



Deuxième étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) »

Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI)

Modification de la loi fédérale sur les profes- sions de la santé (LPSan)

Rapport explicatif relatif à l'ouverture de la
procédure de consultation

PROJET du 8 mai 2024



Aperçu

Le 28 novembre 2021, le peuple a accepté l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) ». En janvier 2022, le Conseil fédéral a décidé de mettre en œuvre cette initiative en deux étapes. La première, qui reprenait le contre-projet indirect du Parlement relatif à l'encouragement de la formation, entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2024. La deuxième vise à améliorer les conditions de travail et les perspectives de développement professionnel dans les soins infirmiers. Le Conseil fédéral propose donc une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et une révision de la loi sur les professions de la santé.

Contexte

La première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, qui entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2024, vise à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers. La deuxième étape doit s'atteler aux sorties précoces de la profession, qui constituent l'une des principales causes de la pénurie actuelle de personnel dans les soins. L'amélioration des conditions de travail et des perspectives de développement professionnel doit accroître l'attractivité des professions infirmières et maintenir les personnes formées dans la profession.

Nombre d'études se sont penchées sur les motifs des abandons de la profession. Si elles n'ont pas toujours abouti aux mêmes résultats, elles ont néanmoins permis d'identifier les principales raisons suivantes :

- Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée
- Charge physique et psychique
- Salaire
- Contenu du travail
- Environnement de travail

Cependant, les études indiquent aussi que près de la moitié des personnes qui ont quitté leur profession dans les soins considèrent leur départ comme étant seulement temporaire. En d'autres termes, des mesures concrètes pour améliorer les conditions de travail permettraient de réduire le nombre de sorties précoces de la profession et d'augmenter le nombre de retours dans la profession. C'est précisément là qu'intervient la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins (LCTSI).

L'augmentation des maladies chroniques due à l'évolution démographique entraîne une demande croissante en soins médicaux de base. De plus, le nombre accru de patients multimorbides très âgés accroît la complexité des situations de soins, en particulier dans les soins de longue durée. Pour remplir ces tâches, les établissements ont besoin d'un personnel hautement qualifié, capable d'agir dans ce type de situations sous sa propre responsabilité professionnelle. Cependant, le manque de personnel s'observe non seulement dans les soins infirmiers, mais aussi dans d'autres groupes professionnels essentiels dans les soins médicaux de base, comme les médecins de famille ou les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie. Afin de remédier à cette situation et de mettre en place des modèles de soins innovants dans les soins médicaux de base, il est proposé de modifier la loi sur les professions de la santé et de créer la profession d'infirmier de pratique avancée (IPA).

Contenu du projet de loi

Le Conseil fédéral envoie en consultation la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) et une modification de la loi sur les professions de la santé (LPSan).

Via la LCTSI, le Conseil fédéral propose des directives dans dix domaines qui doivent sensiblement améliorer les conditions de travail dans les soins. En outre, les partenaires sociaux doivent être tenus de négocier des conventions collectives de travail (CCT).

Le Conseil fédéral soumet aux participants à la consultation deux variantes relatives à la possibilité de déroger aux prescriptions légales ou aux dispositions d'exécution :

- *Variante 1 : Dans le cadre de conventions collectives de travail, il doit être possible de déroger aux dispositions de la LCTSI également en défaveur des travailleurs, mais dans le respect des dispositions contraignantes de la loi sur le travail, du code des obligations, des lois cantonales sur le personnel et d'autres réglementations spéciales. La possibilité de déroger à ces dispositions n'est possible qu'en faveur des travailleurs.*
- *Variante 2 : Il n'est possible de déroger aux dispositions de la LCTSI qu'en faveur des travailleurs.*

Les propositions de modification de la LPSan poursuivent les objectifs suivants : définir la profession d'IPA et les conditions pour l'exercice de la profession et, par la suite, réglementer le master en pratique infirmière avancée. En outre, elles mettent en œuvre la motion 22.3163 Silberschmidt « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé » transmise par le Parlement.

Le Conseil fédéral soumet aux participants à la consultation deux variantes de réglementation concernant l'accès à l'exercice de la profession d'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle :

- *Variante 1 : En tenant compte du système dual de formation suisse, d'autres diplômes, outre le master en pratique infirmière avancée, doivent donner accès à l'exercice de la profession. Actuellement, le SEFRI examine, en collaboration avec les acteurs concernés, quels diplômes de la formation professionnelle supérieure transmettent les compétences nécessaires et, par conséquent, quelles personnes formées remplissent les conditions d'exercice de la profession.*
- *Variante 2 : Conformément aux développements sur le plan international, seul le master en pratique infirmière avancée doit permettre d'exercer la profession sous sa propre responsabilité professionnelle.*

Table des matières

1	Contexte	6
1.1	Mise en œuvre de l'art. 117b de la Constitution fédérale (initiative sur les soins infirmiers)	6
1.2	Évaluation de la situation actuelle dans les soins infirmiers	7
1.3	Estimation des besoins futurs	8
1.4	Motifs des sorties de la profession et marge de manœuvre des acteurs dans l'amélioration des conditions de travail	9
1.5	Formation	10
1.6	Besoin de nouveaux modèles de prise en charge et de nouveaux profils professionnels	11
1.7	Classement d'interventions parlementaires	12
2	Comparaison avec le droit étranger, notamment avec le droit européen	15
2.1	Amélioration des conditions de travail	15
2.2	Réglementation du niveau master dans les soins infirmiers et rôle des infirmiers de pratique avancée (IPA) dans le domaine de la santé	16
3	Grandes lignes du projet	21
3.1	Mandat du Conseil fédéral et mise en œuvre	21
3.2	Mise en œuvre du mandat relatif à l'élaboration d'une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI)	22
3.3	Mise en œuvre des mandats d'examen relatifs à la modification de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)	24
3.4	Mesures dérogeant au mandat initial	27
3.5	Adéquation des tâches et des finances	29
3.6	Questions concernant la mise en œuvre	29
4	Explications relatives aux différents articles	30
4.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	30
4.2	Modification de la loi sur les professions de la santé (LPSan).....	44
5	Conséquences	48
5.1	Conséquences pour la Confédération	48
5.2	Conséquences pour les cantons et les communes	49
5.3	Conséquences pour la société et l'économie	49
6	Aspects juridiques	51
6.1	Constitutionnalité	51
6.2	Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse	53
6.3	Forme de l'acte législatif	54
6.4	Assujettissement au frein aux dépenses	55
6.5	Respect du principe de subsidiarité et du principe d'équivalence fiscale	55
6.6	Respect des principes de la loi sur les subventions	55
6.7	Délégation de compétences législatives	56
6.8	Protection des données.....	57

Rapport explicatif

1 Contexte

1.1 Mise en œuvre de l'art. 117b de la Constitution fédérale (initiative sur les soins infirmiers)

Le 28 novembre 2021, le peuple et les cantons ont accepté l'initiative « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) ». Elle demande à la Confédération et aux cantons de reconnaître que les soins infirmiers sont une composante importante des soins et de les encourager. Ils doivent aussi veiller à ce que chacun ait accès à des soins infirmiers suffisants et de qualité. En outre, ils garantissent qu'il y ait un nombre suffisant d'infirmiers diplômés pour couvrir les besoins croissants et que les tâches affectées aux personnes exerçant dans le domaine des soins infirmiers correspondent à leur formation et à leurs compétences. (art. 117b de la Constitution fédérale¹; Cst.). Les dispositions transitoires prévues à l'art. 197, ch. 13, Cst. exigent en outre que la Confédération édicte, dans les limites de ses compétences, des dispositions d'exécution sur la facturation directe des prestations de soins prises en charge par les assurances sociales et sur leur rémunération appropriée, sur les conditions de travail adaptées aux exigences et sur les possibilités de développement professionnel. Lors de sa séance du 12 janvier 2022, le Conseil fédéral a décidé de mettre en œuvre les nouvelles dispositions constitutionnelles en deux étapes.

La *première étape*, qui reprenait le contre-projet indirect à l'initiative, a été adoptée au Parlement dès le 16 décembre 2022. Elle comprend la loi fédérale du 16 décembre 2022 relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers², accompagnée de trois arrêtés fédéraux. Il s'agit de promouvoir les titres de formation dans le domaine des soins infirmiers et de concrétiser la revendication du personnel infirmier de pouvoir facturer directement certaines prestations aux assurances sociales. La loi fédérale et les dispositions d'exécution correspondantes devraient entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a défini les grandes lignes de la mise en œuvre de la *deuxième étape*, qui vise à concrétiser les demandes restantes de l'initiative sur les soins infirmiers : des conditions de travail adaptées aux exigences et une rémunération appropriée des soins infirmiers, un accès garanti à des soins infirmiers suffisants et de qualité pour tous ainsi que des possibilités de développement professionnel. À cette fin, le Conseil fédéral propose notamment une nouvelle loi sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) et une modification de la loi du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé³ (LPSan). Les propositions concrètes du Conseil fédéral pour la mise en œuvre de la deuxième étape sont expliquées au chapitre 3 du présent rapport.

¹ RS 101

² FF 2022 3205

³ RS 811.21

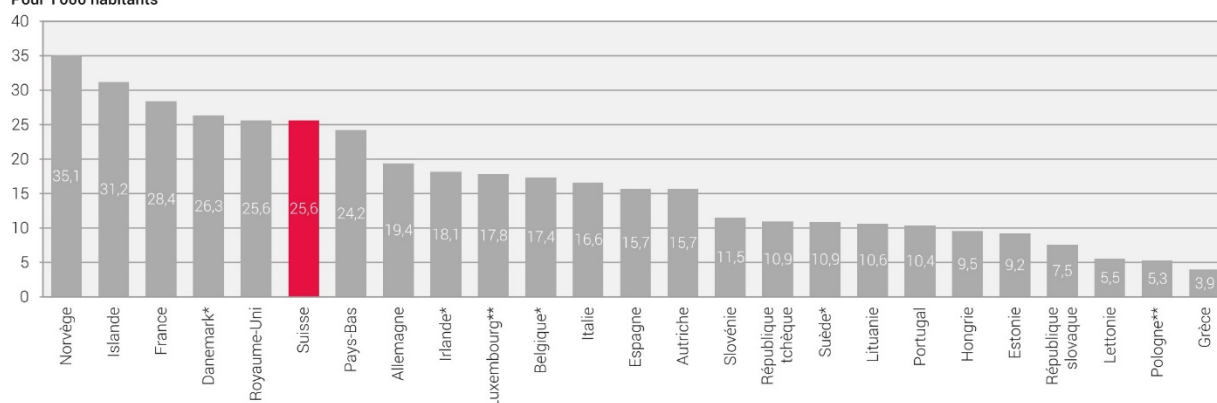
1.2 Évaluation de la situation actuelle dans les soins infirmiers

Selon le dernier rapport national sur le personnel de santé en Suisse⁴ de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), quelque 185 600 personnes travaillaient dans le domaine des soins et de l'accompagnement au sein des institutions de santé suisses en 2019. Comme l'indique l'illustration ci-dessous, la densité du personnel soignant est relativement élevée en Suisse par rapport aux pays européens avec 25,6 professionnels du domaine des soins pour 1000 habitants (tous niveaux de formation confondus) ou 11,6 professionnels pour 1000 habitants (uniquement le personnel infirmier diplômé)⁵.

