation en personnel et, partant, la qualité des soins. Lien : www.sbk-asi.ch/fr/actualite/projet-bepersonal-un-modele-fonde-sur-les-donnees-pour-determiner-la-dotation-en-personnel-adaptee-aux-besoins

Configurateur de grade-mix pour les soins de longue durée

Le centre de compétences pour l'évaluation professionnelle des besoins en soins dans le domaine de la santé et du social (BESA QSys) et la Haute école spécialisée bernoise mènent un projet de configurateur de *grade-mix* pour les soins de longue durée, qui permet de déterminer le *grade-mix* optimal à l'aide de trois algorithmes. Le premier algorithme estime la *complexité des soins* en se basant sur des valeurs de routine établies par des instruments d'évaluation des besoins en soins. Le deuxième algorithme donne le ratio résidents/infirmier

(*nurse-to-resident*). Il garantit le respect des exigences cantonales, tient compte des meilleures pratiques en matière de *grade-mix* et intègre les résultats de recherche existants. Le troisième algorithme détermine la composition du personnel nécessaire, le *grade-mix proposé*, et combine les résultats des trois algorithmes *en tenant compte de la qualité des soins souhaitée*. Actuellement, le projet se trouve en phase pilote au sein des 25 EMS participants.

L'évaluation aura lieu en mai 2026, et les résultats sont attendus pour juillet 2026. Lien :

www.besaqs.ch/fr/configurateur-de-grademix-pour-les-soins-de-longue-duree

Évaluation de l'OFSP

Le modèle *bePersonal* peut être utilisé pour évaluer, sur la base de données, le nombre d'heures de soins qualifiés par jour et par patient dans un service spécifique et, partant, contribuer à la transparence. Il ne permet cependant pas encore de formuler des recommandations en matière de dotation en personnel adaptée aux besoins (dotation visée). Avant de pouvoir être utilisé à large échelle, le modèle doit en outre être testé et développé dans différents contextes de soins et services en collaboration avec des experts.

Le *configurateur de grade-mix* sert à déterminer le *grade-mix* visé en tenant compte de la qualité des soins souhaitée. Développé pour les soins de longue durée, l'instrument permet d'établir une comparaison entre le *grade-mix* effectif et le *grade-mix* visé. La phase pilote est en cours, et l'évaluation sera réalisée par les responsables du projet. Les résultats sont attendus, et il reste encore à voir de quelle manière l'uniformisation de l'évaluation des besoins en soins sur laquelle repose le configurateur évoluera dans la perspective du financement uniforme des prestations de santé. L'instrument doit être encore développé avant d'être introduit dans d'autres contextes de soins.

c) Dispositions juridiques supplémentaires en matière de dotation en personnel : renoncement à une réglementation dans le projet de LCTSI

Au point 1.2.3 de son message du 21 mai 2025 concernant la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et la modification de la loi sur les professions de la santé (FF 2025 2002), le Conseil fédéral explique pourquoi il a renoncé à obliger les fédérations de fournisseurs de prestations (associations d'hôpitaux, d'EMS et de services d'aide et de soins à domicile) à élaborer des recommandations sur l'équilibre entre compétences et diplômes (*skill-grade-mix*) pour différents contextes de soins, l'objectif par la suite étant de les déclarer contraignantes.

L'absence de connaissances validées sur la manière de calculer la dotation en personnel optimale illustre la difficulté d'élaborer des recommandations concrètes. Le fait que les prescriptions de certains cantons en matière de dotation en personnel se fondent principalement sur des valeurs moyennes et des données empiriques et présentent une grande hétérogénéité appuie également ce constat. Il existe également le risque d'édicter des prescriptions ou des recommandations trop générales et donc peu pertinentes. Ou au contraire de trop détailler celles-ci, les rendant très complexes et difficiles à mettre en œuvre. Par ailleurs, le Conseil fédéral considère qu'obliger des particuliers à élaborer des recommandations appelées à devenir contraignantes était problématique d'un point de vue constitutionnel. Par conséquent, il relève de la responsabilité des institutions de santé de garantir une dotation en personnel adaptée aux besoins afin d'assurer la qualité de la prise en charge. Sans oublier que les cantons sont tenus, dans le cadre de la planification des hôpitaux et des EMS prévue à l'art. 39 LAMal, de contrôler que les établissements concernés disposent du personnel qualifié nécessaire. Les cantons s'assurent également que les organisations de soins et d'aide à domicile sont dotées du personnel qualifié nécessaire au sens de l'art. 51 OAMal (cf. let. a).

Conclusion

Comme exposé à la lettre a), la LAMal et l'OAMal prévoient déjà des dispositions relatives au personnel qualifié nécessaire. Bien que ces dispositions concernent uniquement l'assurance-maladie, elles exercent généralement un effet à tout le moins indirect dans d'autres domaines. Elles sont liées aux compétences des cantons dans le domaine sanitaire, qui visent à protéger la santé publique en garantissant en particulier le recours à de la main-d'œuvre qualifiée et le respect des normes de qualité.