Infirmiers/ères diplômé(e)s + personnel soignant intermédiaire + auxiliaires de soins, en 2019

Personnel en exercice

Pour 1000 habitants



* données 2018

** données 2017

Source: OCDE, exploitation OFS

© OFS 2021

Illustration 1 : Personnel soignant pour 1000 habitants en comparaison internationale.

Source : *Personnel soignant : la Suisse en comparaison internationale*. OFS, 2021⁶

Malgré un effectif de personnel soignant relativement correct en comparaison internationale, la Suisse ne parvient pas à pourvoir tous les postes vacants dans le domaine des soins infirmiers. De plus, la dépendance envers le personnel de l'étranger est considérable dans le secteur de la santé. Actuellement, près de 30 % du personnel infirmier diplômé travaillant dans les hôpitaux et les EMS suisses détient un diplôme étranger⁷ ; ce taux s'élève même jusqu'à 50 % dans les régions frontalières.

Depuis la pandémie de COVID-19, la pénurie de personnel qualifié dans le domaine des soins infirmiers s'est encore accentuée : alors qu'avant la pandémie, un peu plus de 11 000 postes étaient à pourvoir dans ce domaine (4^e trimestre 2019), ce nombre a grimpé à plus de 15 000 postes au 1^{er} trimestre 2024, selon le portail Jobradar⁸. Les annonces de réductions de lits, voire de fermeture de services entiers, ainsi que les rapports annonçant la réduction du

⁴ Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (rapport Obsan 03/2021).

⁵ OFS Office fédéral de la statistique (2021). *Personnel soignant : la Suisse en comparaison internationale, 2021* : www.bfs.admin.ch > [Trouver des statistiques > Santé > Système de santé > Emplois et professions de la santé](#)

⁶ OFS Office fédéral de la statistique (2021). *Personnel soignant : la Suisse en comparaison internationale, 2021* : www.bfs.admin.ch > [Trouver des statistiques > Santé > Système de santé > Emplois et professions de la santé](#)

⁷ Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (rapport Obsan 03/2021).

⁸ www.x28.ch/jobradar

nombre de prestations des services d'aide et de soins à domicile par manque de personnel, se multiplient.

1.3 Estimation des besoins futurs

Pour la période 2019-2029, le rapport national de 2021 sur le personnel de santé en Suisse prévoit une augmentation des besoins en personnel infirmier s'élevant à 36 500 personnes (de 185 600 personnes en 2019 à 222 100 personnes en 2029) en raison de la croissance attendue de la population et des changements démographiques (vieillesse de la population). En considérant de plus le remplacement lié aux départs à la retraite et aux sorties de la profession, on estime le besoin de relève à 43 400 personnes pour les soignants diplômés (degré tertiaire) et à 27 100 personnes pour le personnel des soins et de l'accompagnement détenant un titre professionnel du degré secondaire II, pour la même période (2019-2029).

Depuis le rapport de 2016 sur les besoins en effectifs⁹, les importants efforts déployés ces dernières années ont permis de nettement réduire l'écart entre les projections de l'offre et des besoins. Entre 2012 et 2019, les effectifs en personnel de soins et d'accompagnement ont augmenté de 19 % (soit une hausse de près de 29 100 employés). La croissance observée depuis 2012 concerne principalement les assistants en soins et santé communautaire (ASSC ; +13 800) et, dans une moindre mesure, les infirmiers diplômés (+10 700). Durant cette période, le nombre de diplômés a nettement progressé à tous les niveaux de qualification : de 4000 à 6200 au niveau secondaire II et de 1800 à 3000 au niveau tertiaire. Malgré la tendance positive en matière de formation (voir aussi chapitre 1.5), les modèles de prévision indiquent que cette évolution ne couvrira que partiellement les futurs besoins en personnel soignant : 67 % des soignants titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire et 80 % du personnel de soins et d'accompagnement du niveau secondaire II¹⁰. Sur la base de ce constat, la première étape de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers prévoit d'augmenter le nombre de titres délivrés via la promotion de la formation.

Cependant, la promotion des titres de formation ne suffira pas en soi à couvrir les besoins en personnel. En effet, outre la formation d'un nombre suffisant de personnes, les départs précoces de la profession dans les soins jouent également un rôle important. Selon une étude de l'Obsan¹¹, la part des sorties précoces de la profession, tous niveaux de formation et âges confondus, s'élevait à près de 40 % entre 2016 et 2018 (38 % pour les soignants sans formation formelle, 42 % pour les personnes au bénéfice d'une formation de niveau secondaire II et 43 % pour les soignants formés au niveau tertiaire). Aucun élément n'indique que ce chiffre serait aujourd'hui inférieur à celui de la période étudiée. Les départs précoces de la profession représentent donc l'une des principales causes de la pénurie de personnel dans les soins. C'est également le constat du rapport national de 2021 sur les besoins en effectifs, selon lequel « L'écart entre les besoins et l'offre [...] est [...] essentiellement dû aux sorties précoces de la profession et aux pertes enregistrées au moment de la transition entre la formation et l'entrée sur le marché du travail »¹². Au-delà du nombre de diplômés, il est donc aussi nécessaire de

⁹ www.gdk-cds.ch > Documents > Recherche : Besoins en effectifs dans les professions de la santé, Rapport national 2016

¹⁰ Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Personnel de santé en Suisse – Rapport national sur les besoins en effectifs 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (rapport Obsan 03/2021), p. 72 ss.

¹¹ Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Personnel de santé en Suisse : sorties de la profession et effectif. Une analyse sur la base des relevés structurels de 2016 à 2018 (rapport Obsan 01/2021, p. 7)

¹² Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Personnel de santé en Suisse – Rapport national sur les besoins en effectifs 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (rapport Obsan 03/2021), p. 8.

maintenir les professionnels plus longtemps en activité afin de pouvoir garantir les besoins en personnel soignant à long terme.

1.4 Motifs des sorties de la profession et marge de manœuvre des acteurs dans l'amélioration des conditions de travail

Nombre d'études en Suisse ont eu pour but d'identifier les facteurs d'influence ayant un impact sur la satisfaction au travail et donc ceux pouvant amener les professionnels à rester dans la profession ou à la quitter. Les raisons de rester dans la profession ou de la quitter sont multiples et personnelles, et dépendent du lieu de travail ainsi que du contexte privé et professionnel de chaque personne. Par conséquent, les études n'ont pas toujours abouti aux mêmes résultats (voir entre autres les études de la ZHAW¹³, SHURP¹⁴ ou STRAIN¹⁵). Néanmoins, elles ont permis d'identifier certains points majeurs qui semblent exercer une influence particulièrement forte. Le rapport de 2021 sur le personnel de santé en Suisse¹⁶ et l'analyse d'impact de la réglementation (AIR) relative à la LCTSI¹⁷ mentionnent les principales raisons suivantes :

- **Conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée** (modèles de travail, planning prévisible, travail le weekend et de nuit, modifications du plan de service)
- **Charge de travail** (interventions à brève échéance, manque de personnel / charge de travail, exigences physiques et émotionnelles et gestion de ces exigences par l'établissement, surmenage, travail en équipe)
- **Salaire** (grille salariale, compensation des heures supplémentaires, du travail de week-end/de nuit ainsi que du temps d'habillage et de trajet)
- **Contenu du travail** (tâches administratives, domaines d'activité basés sur les compétences, marge de décision)
- **Environnement de travail** (estime, participation à la planification du travail et des vacances, possibilités de développement, direction et culture d'équipe, culture de l'établissement dans les relations avec les clients)

Selon l'enquête de la ZHAW (2021), près de la moitié des personnes qui ont quitté leur profession dans les soins et qui n'étaient pas en activité au moment de l'enquête considèrent leur départ comme étant seulement temporaire. Une stratégie claire et des mesures qui se basent sur les champs d'action identifiés permettraient donc de réduire le nombre de sorties précoces de la profession et d'augmenter le nombre de retours dans la profession. C'est également la conclusion des études citées plus haut, qui formulent des recommandations d'action au niveau des établissements et des branches, mais aussi sur le plan légal.

¹³ Schaffert, R.; Trede, I.; Grønning, M.; Hänni, M.; Bänziger, A. et al. (2021). Berufskarrieren Pflege. Resultate einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von diplomierten Pflegenden und Erkenntnisse aus einem kombinierten Datensatz zu diplomierten Pflegenden und Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit: www.zhaw.ch > Gesundheit > Forschung > Public Health > Projekte

¹⁴ Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S. & al. (2021). SHURP 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande. Université de Bâle : www.shurp.unibas.ch

¹⁵ Peter, K., Renggli, F., Schmidt, X. & al. (2021). Le stress au travail chez les professionnel-le-s de santé en Suisse – Rapport final STRAIN. Haute école spécialisée bernoise, Département de la santé : www.bfh.ch > Recherche + Services > Projets > STRAIN (« Workrelated Stress Among Health Professionals in Switzerland »)

¹⁶ Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Personnel de santé en Suisse – Rapport national sur les besoins en effectifs 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (rapport Obsan 03/2021), p. 92

¹⁷ Frey, M. ; Suri ; M. ; Voll, D. (2023). Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers – Analyse d'impact de la réglementation. Rapport final. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Bâle : www.baq.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers > Documents > Informations complémentaires > Analyse d'impact de la loi fédérale sur les conditions de travail dans les soins infirmiers

L'exemple du Stadtspital de Zurich¹⁸ montre que des mesures prises au niveau de l'établissement peuvent également influencer de manière positive sur la situation du personnel : au printemps 2022, la ville de Zurich a lancé le programme « Stärkung Pflege » (renforcement des soins avec pour objectif d'améliorer les conditions d'emploi et de travail du personnel des soins et de l'accompagnement ainsi que des professions paramédicales. Ce projet a été très bien accueilli car il a été mis en œuvre en étroite collaboration avec le personnel concerné. Dans un premier temps, la classification des fonctions a été revue et adaptée pour les groupes professionnels mentionnés, ce qui a entraîné une augmentation de salaire allant jusqu'à 10 % pour environ 73 % des collaborateurs. En outre, les équipes soignantes ont désormais une plus grande influence sur la planification des services, elles peuvent introduire des horaires variables au début et à la fin du service (travail en équipe) et il est désormais possible d'exercer à des taux d'occupation très faibles, inférieurs à 40 %. Afin d'alléger la charge de travail des collaborateurs, l'hôpital a mis en place un pool interne de personnel soignant et optimisé l'équilibre entre les compétences et le niveau de formation (*skill-grade-mix*). Par ailleurs, des mesures ont été prises dans le domaine de la formation continue du personnel des soins infirmiers, et un modèle de carrière a été développé afin de renforcer les compétences de direction du personnel infirmier (ES / HES). Après un an, ces mesures montrent déjà de premiers résultats positifs : si les augmentations de salaire ont, certes, entraîné des coûts supplémentaires annuels de 20 millions de francs, la rotation du personnel a été réduite, en un an, de 16 % à moins de 10 %, et le nombre de postes vacants sur les deux sites de l'hôpital a baissé de 60 à 15 postes. De plus, depuis l'introduction de ces mesures, l'hôpital doit beaucoup moins recourir à du personnel temporaire.

Le nouvel art. 117b Cst., introduit suite à l'acceptation de l'initiative sur les soins, ne change rien à la répartition actuelle des compétences entre la Confédération et les cantons dans le domaine des soins. Par conséquent, l'avant-projet de la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers permet d'aborder une partie seulement des défis qui se posent dans ce domaine. Outre la législation, il est évident que des efforts supplémentaires sont nécessaires au niveau des employeurs, des partenaires sociaux et des cantons pour améliorer encore les conditions de travail dans les soins. En effet, des facteurs en particulier non techniques, comme la culture d'entreprise ou l'estime des cadres et dirigeants, ne peuvent pas être réglés dans une loi fédérale. Dans ce domaine, il appartient aux différentes institutions d'apporter des améliorations et de prendre des mesures. La Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les unions patronales et les associations professionnelles / syndicats, ont consigné le besoin d'agir et indiqué les mesures nécessaires dans une déclaration commune¹⁹. L'exemple de Zurich, entre autres, montre qu'il est possible de mettre en œuvre des réglementations très étendues allant au-delà de la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers.

1.5 Formation

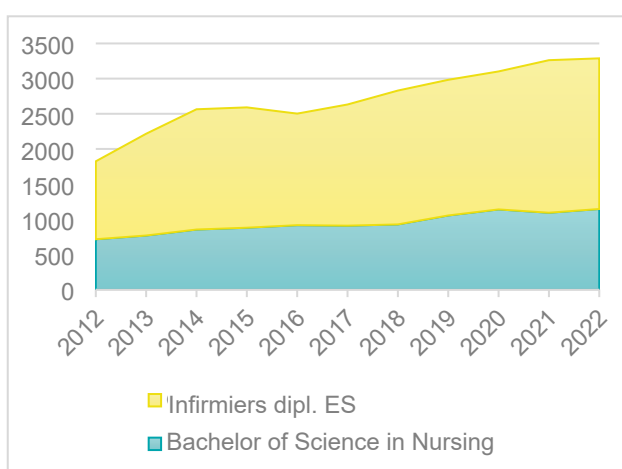
Le système de formation suisse dispose de filières de formation bien équilibrées, tant au niveau secondaire II qu'au niveau tertiaire. Les voies de formation générales et professionnelles jouissent d'une reconnaissance équivalente par la Constitution. Par ailleurs, la grande qualité des diplômes issus de la formation professionnelle suisse place le pays dans une position

¹⁸ Stadt Zürich (2023). Programm Stärkung Pflege. Bericht zur Beantwortung von drei Vorstössen bezüglich Fachkräftemangel in Pflegeberufen im Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich. Beilage zu STRB Nr. 3223/2023: www.stadt-zürich.ch > Politik & Recht > Stadtrat > Geschäfte des Stadtrats > Stadtratsbeschlüsse > STRB Nr. 3223/2023

¹⁹ www.gdk-cds.ch > Professions de la santé > Professions de la santé non universitaires > Article constitutionnel « soins infirmiers » (consulté le 7.12.2023)

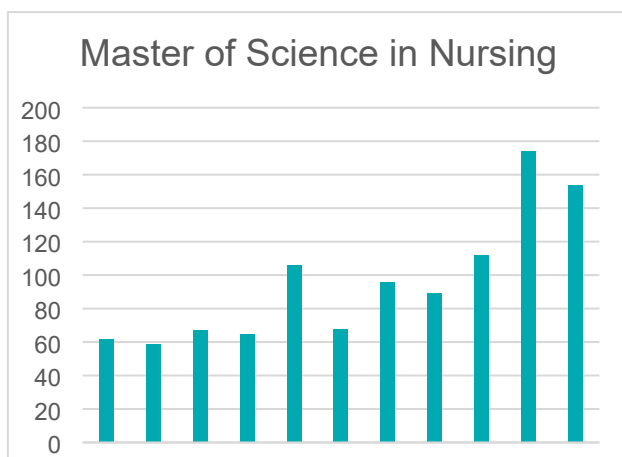
unique au niveau international. Dans le domaine des soins, il existe, outre la formation professionnelle initiale, de multiples offres de formation de degré supérieur, par exemple des études postdiplômes (EDP) en soins intensifs, en anesthésie et en soins d'urgence, ainsi que des examens fédéraux dans des domaines spécialisés tels que les soins psychiatriques, palliatifs, gériatriques, etc. Dans toutes les régions linguistiques, les hautes écoles proposent d'ores et déjà des cursus menant à un diplôme de master en sciences infirmières. De même, les hautes écoles proposent un large éventail de formations continues dans des domaines spécialisés.

Si cette évolution présente certains avantages, elle a également entraîné des coutumes très différentes en termes de formation d'une région linguistique à l'autre. Dans le domaine des soins infirmiers, la répartition par région linguistique montre par exemple que le personnel infirmier romand est généralement titulaire de titres académiques, tandis que les confrères alémaniques sont majoritairement issus de la formation professionnelle supérieure.



Ces dix dernières années, les diplômes en soins infirmiers ont connu une évolution positive : les titres de bachelor (BSc) ont grimpé de 716 à 1146 diplômes et les titres d'infirmiers ES, de 1108 à 2142. Au niveau tertiaire, les titres d'écoles supérieures (ES) représentent près des deux tiers du personnel infirmier diplômé, tandis que le BSc en soins infirmiers en constitue environ un tiers.

Statistique des titres de formation d'infirmières et infirmiers diplômés ES et de Bachelor of Sciences en soins infirmiers, délivrés entre 2012 et 2022 (Source OFS)



Au niveau du master en sciences infirmières (MSc), les diplômes évoluent dans une fourchette restreinte, tout en ayant doublé au cours des dix dernières années. Proposés par diverses HES et par les universités de Bâle et de Lausanne, il s'agit de cursus de master tant orientés vers la voie clinique que vers la recherche.

Statistique des titres de Master of Sciences en sciences infirmières délivrés entre 2012 et 2022 (Source OFS)

1.6 Besoin de nouveaux modèles de prise en charge et de nouveaux profils professionnels

L'augmentation des maladies chroniques due au vieillissement démographique entraîne une demande croissante en soins médicaux de base. La recrudescence du nombre de patients

multimorbides très âgés rend les situations de soins plus complexes, en particulier dans les soins de longue durée. Les institutions de santé ont des besoins croissants en personnel infirmier hautement qualifié, capable d'agir dans de telles situations sous sa propre responsabilité professionnelle. En parallèle, le développement des soins en Suisse sera marqué par une pénurie de personnel qualifié ces prochaines années, due notamment aux départs à la retraite, aux sorties précoces de la profession ou encore à la recrudescence du travail à temps partiel.

Les groupes professionnels essentiels pour les soins médicaux de base sont particulièrement touchés par la pénurie de personnel. Outre le personnel infirmier (voir points 1.2 à 1.4), cette situation concerne en particulier les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ainsi que les médecins de famille²⁰. Selon la FMH, un médecin sur quatre du corps médical en activité est âgé de 60 ans et plus²¹. Au vu de ces évolutions, des modèles de soins innovants sont nécessaires dans les soins médicaux de base.

Dans ce contexte, le *task shifting* et le *task sharing*, qui consistent à transférer la réalisation de certaines activités cliniques d'une profession de la santé à une autre, jouent un rôle essentiel dans ce contexte et entraînent une modification des rôles traditionnels des différentes professions de la santé. En effet, les tâches doivent être effectuées par les professionnels disposant de la meilleure qualification possible. Cette mesure permet de décharger les médecins, qui peuvent se concentrer sur d'autres situations de traitement. Toutefois, le *task shifting* et le *task sharing* nécessitent le développement de profils professionnels étendus, suffisamment formés pour fournir des prestations de qualité équivalente à celles des médecins et en assumer l'entière responsabilité. Il s'agit notamment des infirmiers de pratique avancée au profil professionnel élargi (*Advanced Practice Nurse* [APN]).

1.7 Classement d'interventions parlementaires

Les présents avant-projets de loi permettent de réaliser les demandes des interventions parlementaires suivantes. Le Conseil fédéral proposera donc au Parlement de classer ces interventions dans son message relatif à la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et à la modification de la loi sur les professions de la santé.

1.7.1 Postulat Marchand-Balet 18.3602 « Comment garantir la qualité des soins ? »

Le Conseil national a adopté ce postulat le 28 septembre 2018. Le texte demande d'établir un rapport qui indique les risques encourus par les patients lorsqu'il y a trop peu de personnel soignant et en particulier trop peu de personnel infirmier. Il doit aussi présenter les mesures et les dispositions légales prises par d'autres pays pour garantir la qualité des soins à long terme et, parmi ces mesures et dispositions légales, lesquelles se sont avérées efficaces. Afin de traiter les questions posées dans le postulat, l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle a été chargé d'élaborer un rapport de recherche²². Il indique que la dotation en personnel soignant constitue une dimension importante de la qualité des soins, qui est cependant

²⁰ Burla, L., Widmer, M., Zeltner, C., (2022). Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse (rapport Obsan 04/2022), p. 5

²¹ FMH (2023) Communiqué de presse : Statistique médicale 2022 de la FMH : faible densité de médecins de famille et forte dépendance de l'étranger

²² Simon et al., 2020. Comment garantir la qualité des soins ? Rapport de recherche sur mandat de l'OFSP. Disponible à l'adresse www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Documents > Rapport d'étude sur l'assurance de la qualité dans les soins

complexe et influencée par différents facteurs. Le rapport de recherche livre aussi un aperçu des mesures et des dispositions légales d'autres pays.

Une dotation insuffisante en personnel est associée, entre autres, à un risque de mortalité accru, à une recrudescence d'événements indésirables tels que des infections, chutes ou erreurs de médication, ainsi qu'à des taux de réadmission plus élevés ; en psychiatrie (voire dans les maisons de retraite et les EMS), elle entraîne également des événements d'agression plus fréquents et le recours à des mesures limitant la liberté (de mouvement). Par ailleurs, une telle situation peut nuire à la satisfaction au travail du personnel soignant, augmenter le risque d'épuisement professionnel et, in fine, favoriser les sorties précoces de la profession.

En effet, un personnel soignant en nombre suffisant et employé de manière adéquate est un facteur essentiel pour garantir la qualité des soins et sa satisfaction au travail. Le Conseil fédéral tient compte de cette demande en mettant en œuvre l'initiative sur les soins infirmiers. Pour différentes raisons, il convient toutefois de renoncer à soumettre les associations à une obligation légale d'élaborer des recommandations pour une dotation en personnel adaptée aux besoins (cf. point 3.2.1). Le présent rapport répond au but du postulat.

1.7.2 Postulat Streiff 19.4278 « Mettre en place de nouveaux modèles de soins pour combler les lacunes de la couverture médicale »

Le 15 septembre 2020, le Conseil national a adopté ce postulat et l'a transmis au Conseil fédéral. Il charge le Conseil fédéral d'étudier quelles dispositions légales devraient être adoptées dans la LPSan concernant les IPA et comment leurs prestations pourraient être intégrées à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)²³. Le postulat doit également déterminer comment structurer les tarifs de financement des prestations livrées par des IPA.

La proposition de modification de la LPSan met en œuvre le but du postulat. En effet, elle vise à clarifier les tâches que les IPA devront assumer à l'avenir dans les soins (ambulatoires) et les compétences qui devront donc être acquises dans le cadre du diplôme (master en *Advanced Practice Nursing*) et de l'activité pratique.