De son côté, la LCTSI régit les conditions de travail des employés. Une réglementation relative à la dotation en personnel visant principalement à protéger les patients ne relèverait par conséquent pas de son champ d'application.

La formulation de dispositions juridiques en matière de dotation en personnel adaptée aux besoins doit se fonder sur des bases scientifiques. Comme expliqué ci-dessus, des évolutions importantes sont en cours dans le domaine des soins, qui peuvent contribuer à une amélioration à moyen terme. À l'heure actuelle, ces évolutions ne sont toutefois pas suffisamment avancées pour édicter des réglementations en matière de dotation en personnel qui dépassent le cadre de la législation relative à l'assurance-maladie et pertinentes pour les différents contextes de soins.

Afin de promouvoir la transparence, l'OFSP met en outre déjà à disposition des chiffres et des faits sur les hôpitaux, les EMS et les organisations de soins et d'aide à domicile : www.ofsp.admin.ch > Services > Chiffres & statistiques. Les chiffres-clés des hôpitaux suisses permettent entre autres d'obtenir une vue d'ensemble du personnel et des patients. Les indicateurs de qualité des hôpitaux de soins aigus fournissent des données sur la mortalité pour certaines pathologies. Les chiffres-clés des EMS contiennent des informations sur la dotation en personnel, les prestations et le nombre de patients et renseignent notamment sur les effectifs de personnel infirmier (mesurés en EPT). Il existe aussi des indicateurs de qualité médicaux dans le domaine des EMS. S'agissant des soins et de l'aide à domicile, des chiffres-clés concernant la dotation en personnel, les prestations et le nombre de patients sont également mis à disposition, mais pas des indicateurs de qualité.

Prise de position concernant la proposition N025

Du point de vue de l'administration, la disposition proposée n'est, d'une part, pas nécessaire étant donné qu'il existe d'ores et déjà des prescriptions relatives à la dotation en personnel et à la qualité. Les données en question font en outre déjà l'objet de relevés et de publications. D'autre part, les bases scientifiques requises pour élaborer le système de développement de la qualité souhaité font défaut. L'OFSP ne dispose ni des moyens financiers ni des ressources en personnel nécessaires pour élaborer ces bases.

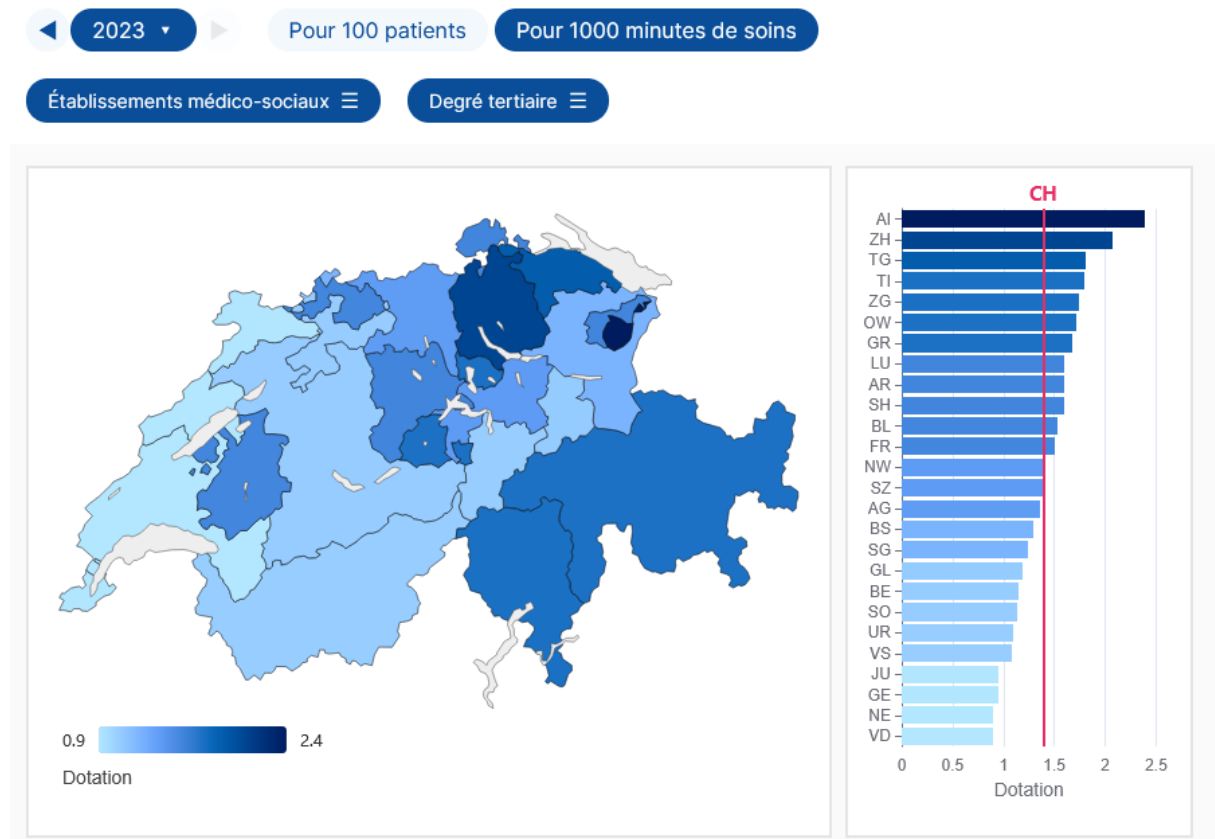
Le développement des bases scientifiques requises et d'une méthodologie permettant de déterminer le ratio effectif/visé entre la dotation en personnel et la qualité des soins devrait par conséquent incomber à des experts des différents contextes de soins, avec l'implication des employeurs et des employés.