1.7.3 22.3163 Motion Silberschmidt « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé »

Le Conseil des États a adopté cette motion le 6 juin 2023 puis l'a transmise au Conseil fédéral. Elle charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement une révision des bases légales afin que les compétences nécessaires à la pratique professionnelle dans le domaine de la transformation numérique soient enseignées au cours de la formation de base, de la formation post-grade et de la formation continue des professionnels de la santé.

Le Conseil fédéral répond à ce mandat en proposant les modifications de la LPSan, de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales²⁴ (LPMéd) et de la loi du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie²⁵ (LPsy).

²³ RS 832.10

²⁴ RS 811.11

²⁵ RS 935.81

1.7.4 23.3292 Postulat Amoos « Intérimaires infirmiers. Quel impact sur les hôpitaux et les emplois ? »

Le 29 septembre 2023, le Conseil national a adopté le postulat 23.3292 Amoos, qui demande au Conseil fédéral d'étudier l'impact du recours au personnel infirmier intérimaire dans le milieu hospitalier sur la qualité de l'emploi et des soins fournis, ainsi que sur les coûts. Les études demandées ont été réalisées dans le cadre de l'analyse d'impact de la réglementation relative à la LCTSI. Le Conseil fédéral estime donc que l'objectif du postulat est atteint.

2 Comparaison avec le droit étranger, notamment avec le droit européen

2.1 Amélioration des conditions de travail

Non seulement en Suisse, mais aussi dans la plupart des autres pays occidentaux, la politique doit trouver des réponses à la pénurie de personnel qualifié dans les soins.

2.1.1 Allemagne

Ces dernières années, l'Allemagne a adopté plusieurs lois pour améliorer la situation du personnel soignant. La loi sur le renforcement du personnel soignant (PpSG)²⁶, adoptée le 18 décembre 2018, vise notamment à améliorer les conditions de travail dans les soins et la dotation en personnel. Le programme d'urgence pour les soins infirmiers²⁷ qui y est associé encourage notamment la création de places de formation supplémentaires. Par l'action concertée dans les soins²⁸, également lancée en 2018, différents ministères fédéraux souhaitent améliorer l'activité quotidienne du personnel soignant. La loi sur le soutien et l'allègement des soins (PUEG), adoptée par le *Bundestag* allemand le 26 mai 2023, vise également à améliorer les conditions de travail des professionnels soignants, notamment en recourant davantage aux solutions numériques²⁹. Le 19 octobre 2023, le *Bundestag* a également adopté une nouvelle loi visant à renforcer la formation en soins infirmiers dans les hautes écoles et à faciliter la reconnaissance des diplômes étrangers dans les soins infirmiers (*Pflegestudiumstärkungsgesetz*³⁰). Elle simplifie et uniformise notamment les procédures de reconnaissance pour le personnel infirmier étranger. En outre, les étudiants en soins infirmiers recevront ainsi à l'avenir une rémunération appropriée pendant toute la durée de leurs études.

2.1.2 Autriche

L'Autriche a elle aussi mis en œuvre une vaste réforme des soins en deux étapes, qui est entrée en vigueur en septembre 2023. Cette dernière, qui comprend au total 38 mesures, améliore les conditions de travail du personnel soignant, la formation dans les soins infirmiers ainsi que la situation des personnes concernées et de leurs proches aidants³¹. Il s'agit de mesures telles que des augmentations de salaire et des contributions à la formation en soins infirmiers, une semaine de vacances supplémentaire pour les collaborateurs de 43 ans et plus, l'immigration facilitée de professionnels formés, la reconnaissance de leurs diplômes étrangers ou la réglementation des suppléments de temps pour le travail de nuit dans les soins stationnaires de longue durée.

2.1.3 France

Le 3 mai 2023, le Ministère français de la santé et de la prévention a annoncé la mise en place, pour les 18 mois à venir, d'un travail d'ampleur visant à repenser le métier d'infirmier ainsi que la formation permettant d'y accéder. Cette refonte du métier d'infirmier aborde trois volets principaux concernant les compétences, la formation et la carrière infirmière. Les objectifs poursuivis sont de renouveler les pratiques en adoptant une approche plus agile dans le cadre de

²⁶ *Bundesgesetzblatt*, 2018, n° 45, p. 2394 ff., disponible à l'adresse www.recht.bund.de

²⁷ Programme disponible à l'adresse : www.bundesgesundheitsministerium.de > Suche > Sofortprogramm Pflege (consulté le 28.11.2023)

²⁸ Action concertée dans les soins disponible à l'adresse : www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Begriffe von A-Z > K > Konzentrierte Aktion Pflege (consulté le 28.11.2023)

²⁹ www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > PUEG (consulté le 28.11.2023)

³⁰ www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) (consulté le 3 novembre 2023)

³¹ www.sozialministerium.at > Themen > Pflege > Pflegereform (consulté le 28.11.2023)

l'exercice de la fonction, de repenser les cursus de formation et d'analyser de nouvelles possibilités de progression et d'évolution dans la carrière infirmière³².

2.1.4 Italie

Le décret-loi italien n° 34³³, entré en vigueur en mars 2023, est la première étape d'une réforme structurelle globale visant à renforcer le personnel, tant sur le plan économique que professionnel. Les mesures prévoient notamment une indemnisation pour les personnes travaillant dans les services d'urgence ainsi qu'une augmentation de la rémunération des heures supplémentaires. Le gouvernement italien prévoit également la mise en place d'autres mesures pour améliorer les conditions de travail, renforcer la sécurité sur le lieu de travail, offrir des salaires plus élevés et davantage de possibilités d'évolution professionnelle. En outre, le Ministère italien de la santé va prévoir des mesures visant à encourager le personnel soignant récemment formé à revenir travailler en Italie. Enfin, le gouvernement italien envisage la conclusion d'accords avec des pays extra-européens, afin de recruter des professionnels de la santé formés.

2.1.5 Angleterre

Le 30 juin 2023, le gouvernement britannique a présenté le *Long Term Workforce Plan 2023*³⁴ du service de santé NHS England. Ce plan, prévu sur une période de 15 ans, doit s'attaquer aux défis actuels et futurs en matière de main-d'œuvre. Pour les cinq prochaines années, le gouvernement met à disposition 2,4 milliards de livres. En outre, 6,1 milliards de livres seront investis dans l'éducation et la formation en 2024 et 2025.

Le *NHS Long Term Workforce Plan 2023* comprend divers éléments centraux. D'une part, une aide à la formation. En développant la formation initiale et continue ainsi que le recrutement dans le pays, le nombre de professionnels de la santé au sein du NHS devrait augmenter de 300 000 ces 15 prochaines années. En outre, l'apprentissage est mis en avant, notamment dans les domaines où il est plus difficile de trouver du personnel. Parallèlement à cela, il s'agit de fidéliser le personnel afin de réduire de 130 000 le nombre d'employés quittant le NHS ces 15 prochaines années. Les différentes mesures englobent la modernisation et l'assouplissement du système de pension, un meilleur soutien à la formation professionnelle continue, des services supplémentaires de garde d'enfants, des modèles de travail flexibles et la promotion de la santé et du bien-être du personnel. D'autre part, le plan prévoit des mesures visant à moderniser les méthodes de travail et de formation, notamment en créant et en développant de nouveaux métiers, en renforçant la formation continue et en utilisant les nouvelles technologies.

2.2 Réglementation du niveau master dans les soins infirmiers et rôle des infirmiers de pratique avancée (IPA) dans le domaine de la santé

Les réflexions menées actuellement en Suisse concernant une réglementation du master dans le domaine des soins infirmiers et du rôle des IPA ont également eu lieu dans de nombreux pays occidentaux. Dans l'Union européenne (UE), la responsabilité de promouvoir et d'organiser la formation revient aux États membres. Ainsi, dans les pays voisins de la Suisse, différents programmes et mesures ont été instaurés au cours des dernières années. En 2005, l'UE a adopté la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

³² www.sante.gouv.fr > Grands dossiers > Refondation du métier infirmier (consulté le 28.11.2023)

³³ www.trovanorme.salute.gov.it > norme > 23G00042 (consulté le 05.12.2023)

³⁴ www.england.nhs.uk > publications > recherche par mots-clés « NHS Long Term Workforce Plan » (consulté le 05.12.2023)

Celle-ci stipule que les États membres reconnaissent par principe les diplômes professionnels correspondants comme équivalents et assurent aux professionnels le libre accès au marché du travail³⁵. Conformément à l'annexe III de l'Accord sur la libre circulation des personnes, cette directive s'applique également à la Suisse³⁶. De plus amples clarifications concernant le droit européen sont développées au ch. 6.2.2 du présent rapport.

Si les rôles professionnels établis diffèrent quelque peu entre les pays, tous s'accordent sur le principe qu'un IPA doit disposer d'un titre de Master en sciences infirmières pour pouvoir offrir des prestations de pratique infirmière avancée. En Suisse, deux rôles sont largement établis aujourd'hui : infirmier clinicien spécialisé (ICLS) et infirmier praticien spécialisé (IPS). Ces infirmiers ont acquis les connaissances théoriques leur permettant de prendre des décisions complexes et les compétences cliniques nécessaires à l'exercice d'une pratique avancée. Bien que les activités et les compétences varient selon le rôle exercé, les ICLS et les IPS exercent tous deux une activité d'expert clinique auprès du patient. Par exemple, ils effectuent des examens cliniques de manière autonome, demandent des tests de diagnostic et prescrivent des médicaments aux patients atteints de maladies chroniques. Dans des situations de soins très complexes, ils assument le leadership clinique au sein de l'équipe de soins et coordonnent la collaboration entre les différents profils professionnels. En outre, ils élaborent des normes de qualité et des lignes directrices fondées sur des données probantes, pour la pratique clinique.

2.2.1 Allemagne

Réglementation de l'activité professionnelle

Contrairement au titre d'infirmier, l'activité en tant qu'IPA ne figure pas sur la liste des professions réglementées en Allemagne, elle n'est donc pas soumise à autorisation.

Certains Bundesländer sont dotés de Conseils de soins infirmiers, lesquels ont longtemps contribué au développement de la pratique infirmière avancée. Au fil des années, les projets se sont multipliés ; l'augmentation du nombre de filières de formation de niveau master ont ainsi naturellement entraîné l'essor des IPA³⁷. Ces évolutions ont progressivement suscité l'intérêt du monde politique, qui a adopté la loi sur les professions de la santé (Pflegerberufegesetz), entrée en vigueur en 2020³⁸.

Réglementation des cursus de formation

En principe, les établissements d'enseignement supérieur sont libres de constituer leurs filières comme ils le souhaitent. Cependant, une loi-cadre réglemente leurs activités. Dans le domaine en question, la loi sur les professions des soins infirmiers (Pflegerberufegesetz) régit les compétences des infirmiers de niveau tertiaire depuis 2020. Par exemple, le règlement relatif à la formation et aux examens des professions de soins infirmiers règle les détails concernant la structure de la formation et son contenu, les examens et la reconnaissance des diplômes étrangers³⁹.

³⁵ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32005L0036> -> DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL (consulté le 20.03.2024)

³⁶ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/243/fr> -> RO 2002 1529; FF 1999 5440 Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (consulté le 20.03.2024)

³⁷ Conseil International des Infirmières (2020). Directives sur la pratique infirmière avancée.

³⁸ www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegerberufegesetz (consulté le 28.11.2023)

³⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/ausbildungs-und-pruefungsverordnung-fuer-die-pflegerberufe-pflaprv.html> (consulté le 15.01.2023)

Le paragraphe 14 de la nouvelle loi sur les professions des soins infirmiers permet en outre la création de programmes donnant accès à des compétences élargies. Des descriptifs propres aux écoles de soins infirmiers et des plans de formation des organismes responsables de la formation pratique définissent les contenus de la formation. Jusqu'à présent, les compétences spécifiques à la profession d'IPA ne sont pas réglementées au niveau étatique. De plus, l'art. 63, par. 3c, du cinquième livre du code social indique qu'il existe un catalogue exhaustif d'activités médicales qui, dans le cadre de projets pilotes, peuvent être transférées à des professionnels de la santé en vue de l'exercice indépendant de la médecine⁴⁰.

2.2.2 France

Réglementation de l'activité professionnelle

Malgré l'apparition relativement récente des IPA, l'exercice de la profession est déjà réglementé au niveau étatique en France : pour exercer la profession, l'IPA doit être titulaire d'un titre de master, disposer de trois ans d'expérience professionnelle et être inscrit au registre. Depuis 2016, un cadre législatif a constitué un premier jalon dans l'implantation des IPA dans le système de santé français⁴¹. En 2018, des mesures complémentaires ont permis d'ancrer encore davantage le rôle de l'IPA dans la pratique^{42, 43}. Ces réglementations impliquent aujourd'hui l'obtention préalable d'un master et permettent, sous certaines conditions, aux IPA, de prescrire des médicaments. Outre cette compétence, celles-ci peuvent dispenser des prestations d'éducation thérapeutique, de prévention, de dépistage, d'évaluation et de surveillance. Elles peuvent également prescrire des examens complémentaires et renouveler ou adapter des prescriptions médicales.

Réglementation des cursus de formation

Bien que le code de la santé publique réglemente l'exercice de la profession d'infirmier de pratique avancée (IPA), les compétences à acquérir pour obtenir le diplôme correspondant d'une haute école ne sont pas définies au niveau étatique.

2.2.3 Italie

Réglementation de l'activité professionnelle

Contrairement à la tendance au sein des États membres de l'UE, l'Italie a renoncé au développement du rôle d'infirmière clinicienne spécialisée (ICLS) et d'infirmière praticienne spécialisée (IP). Toutefois, la pratique infirmière avancée ne s'est développée que tardivement avec la création du rôle d'infirmière familiale et communautaire. Ce rôle est destiné essentiellement à intensifier la promotion de la santé et la prévention en ciblant précisément les personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'inscrit dans la volonté du pays de développer des « maisons de santé » (*case della salute*), afin d'établir des réseaux de soins⁴⁴. Ainsi en 2020, le gouvernement a adopté des lois permettant d'accroître provisoirement le nombre de profes-

⁴⁰ www.gesetze-im-internet.de > Suche (recherche) : Sozialgesetzbuch 5. Buch (consulté le 28.11.2023)

⁴¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2016-41 (consulté le 28.11.2023)

⁴² Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2018-269 (consulté le 28.11.2023)

⁴³ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2018-633 (consulté le 28.11.2023)

⁴⁴ Keith, S. W., Waters, D., Alcusky, M., Hegarty, S., Jafari, N., Lombardi, M., Maio, V. (2022). The Medical Home Initiative in Italy: an Analysis of Changes in Healthcare Utilization. *J Gen Intern Med*, 37(6), 1380-1387.

sionnels engagés par les autorités sanitaires locales⁴⁵. En 2021, ces lois ont été révisées afin d'inscrire les infirmières familiales et communautaires de manière permanente dans le système de santé italien⁴⁶. Cette évolution est soutenue par le Plan de relance national financé par l'UE pour les soins de santé en Italie.

L'Italie s'oriente résolument vers le déploiement d'une offre de santé communautaire. Le pays multiplie les initiatives afin de faciliter l'accès aux soins. Il a ainsi récemment renforcé son réseau de soins à domicile, développé l'offre de télémédecine et financé la construction de plusieurs hôpitaux régionaux⁴⁷. En 2022, le gouvernement a également approuvé le déploiement de plus de 900 « maisons de quartier » d'ici 2026⁴⁸. Cette politique plaide naturellement en faveur d'une augmentation du nombre d'infirmières familiales et communautaires sur le territoire italien. Toutefois, l'exercice de la profession d'IPA n'est pas réglementé.

Réglementation des cursus de formation

Les premiers programmes de formation avancée dans le domaine des soins infirmiers sont apparus dès 2004 avec une première formation de niveau master. Il existe désormais une multitude de filières de formation différentes au niveau master dans le domaine des soins infirmiers. En revanche, il n'existe pas de réglementation des contenus de la formation au niveau étatique.

2.2.4 Canada

Réglementation de l'activité professionnelle

Le Canada est un pays pionnier en matière de pratique infirmière avancée. Cependant, le titre d'infirmière clinicienne spécialisée (ICLS), n'y est ni protégé, ni réglementé au niveau légal. Étant donné cette absence de réglementation, les personnes titulaires d'un poste de « spécialistes » ne doivent pas obligatoirement être détentrices d'un titre de master⁴⁹. Cette situation entraîne une confusion, notamment en ce qui concerne les possibilités d'avancement dans la carrière, de formation ou d'accréditation. Enfin, ce manque de clarté ne permet pas de veiller à ce que les soins prodigués par les ICLS satisfassent aux standards de qualité et de sécurité prescrits⁵⁰.

Le rôle d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) a été réglementé pour la première fois en 1997 en Colombie-Britannique et en Ontario. Au fil des années, toutes les provinces et territoires ont adopté une réglementation du rôle d'IPS. Toutefois, l'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, menée en 2006 et financée par le gouvernement, a permis l'adoption d'un cadre d'intégration et de viabilité des fonctions des IPS au niveau national⁵¹.

Réglementation des cursus de formation

⁴⁵ Presidente della Repubblica. Decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Gazzeta Ufficiale – Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21

⁴⁶ Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022 n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale 2022 n. 144 del 22 giugno 2022.

⁴⁷ Tanese, A. (2023). A new challenge for Italy's National Healthcare System. Hospital Administration and Medical Practices, 2: www.hamp-journal.com > Archives > Vol. 2 (2023) (consulté le 7.12.2023)

⁴⁸ Vinceti, S. R. (2023). Reorganizing Italy's Territorial Healthcare: The Ministerial Decree No. 77/2022 and its Comparative Significance. Ann Ig, 35(3), 367-371.

⁴⁹ Canadian Nurses Association (2019). Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Ottawa, Canada.

⁵⁰ Conseil International des Infirmières (2020). Directives sur la pratique infirmière avancée.

⁵¹ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2021). Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021

À ce jour, le titre d'IPS nécessite l'obtention préalable d'un master en sciences infirmières ; il s'agit du seul titre protégé et réglementé au Canada. Ce processus de réglementation a permis d'adopter une compréhension commune du rôle et des responsabilités de l'IPS. Celui-ci évolue aujourd'hui dans de multiples domaines de soins et peut notamment poser des diagnostics, prescrire et interpréter des tests diagnostiques de manière autonome et indépendante. Ce professionnel est également habilité à prescrire des médicaments et à réaliser des actes médicaux dans la limite des compétences prescrites par la loi. L'IPS a le devoir de collaborer étroitement avec un médecin, afin de pouvoir orienter le patient vers un spécialiste, quand la situation de soins dépasse ses compétences. Les responsabilités des deux professionnels sont à la fois distinctes et partagées⁵².

⁵² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2021). L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : Lignes directrices.

3 Grandes lignes du projet

3.1 Mandat du Conseil fédéral et mise en œuvre

Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a chargé le Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'élaborer un avant-projet de loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI), en collaboration avec le Département fédéral de justice et police (DFJP) et le Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche (DEFR). Cette nouvelle loi doit notamment régler les mesures suivantes :

- Allongement du délai de communication des plans de service à quatre semaines au minimum
- Réglementation des augmentations salariales pour les missions de travail à court terme
- Obligation pour les fédérations des fournisseurs de prestations d'élaborer des recommandations relatives à un *skill-grade-mix* optimal
- Obligation pour les partenaires sociaux de négocier des conventions collectives de travail (CCT) pour le personnel soignant employé par des fournisseurs de prestations de droit privé et examen de la possibilité d'étendre cette obligation aux employeurs du secteur public
- Organisation et coordination de l'exécution de la nouvelle loi fédérale

Dans le cadre de la modification de la loi du 28 septembre 2012 sur les épidémies⁵³ (LEp), le DFI a en outre été chargé d'étudier s'il y a lieu de reprendre les dispositions de l'art. 3, al. 4^{bis}, de la loi COVID-19 du 25 septembre 2020⁵⁴ concernant la gestion des pénuries temporaires de personnel en cas de crise.

Lors de ces travaux, le DFI doit par ailleurs examiner les mesures suivantes en collaboration avec le DFJP et le DEFR :

- Mise en œuvre de mesures visant à compenser les pénuries de personnel circonstancielles dans les soins infirmiers et présentation d'une proposition pour les réglementer dans la LCTSI ou par le biais d'une modification de la LAMal ou de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie⁵⁵ (OAMal) (obligation de créer ou de recourir à des pools de personnel)
- Actualisation du contrat-type de travail de 1972 pour le personnel soignant, déclaration du caractère relativement contraignant de celui-ci et coordination avec les nouvelles dispositions de la LCTSI

Le DFI doit en plus évaluer, en collaboration avec le DEFR, s'il faut mettre en œuvre les mesures suivantes par le biais d'une modification de la LPSan :

- Réglementation du niveau master dans les soins infirmiers
- Réglementation du niveau d'IPA dans les soins infirmiers
- Réglementation des compétences numériques du personnel soignant (en réponse à la motion Silberschmidt 22.3163)

⁵³ RS 818.101

⁵⁴ RS 818.102

⁵⁵ RS 832.102

Le Conseil fédéral a également chargé l'administration fédérale de prendre les mesures suivantes dont la mise en œuvre peut s'effectuer sans adaptation des bases légales :

- Mise en œuvre de la variante minimale du monitoring des soins infirmiers (DFI)
- Table ronde avec les parties prenantes et les cantons sur la rémunération appropriée des soins infirmiers (DFI)
- Renforcement des soins de longue durée en adaptant et en révisant, à tous les niveaux de formation, les contenus d'apprentissage y relatifs (DFI)
- Soutien accordé en priorité aux projets ayant pour but de renforcer les soins (de longue durée) par des moyens mentionnés dans l'arrêté fédéral du 28 novembre 2022 sur les aides financières visant à promouvoir l'efficacité dans les soins médicaux de base, en particulier l'interprofessionnalité (DFI)
- Optimisation de l'exécution de la loi du 13 mars 1964⁵⁶ sur le travail (LTr) (SEFRI)
- Prolongation des programmes en cours destinés aux personnes désirant reprendre une activité professionnelle jusqu'à l'expiration de la durée de validité de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans les soins infirmiers (SEFRI)

Ces mesures relevant du droit en vigueur ne font donc pas partie des modifications législatives figurant dans le présent projet et seront mises en œuvre indépendamment de celui-ci.