Annexe

Source : Monitoring national du personnel soignant

Dotation en personnel soignant

Personnel de soins et d'accompagnement (en EPT) pour 100 patients ou pour 1000 minutes de soins



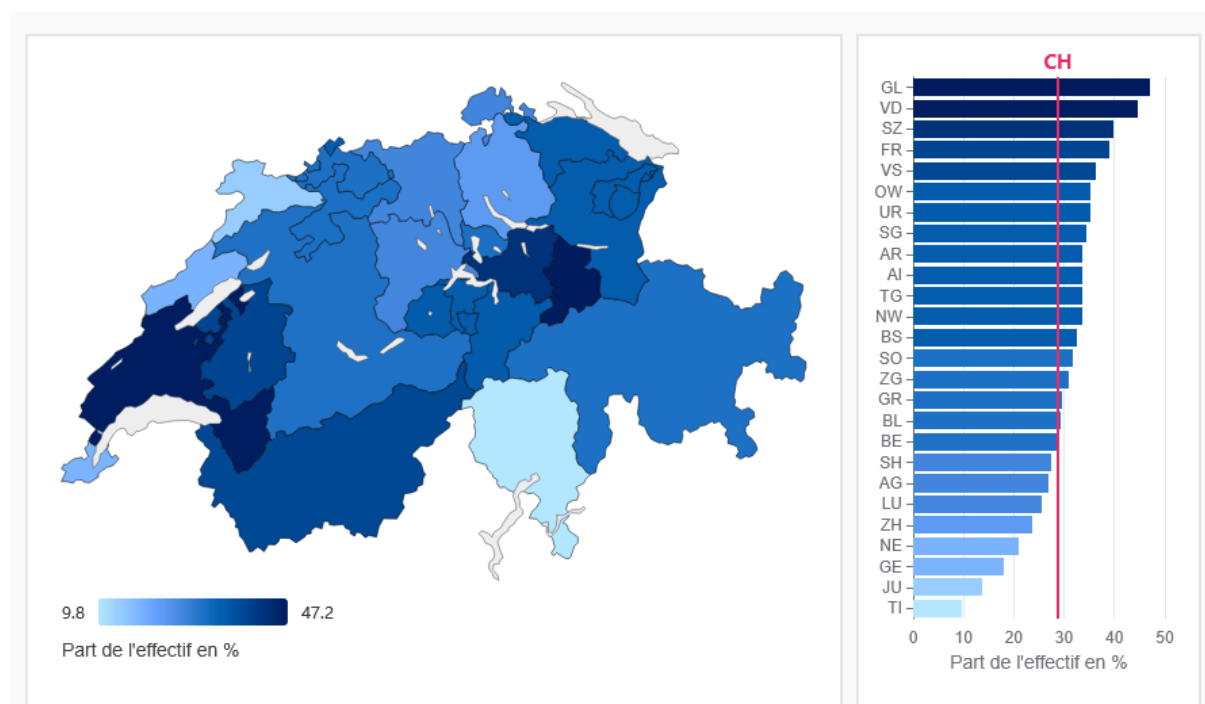
Graphique 1 : Dotation en personnel : nombre d'infirmiers diplômés (EPT) pour 1000 minutes de soins dans les établissements médico-sociaux en 2023

Grade-Mix

Part de l'effectif en % (sur la base du nombre d'EPT)

◀ 2023 ▶ Total Femmes Hommes Autres/sans formation ≡

Établissements médico-sociaux ≡



Graphique 2 : Grade-mix : part de personnel de soins et d'accompagnement sans formation dans les établissements médico-sociaux en 2023