A l'issue des différents examens, le Conseil fédéral propose la création ou la modification des lois suivantes :

- Création d'une loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers
- Modification de la LPSan

La réglementation de la loi COVID-19 sur la mise à disposition des capacités nécessaires pour le traitement des patients en cas de crise sera reprise dans la loi sur les épidémies (LEp) révisée et reformulée comme suit : les cantons sont tenus de mettre à disposition des réserves de capacités pour permettre au système de santé d'affronter les pics d'activité en cas de crise. La procédure de consultation relative à la révision partielle de la LEp a eu lieu de novembre 2023 à mars 2024. Les travaux d'évaluation sont en cours.

3.2 Mise en œuvre du mandat relatif à l'élaboration d'une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI)

Avec la nouvelle LCTSI, le Conseil fédéral vise à augmenter la durée d'exercice de la profession et à revaloriser le statut professionnel du personnel soignant. Les professions du domaine infirmier doivent par ailleurs devenir plus attrayantes pour les personnes nouvellement qualifiées, afin d'éviter, à l'avenir, les pénuries de personnel prévisibles.

En Suisse, les partenaires sociaux négocient et fixent en grande partie, par secteur, les conditions de travail et de salaire, dans le cadre des directives légales existantes. L'État n'intervient dans l'aménagement des conditions de travail spécifiques aux secteurs que si cela est absolument nécessaire. L'avant-projet tient compte de cette pratique dans la mesure où elle est défendable dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. Il est en

⁵⁶ RS 822.11

effet principalement du ressort des partenaires sociaux de veiller à de bonnes conditions de travail et de salaire. L'amélioration des conditions de travail doit donc notamment passer par un renforcement du partenariat social. À cet effet, il est prévu d'introduire l'obligation de négocier des CCT, d'autant plus qu'il semble y avoir à l'heure actuelle trop peu d'incitations à entamer de telles négociations. Comme l'expérience l'a montré, les négociations de CCT peuvent prendre un certain temps, de sorte que les premiers résultats ne seront perceptibles que dans quelques années. Aussi, l'avant-projet prévoit, outre l'obligation de négocier des CCT, de fixer dans le droit fédéral certaines conditions de travail, soigneusement choisies compte tenu de la grande importance qu'elles revêtent pour la réalisation des objectifs de l'initiative sur les soins infirmiers. L'obligation de négocier des CCT ainsi que les nouvelles exigences fédérales sur les conditions de travail doivent s'appliquer à tous les employeurs qui emploient du personnel soignant, y compris les cantons et les communes. Sur la base d'une norme de délégation, le Conseil fédéral est habilité à concrétiser, par voie d'ordonnance, les conditions de travail décrites dans la loi ou à les régler dans un sens favorable aux travailleurs. Il tiendra notamment compte des règles convenues dans les CCT existantes en la matière⁵⁷.

Concrètement, dix domaines seront définis pour lesquels des directives sur les conditions de travail seront introduites. Ces directives vont partiellement au-delà des règles en vigueur dans la LTr et dans le droit impératif du contrat de travail selon le CO⁵⁸ ou donnent au Conseil fédéral la possibilité de les dépasser par voie d'ordonnance :

- La durée maximale de travail hebdomadaire et la compensation du travail supplémentaire
- La durée normale de la semaine de travail
- La compensation des heures supplémentaires
- La compensation du travail de nuit
- La compensation du travail du dimanche et des jours fériés
- Le temps d'habillage
- La durée minimale et rémunération des pauses
- La prise en compte et compensation des services de piquet et de permanence
- La communication des plans de service, des services de piquet et de permanence
- La compensation des interventions à court terme

Le Conseil fédéral soumet aux participants à la consultation deux variantes relatives à la possibilité de déroger aux nouvelles dispositions fédérales par le biais d'une CCT :

- La **variante 1** prévoit la possibilité de déroger, dans le cadre de CCT, aux directives de la LCTSI également en défaveur des travailleurs, mais dans le respect des dispositions contraignantes de la LTr, du CO, des lois cantonales sur le personnel et d'autres réglementations spéciales. Elle pourrait inciter tant les associations d'employeurs que les organisations de travailleurs à négocier des CCT. Les incitations à entamer de telles négociations sont probablement plus grandes du côté des employeurs en raison de l'aménagement de la loi. Toutefois, il existe aussi suffisamment d'incitations à négocier du côté des travailleurs, notamment par rapport aux salaires, au nombre de jours de vacances, au congé parental et aux autres sujets non réglementés dans la loi. Comme les associations d'employés ne devraient approuver une CCT que si le paquet global

⁵⁷ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation des conditions de travail (CCT), non encore publié.

⁵⁸ RS 220

leur convient, il ne faut pas s'attendre à ce que cette variante entraîne des écarts importants par rapport aux dispositions de la LCTSI.

- La **variante 2** prévoit qu'une CCT peut déroger aux dispositions de la LTr uniquement en faveur des travailleurs. La protection des travailleurs nécessite que des normes contraignantes et uniformes soient introduites concernant les dix conditions de travail identifiées. La possibilité de déroger en défaveur des travailleurs pourrait avoir des effets indésirés et contraires aux objectifs poursuivis par la mise en œuvre de l'art. 117b Cst., notamment en ce qui concerne le risque de renégociation à la baisse des CCT déjà existantes. Les partenaires sociaux restent libres de négocier dans le cadre des CCT les conditions de travail qui ne relèvent pas de l'avant-projet de la LCTSI.

Quoi qu'il en soit, les contrats individuels de travail ne peuvent déroger aux différentes dispositions qu'en faveur des travailleurs.

Si aucune CCT n'est négociée ou si les négociations n'aboutissent pas, les conditions de travail fixées par le droit fédéral s'appliquent automatiquement. Cette solution permet d'améliorer rapidement les conditions de travail du personnel soignant, sans pour autant restreindre de manière disproportionnée la marge de manœuvre des partenaires sociaux pour trouver des solutions divergentes. Pour toutes les raisons exposées ci-dessus, le Conseil fédéral estime que la variante 1 est plus appropriée pour répondre aux objectifs de l'initiative sur les soins infirmiers tout en garantissant un pouvoir de négociation aux partenaires sociaux.

Le chapitre 4 présente l'aménagement détaillé des mesures.

Délimitation entre la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et le droit du travail en vigueur

Les dispositions d'autres lois (notamment le CO, la LTr, les lois cantonales sur le personnel) restent en principe applicables. La LCTSI prévaut toutefois pour les aspects qu'elle régleme, dans la mesure où elle prévoit des règles plus protectrices. En dehors de la LCTSI, la LTr, en tant que droit public du travail, impose des normes minimales obligatoires dans son champ d'application. La LCTSI n'a pas pour objectif de modifier les dispositions en lien avec la protection de la santé pour le personnel soignant telles que la protection de la maternité, le nombre maximal de jours de travail consécutifs ou les prescriptions relatives à l'ergonomie au poste de travail ; les directives contraignantes d'autres lois restent applicables dans ces domaines. Les dispositions d'autres lois peuvent en outre s'appliquer – dans le cas de la variante 1 – dans la mesure où elles fixent une limite en dessous de laquelle les dispositions d'une CCT ne peuvent pas descendre en défaveur des travailleurs.

Il va de soi que les éventuelles dispositions d'une CCT ou d'un contrat individuel de travail dérogeant aux conditions de travail du présent avant-projet en faveur des travailleurs continuent de s'appliquer.

3.3 Mise en œuvre des mandats d'examen relatifs à la modification de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)

3.3.1 Délimitation du mandat du Conseil fédéral

Le 25 janvier 2023, le Conseil fédéral a chargé le DFI, en collaboration avec le DEFR, d'examiner si le master en sciences infirmières, le rôle d'IPA et les compétences numériques des

professionnels de la santé, devaient être réglementés dans la LPSan.

Le système de formation suisse dispose d'une offre très diversifiée dans les soins infirmiers (cf. chapitre 1.5). Outre le Master of science HES/HEU en pratique infirmière avancée, la formation professionnelle de niveau tertiaire⁵⁹ décerne de nombreux autres diplômes attestant des compétences approfondies dans ce domaine. Une analyse des descriptions des tâches et des interfaces a montré que ces diplômes atteignent des degrés de complexité élevés dans chaque domaine de spécialisation respectif et qu'ils transmettent des qualifications comparables, pour certaines tâches spécialisées, à celles des IPA. Dès lors, il y a lieu de prendre en compte les diplômes de la formation professionnelle supérieure lors de la réglementation de la fonction d'IPA.

Le master en sciences infirmières est actuellement délivré par les hautes écoles universitaires (HEU) et les hautes écoles spécialisées (HES). Toutes deux proposent des filières de master orientées tant vers la voie clinique que vers la recherche. Ainsi, toutes les filières ne transmettent pas, actuellement, les qualifications requises pour exercer la profession d'IPA.

Les besoins croissants en soins médicaux de base, la pénurie de personnel soignant qualifié, le développement du *task shifting*, du *task sharing* et des soins coordonnés (cf. chapitre 1.6) indiquent clairement que le système de soins a besoin d'infirmiers qualifiés aux compétences étendues. Le Conseil fédéral estime donc que les conditions préalables à une réglementation de la profession d'IPA au niveau fédéral sont remplies. Cependant, il convient de tenir suffisamment compte des formations duales existant dans les soins infirmiers et de l'autonomie des hautes écoles.

3.3.2 Réglementation du master en Sciences infirmières et de la profession d'infirmière de pratique avancée (IPA)

Les soins médicaux de base requièrent de nouveaux modèles de prise en charge, compte tenu de la demande croissante et de la pénurie de plus en plus importante de personnel soignant qualifié. Le *task shifting* et le *task sharing*, consistant à transférer la réalisation d'activités cliniques d'une profession de la santé à une autre, joueront un rôle important à cet égard. Ce système permet de décharger les médecins, qui peuvent alors se concentrer sur d'autres situations de traitement. Toutefois, ce transfert des tâches nécessite le développement de profils professionnels étendus, suffisamment formés pour fournir des prestations de qualité équivalente à celles des médecins et en assumer l'entière responsabilité.

Le profil professionnel des IPA s'est fortement développé au cours des dernières années. Il est aujourd'hui bien implanté dans de nombreux hôpitaux suisses. En revanche, il n'y a pas encore à ce jour, à l'échelle nationale, de compréhension commune de la fonction d'IPA. Il en va de même pour le cursus menant au Master of science HES/HEU en pratique infirmière avancée, proposé depuis plus de dix ans par les hautes écoles universitaires et les hautes écoles spécialisées, mais qui, contrairement aux filières conduisant au diplôme de bachelor, ne délivre pas des compétences finales uniformes à l'échelon du pays, faute de réglementation dans la LPSan.

La réglementation du master en *Advanced Practice Nursing* avancée dans la LPSan créerait

⁵⁹ Experts en soins oncologiques HFP, conseillers en diabétologie HFP et experts en soins palliatifs HFP ainsi qu'experts en soins anesthésique, en soins intensifs et en soins d'urgence EPD ES.

les conditions nécessaires pour déterminer les compétences professionnelles spécifiques des IPA dans l'ordonnance relative aux compétences LPSan⁶⁰. L'accréditation des cursus d'études et l'intervention dans l'autonomie des hautes écoles qu'elle implique, qui va de pair avec la réglementation dans la LPSan ne doit pas seulement harmoniser les formations, mais également créer plus de transparence pour les établissements de santé par rapport aux qualifications professionnelles des IPA. C'est ainsi seulement que les établissements de santé pourront employer les personnes diplômées des différentes filières de formation en soins infirmiers de manière adéquate et conformément à leurs compétences et capacités. Une affectation conforme aux compétences est déterminante pour améliorer la satisfaction au travail et augmenter la durée d'exercice de la profession. Enfin, des compétences réglementées constituent une condition importante pour examiner si certaines prestations fournies par les IPA peuvent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

En revanche, la législation fédérale ne réglementera pas les masters en sciences infirmières orientés vers la recherche. Leur organisation continue de relever exclusivement de la compétence des hautes écoles universitaires et des hautes écoles spécialisées, dont l'autonomie est ainsi respectée.

Il convient également de réglementer l'autorisation de pratiquer requise pour accéder à la profession d'IPA, pour pouvoir définir de manière uniforme dans la LPSan et les ordonnances relatives à la protection de la santé quels diplômes et quelles compétences remplissent les conditions pour exercer la profession sous sa propre responsabilité professionnelle.

Afin de tenir compte du système dual de formation suisse, deux variantes de réglementation de l'accès à l'exercice de la profession d'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle sont soumises aux participants à la consultation :

- Dans la **variante 1**, le Conseil fédéral propose, en tenant compte du système dual de formation suisse, qu'outre le Master of science HES/HEU en pratique infirmière avancée, d'autres diplômes donnent accès à la profession d'IPA. Actuellement, le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) examine, en collaboration avec les acteurs concernés, quels diplômes de la formation professionnelle supérieure confèrent les compétences nécessaires et remplissent par conséquent les conditions d'exercice de la profession. Les résultats sont attendus dans le courant de l'année 2024.
- Dans la **variante 2**, le Conseil fédéral propose que seul le master en pratique infirmière avancée permette d'obtenir l'autorisation de pratiquer et d'exercer sous sa propre responsabilité professionnelle en tant qu'IPA. Cette variante correspond aux différents développements sur le plan international.

Lors du choix de la variante, il faudra tenir compte du fait que les IPA peuvent aussi assumer des tâches jusqu'ici réservées aux médecins, en particulier dans les soins de base ambulatoires et les soins de longue durée. À cet effet, il est important que la formation favorise le développement d'un nouveau domaine de pratique et ne vise pas l'acquisition de compétences élargies isolées, le *task shifting* et le *task sharing* s'appliquant à un ensemble d'activités et non à des tâches isolées. Par ailleurs, la condition préalable au transfert de certaines activités à un

⁶⁰ RS 811.212

autre groupe professionnel repose sur une compréhension mutuelle des rôles professionnels et une bonne collaboration interprofessionnelle.

3.3.3 Examen des prestations des infirmiers de pratique avancée (IPA) et possibilité de les facturer

La modification de la LPSan crée une base permettant de concrétiser davantage le rôle des IPA dans les soins de santé ambulatoires apportés à la population. Ces professionnels assumeront un rôle important à l'avenir, notamment dans les soins de base ambulatoires et les soins de longue durée, et fourniront sous leur propre responsabilité professionnelle certaines prestations qui sont aujourd'hui réservées à d'autres groupes professionnels. Les bases légales actuelles figurant dans la LAMal ne permettent pas aux infirmiers de pratique avancée de facturer des prestations autres que des soins à la charge de l'assurance obligatoire des soins ou d'autres assurances sociales. Par conséquent, il convient d'examiner en particulier quelles prestations peuvent remplir les conditions d'une prise en charge par l'AOS (prestations déjà fournies par un autre fournisseur de prestations ou nouvelles prestations) et comment pourrait se présenter la collaboration et la coordination des différents fournisseurs de prestations. Le Conseil fédéral a donc chargé le DFI / l'OFSP de procéder à cet examen, d'élaborer les bases correspondantes et de les soumettre au Conseil fédéral d'ici fin 2025.

3.3.4 Réglementation des compétences numériques des professionnels de la santé

Dans le cadre de la mise en œuvre de la motion Silberschmidt 22.3163, il convient d'adapter ou de compléter, dans la LPSan, la LPMéd et la LPsy, les dispositions légales relatives aux compétences nécessaires dans le domaine de la transformation numérique.

3.4 Mesures dérogeant au mandat initial

L'examen approfondi des mesures et de leurs conséquences éventuelles a incité le Conseil fédéral à proposer, pour les mesures suivantes, une mise en œuvre différente du mandat reçu en janvier 2023 :

3.4.1 Skill-grade-mix / dotation en personnel adaptée aux besoins

Le mandat du Conseil fédéral du 25 janvier 2023 prévoyait que les fédérations de fournisseurs de prestations (associations d'hôpitaux, d'EMS et de services d'aide et de soins à domicile) soient tenues d'élaborer des recommandations relatives à un « *skill-grade-mix* » pour différents contextes de soins, lesquelles pouvaient ensuite être déclarées contraignantes. Ces recommandations présentent la composition optimale des équipes en fonction des compétences, de l'expérience (*skills*) et des diplômes (*grade*).

Ces recommandations ont d'abord été considérées comme une option pour permettre une dotation en personnel adéquate sans introduire de « *nurse-to-patient-ratio* », c'est-à-dire la fixation d'un nombre minimum d'infirmiers par patient. Ce ratio entre le nombre d'infirmiers et le nombre de patients, jugé trop rigide, réduirait fortement la flexibilité des entreprises par rapport au « *skill-grade-mix* » et l'interprofessionnalité que ce dernier implique. Dans le cadre des travaux préparatoires, des experts issus des soins infirmiers ont par ailleurs exprimé la crainte que l'introduction d'un « *nurse-to-patient-ratio* » n'aggrave encore les problèmes de recrutement déjà existants des entreprises. Ces arguments plaident également en défaveur des directives contraignantes relatives au « *skill-grade-mix* ». Le fait qu'il n'y a actuellement aucune

donnée fiable sur la manière de calculer une dotation en personnel optimale en fonction des besoins indique que l'élaboration de recommandations concrètes relève du défi. Preuve en est que les directives de certains cantons en matière de dotation en personnel s'orientent en premier lieu sur des valeurs moyennes et empiriques et diffèrent sensiblement les unes des autres. Il n'est en outre pas exclu que les directives ou les recommandations soient, lors de leur conception, formulées de manière trop générale et, de ce fait, trop peu significatives. Ou alors qu'elles soient trop détaillées et donc très complexes et difficiles à mettre en œuvre.

Pour ces raisons, il convient de renoncer à une obligation légale pour les associations d'élaborer des recommandations pour une dotation en personnel adaptée aux besoins. Il est considéré problématique, d'un point de vue constitutionnel, d'imposer au secteur privé l'élaboration de ces recommandations et de les rendre ensuite obligatoires. Par conséquent, il est de la responsabilité des établissements de santé de garantir une dotation en personnel adaptée aux besoins, de manière à assurer une bonne qualité des soins. Dans le cadre de la planification des hôpitaux et des EMS visée à l'art. 39 LAMal, les cantons vérifient en outre si ceux-ci disposent du personnel qualifié nécessaire.

3.4.2 Compensation des pénuries de personnel circonstancielles, obligation de recourir à des pools de personnel

Sur la base des résultats de l'analyse d'impact de la réglementation (AIR)⁶¹, il est prévu de renoncer à obliger les établissements de santé de recourir à des pools de personnel. Cette analyse arrive à la conclusion qu'une telle obligation constitue une atteinte trop importante à la liberté d'organisation des établissements de santé et qu'elle primerait, dans la pratique, les solutions alternatives. L'AIR souligne toutefois aussi que l'encouragement des solutions de pool au niveau cantonal ou régional (p. ex. par les cantons) constitue une mesure judicieuse pour réduire les missions de courte durée.

3.4.3 Mise à jour du contrat-type de travail et déclaration du caractère relativement contraignant du contrat-type de travail

Lors des travaux préparatoires, il s'est avéré que l'arrêté du Conseil fédéral du 23 décembre 1971 sur le contrat-type de travail pour le personnel soignant⁶² est non seulement obsolète, mais également sans effets pratiques. Dès lors, il ne semble pas pertinent de le mettre à jour. Des analyses juridiques plus approfondies menées avec l'Office fédéral de la justice (OFJ) ont par ailleurs révélé que le contrat ne peut pas être déclaré relativement contraignant compte tenu de la systématique du CO en matière de droit du travail et de la hiérarchie générale des normes dans le droit du travail. Le Conseil fédéral propose donc de supprimer ce contrat-type de travail et de renoncer à le remplacer.

3.5 Adéquation des tâches et des finances

Les mesures proposées dans ce projet ne confèrent pas de tâches supplémentaires à la Confédération. Afin de donner une impulsion au lancement de la mise en œuvre de la LCTSI, il est toutefois prévu que la Confédération participe aux coûts d'exécution des cantons pendant cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Le domaine d'activité des services d'inspection

⁶¹ Frey, M.; Suri, M.; Voll, D. (2023). Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers - Analyse d'impact de la réglementation. Rapport final. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basel, p. 38 ss. : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi sur les conditions de travail dans les soins > Documents > Informations complémentaires > Analyse d'impact de la loi sur les conditions de travail dans les soins

⁶² RS 221.215.328.4

sera en effet étendu à l'exécution de la LCTSI. L'OFSP mettra les moyens financiers à disposition, et un poste sera créé au Secrétariat d'État à l'économie (SECO) pour coordonner la formation aux nouvelles tâches d'exécution.

3.6 Questions concernant la mise en œuvre

3.6.1 Mise en œuvre au niveau fédéral

L'exécution de la LCTSI incombera principalement aux cantons, par analogie à l'exécution de la LTr. Au niveau fédéral, le SECO assumera la haute surveillance de l'exécution de la loi.

Les modifications de la LPSan ne seront pas mises en œuvre en premier lieu par la Confédération, mais par les cantons, les instituts de formation et leurs associations professionnelles. Comme pour les cursus d'études déjà soumis à la LPSan, le Conseil suisse d'accréditation vérifiera, dans le cadre de l'accréditation des filières conduisant au master en pratique infirmière avancée, que les dispositions des bases légales soient respectées. La Croix-Rouge suisse (CRS) sera compétente pour la procédure de reconnaissance des diplômes étranger relevant du champ d'application de la LPSan.

3.6.2 Mise en œuvre au niveau cantonal

L'exécution de la LCTSI sera assurée par les mêmes structures que pour l'exécution de la LTr. Dès lors, les instances cantonales (services d'inspection du travail) seront chargées de contrôler le respect des directives de la LCTSI. La création des nouvelles commissions dans les soins infirmiers relèvera aussi de la responsabilité des cantons.

La modification de la LPSan chargera les cantons de délivrer les autorisations de pratiquer pour les IPA exerçant sous leur propre responsabilité professionnelle et d'assumer les tâches de surveillance y relatives.

3.6.3 Mise en œuvre dans les établissements de santé et les instituts de formation

Les établissements de santé sont en principe responsables de la mise en œuvre des nouvelles prescriptions de la LCTSI.