Vorgaben Kantone Personalschlüssel / Ausbildungsverpflichtung

Kanton	Welche Grade-Mix-Vorgaben werden für das pflegende Personal in Alters- und Pflegeheimen gemacht?			Ausbildungsverpflichtung für Ausbildungen in Pflegeberufen auf Tertiärstufe (HF,FH) ¹		
	geforderter Anteil an Tertiärbildung in % ²	geforderter Anteil an Sekundärbildung in %	geforderter Anteil an Sekundär- und Tertiärbildung kombiniert in %	Spitäler & Kliniken	Pflegeheime	Spitex
 AG	20	20	40	ja	ja	ja
 AI	keine	keine	keine	nein	nein	nein
 AR	17	17	34	ja (via Leistungsvereinbarung (LV) bzw. Art. 5d lit. f Gesundheitsgesetz (bGS 811.1))	nein	ja
 BE	16	30	46	ja	ja	ja
 BL	keine	keine	keine	ja	ja	ja
 BS	keine	keine	40	ja	ja (mit Leistungsauftrag)	ja (mit Leistungsauftrag)
 FR	15-25	10-20	40	ja	nein	nein
 GE	20	40	60	ja	ja	nein

¹ Quelle Umfrage GDK 2021

² Funktionsstufen zur Gliederung des Pflegepersonals sind eine Gliederung der Aus- oder Weiterbildungsabschlüsse der verschiedenen Pflegeberufe, wobei in den meisten Kantonen drei Stufen unterschieden werden. Diese Stufen werden verwendet, um qualitative Vorgaben für genügend qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl (erforderliche Aus- und Weiterbildungen, erforderliche Titel) machen zu können und damit die angestrebte Betreuungs- und Pflegequalität zu gewährleisten. Diese Stufen weisen keine 1:1 Entsprechung mit der Schweizer Bildungssystematik auf. Demzufolge ist ein Tertiärabschluss entsprechend Schweizer Bildungssystematik nicht automatisch gleichzusetzen mit einer Zuordnung auf der Funktionsstufe 3. Die Kantone definieren selbst, welche Funktionsstufen sie verwenden und welche Abschlüsse sie diesen zuordnen.

Kanton	Welche Grade-Mix-Vorgaben werden für das pflegende Personal in Alters- und Pflegeheimen gemacht?			Ausbildungsverpflichtung für Ausbildungen in Pflegeberufen auf Tertiärstufe (HF, FH) ¹		
	geforderter Anteil an Tertiärbildung in % ²	geforderter Anteil an Sekundärbildung in %	geforderter Anteil an Sekundär- und Tertiärbildung kombiniert in %	Spitäler & Kliniken	Pflegeheime	Spitex
 GL	16	24	40	Vorgesehen im Rahmen Umsetzung Pflege- und Betreuungsgesetz ab 01.01.23	Vorgesehen im Rahmen Umsetzung Pflege- und Betreuungsgesetz ab 01.01.23	Vorgesehen im Rahmen Umsetzung Pflege- und Betreuungsgesetz ab 01.01.23
 GR	20	keine	40	ja	ja	ja
 JU	15	15	30	Obligation et des mesures incitatives pour les institutions reconnues d'utilité publique (RUP) via les PIG	Pas d'obligation mais des mesures incitatives mises pour les institutions reconnues d'utilité publique (RUP) via un arrêté spécifique	Pas d'obligation mais mesures incitatives pour les institutions reconnues d'utilité publique (RUP) via les PIG
 LU	keine	keine	keine	ja	ja	ja
 NE	20	keine	20	ja	?	?
 NW	17	keine	33	ja	ja	ja
 OW	keine	keine	keine	?	?	'
 SG	10	30	40	n/a	n/a	n/a
 SH	keine	keine	keine	ja	ja	ja
 SO	keine	keine	40	ja	ja	ja
 SZ	5	35	40	ja	nein	?
 TG	25	keine	40	ja	ja / vorgesehen (Spital TG)	ja (SBK SG TG AR AI) /

Kanton	Welche Grade-Mix-Vorgaben werden für das pflegende Personal in Alters- und Pflegeheimen gemacht?			Ausbildungsverpflichtung für Ausbildungen in Pflegeberufen auf Tertiärstufe (HF,FH) ¹		
	geforderter Anteil an Tertiärbildung in % ²	geforderter Anteil an Sekundärbildung in %	geforderter Anteil an Sekundär- und Tertiärbildung kombiniert in %	Spitäler & Kliniken	Pflegeheime	Spitex
						nein (Spitex)
 TI	28	keine	40			
 UR	20	keine	40	nein	nein	nein
 VD	15	10	25	ja	ja	nein
 VS	10	35-40	45	en voie de mise en place	en voie de mise en place	en voie de mise en place
 ZG	keine	keine	50	nein	nein	nein
 ZH	25	25	50	ja	ja	ja

Letzte Korrekturen 31.03.2022