L'engagement et l'affectation des IPA sont également du ressort de chaque établissement de santé. Les adaptations nécessaires des formations ou des contenus d'apprentissage des cursus menant au master en pratique infirmière avancée et les changements à apporter à l'enseignement des compétences numériques dans toutes les filières de formation de base et continue relèvent de la responsabilité des instituts de formation.

4 Explications relatives aux différents articles

4.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

Section 1 : Conditions générales

Art. 1 But

L'avant-projet a pour but, dans le domaine des soins infirmiers, d'accroître la protection sur le lieu de travail (al. 1, let. a), d'améliorer les conditions de travail (al. 1, let. b) et de développer le partenariat social (al. 1, let. c). L'amélioration des conditions de travail doit permettre d'augmenter la durée d'exercice de la profession (al. 2). Ces objectifs découlent de l'obligation de la Confédération d'édicter, dans le cadre de ses compétences, des dispositions d'exécution sur les conditions de travail adaptées aux exigences dans le domaine des soins infirmiers (cf. la disposition transitoire ad art. 117*b* Cst.[soins infirmiers], art. 197, ch. 13, Cst.).

Art. 2 Champ d'application

Selon l'al. 1, let. a, le champ d'application de l'avant-projet couvre tous les employeurs de droit privé ou de droit public qui occupent des travailleurs du domaine des soins infirmiers. Ainsi, l'avant-projet s'applique également au personnel soumis au droit du personnel cantonal ou communal. Il couvre également les employeurs qui, en tant que bailleurs de services au sens de la loi du 6 octobre 1989 sur le service de l'emploi et la location de services (LSE)⁶³, mettent des travailleurs affectés à des tâches de soins infirmiers à la disposition de tiers.

L'avant-projet s'applique aussi aux travailleurs exerçant dans le domaine des soins infirmiers (al. 1, let. b).

L'al. 2, let. a, prévoit que les personnes qui fournissent des prestations de soins, notamment en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité sont considérées comme des employés qui travaillent dans le domaine des soins infirmiers. La manière dont ces prestations sont facturées (LAMal, loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA]⁶⁴, loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI]⁶⁵, *out-of-pocket*) n'est donc pas déterminante. L'avant-projet est également applicable aux employés qui suivent une formation en vue d'exercer une profession les rendant aptes à dispenser des soins (al. 2, let. b). Dans ce contexte, il faut tenir compte des règles spéciales sur le contrat d'apprentissage, notamment les art. 344 à 346a du CO et les règles spéciales prévues dans la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle du 13 décembre 2002 (LFPr)⁶⁶, l'art. 14 en particulier. Le champ d'application de l'avant-projet couvre le personnel auxiliaire (personnes qui ont suivi une formation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge suisse ou qui ont une autre formation ou aucune formation) qui assiste le personnel visé à l'art. 2, al. 2, let. a dans la fourniture de prestation de soins (al. 2, let. c).

⁶³ RS 823.11

⁶⁴ RS 832.20

⁶⁵ RS 831.20

⁶⁶ RS 412.10

Le Conseil fédéral définit les prestations de soins par voie d'ordonnance (al. 3). Il pourra se baser sur la liste des prestations selon l'art. 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins⁶⁷.

Art. 3 Exceptions

Afin d'éviter que l'avant-projet s'applique à un nombre très restreint de personnes au sein d'un établissement, les établissements du domaine social bénéficiant d'un mandat de prestations cantonal dont les soins infirmiers ne représentent qu'une faible part de leur activité sont exclues du champ d'application (al. 1, let. a). Cette exception pourra par exemple être appliquée à certains établissements médico-sociaux qui s'occupent de personnes en situation de handicap. Les cantons, qui financent généralement ces institutions par des contrats de prestations cantonaux, peuvent toutefois librement décider de soumettre ces institutions au champ d'application de la loi (al. 2).

La présente loi ne s'applique pas aux ménages privés qui engagent en tant qu'employeur une personne visée par l'art. 2, al. 2 (al. 1, let. b). Cet aspect est traité de la même manière que dans la LTr, qui exclut également les ménages privés (art. 2, al. 1, let. g, LTr), notamment parce qu'il y a lieu d'assurer l'exécution de la LCTSI par les mêmes organes que pour la LTr et que la mise en place d'un organe d'exécution séparé pour les ménages privés représenterait une charge de travail disproportionnée. Dans ce contexte, il convient de tenir compte du fait que les ménages privés ne peuvent pas opérer dans une zone de non-droit lorsqu'ils emploient directement du personnel soignant, mais qu'ils sont soumis aux dispositions du CO et des contrats-types de travail. Il va également de soi que la LCTSI s'applique aux organisations d'aide et de soins à domicile dont les employés fournissent leurs prestations dans des ménages privés.

En vertu de l'al. 3, un contrat ou une CCT peuvent prévoir que la présente loi ne s'applique pas aux travailleurs qui exercent une fonction dirigeante élevée. Cette terminologie fait référence à celle de la LTr (art. 3, let. d, LTr ; art. 9 de l'ordonnance 1 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail⁶⁸ [OLT 1]). Les employeurs sont par ailleurs libres d'étendre les dispositions de cette loi à d'autres personnes (médecins, autres professionnels de la santé, personnel de restauration, personnel technique, personnel administratif, etc.) dans le cadre des négociations relatives aux CCT ou de leur propre chef.

Art. 4 Relation avec d'autres actes

Si une autre loi fédérale, cantonale ou communale prévoit des directives sur un aspect également réglé par la LCTSI, les prescriptions de la LCTSI prévalent dans la mesure où elles sont plus favorables aux travailleurs.

Section 2 : Conditions de travail

D'une part, les art. 5 à 15 contiennent des directives de principe qui s'appliquent dans le cadre des rapports de travail dans les soins infirmiers. D'autre part, ils définissent les domaines dans lesquels le Conseil fédéral est habilité, après consultation des partenaires sociaux, à concrétiser

⁶⁷ RS 832.112.31

⁶⁸ RS 822.111

ser certaines conditions de travail du personnel soignant par voie d'ordonnance (cf. art. 14). Le Conseil fédéral s'inspirera également des règles convenues dans les CCT examinées⁶⁹.

Art. 5 Durée maximale de la semaine de travail et compensation du travail supplémentaire

La durée maximale de travail fixée dans la LTr revêt une grande importance dans la pratique. C'est la raison pour laquelle la nouvelle durée maximale de travail de 45 heures pour le personnel actif dans les soins infirmiers a été fixée tant dans la LCTSI (art. 5) que dans la LTr (cf. l'art. 26 LCTSI, qui prévoit une modification de l'art. 9, al. 1, let. a, LTr). Cette réglementation est en outre justifiée, car les autorités cantonales en charge de la mise en œuvre de la LTr sont également chargées de la mise en œuvre de la LCTSI. De même, des directives claires dans la LTr sont utiles en termes d'exécution. Il est nécessaire de fixer ces dispositions dans la LCTSI, son champ d'application étant plus large que celui de la LTr par rapport aux temps de travail et de repos des travailleurs exerçant dans le domaine des soins infirmiers.

Actuellement, la durée maximale de la semaine de travail pour le personnel actif dans le domaine des soins infirmiers est de 50 heures au sens de l'art. 9, al. 1, let. b LTr. L'al. 1 a pour conséquence que le personnel concerné intégrera la catégorie spécifique des travailleurs dont la durée maximale de la semaine de travail est de 45 heures (cf. art. 9, al. 1, let. a LTr). Le but principal est de protéger la santé du personnel actif dans le domaine des soins infirmiers, d'améliorer les conditions liées à la vie familiale et de garantir une participation à la vie sociale. Cette modification de la limite maximale de la durée du travail hebdomadaire doit être distinguée de la durée normalement travaillée qui est généralement fixée dans le contrat ou dans la CCT applicable le cas échéant (voir art. 6).

La compensation pour le travail supplémentaire effectué se calcule selon l'art. 13 LTr (al. 2), qui prévoit soit une compensation par un congé de même durée, avec l'accord du travailleur et dans un délai convenable, soit le versement d'un supplément de salaire d'au moins 25 %. Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral peut prévoir une compensation minimale plus élevée (al. 3) si cela s'avère nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail.

Art. 6 Durée normale de la semaine de travail

En vertu de l'al. 1, la durée normale de travail hebdomadaire doit être comprise entre 38 et 42 heures par semaine. Cette fourchette correspond à la pratique actuelle, telle qu'elle ressort notamment des CCT en vigueur. Il s'agit ici de la durée normalement travaillée, qui est généralement fixée dans le contrat ou dans la CCT applicable le cas échéant. Le droit suisse ne connaît en effet pas de durée légale du travail. Cette durée fixe permettra toujours de travailler plus. En cas de dépassement, le régime des heures supplémentaires selon l'art. 321c CO s'applique. Cette modification a pour but de faire baisser la pression sur le personnel actif dans le domaine des soins infirmiers. Il s'agit également de garantir que les conditions nécessaires soient réunies pour que le personnel puisse notamment mener une vie de famille et participer à la vie sociale. Une durée inférieure pourra être convenue entre les parties. Cette durée doit

⁶⁹ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Const. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Document > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation des conditions de travail (CCT), non encore publié.

être distinguée de la limite maximale de la durée du travail hebdomadaire (cf. les explications concernant l'art. 5).

Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral peut prévoir une valeur maximale plus basse en dérogation aux 42 heures prévues à l'al. 1 (al. 2), lorsque cela est nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail. La limite inférieure de 38 heures mentionnée à l'art. 6, al. 1, constitue la limite pour une éventuelle prescription du Conseil fédéral; toutefois cette limite peut être encore abaissée, notamment dans les contrats individuels ou les conventions collectives de travail (cf. art. 15).

Art. 7 Compensation des heures supplémentaires

L'impact négatif sur la vie sociale du personnel que provoque un nombre trop important d'heures supplémentaires effectuées justifie des mesures spécifiques. Une compensation financière ou temporelle permet de tenir au moins partiellement compte de ces contraintes, ce qui contribue à une plus grande satisfaction au travail.

D'un point de vue terminologique, les heures supplémentaires se rapportent à la durée prévue dans le contrat de travail, tandis que le travail supplémentaire est régi par la LTr et se rapporte à la durée maximale hebdomadaire qui y est fixée. Partant, les heures de travail qui dépassent la durée du travail convenue par contrat sont réputées heures supplémentaires et sont régies par l'art. 321c CO. Les heures supplémentaires comprennent ainsi les heures effectuées entre l'horaire normal (entre 38 et 42 heures) et la durée maximale de travail (45 heures, voir art. 5 et 26). Cela correspond à 3 à 7 heures de travail par semaine. Au-delà, il s'agit de travail supplémentaire. Contrairement à la règle prévue à l'art. 321c, al. 3, l'avant-projet ne permet pas de déroger en défaveur de l'employé à ces principes par accord écrit, contrat-type de travail ou CCT (cf. art. 15, variante 1 pour la possibilité de dérogation par CCT).

Les heures supplémentaires effectuées doivent être compensées par un congé d'une durée au moins égale (al. 1). Si, pour des raisons d'exploitation, les heures supplémentaires ne peuvent pas être compensées par un congé, l'employeur verse le salaire normal et un supplément d'au moins 25 % (al. 2). La compensation minimale prévue est conforme à la prescription de l'art. 321c CO (cf. également la compensation du travail supplémentaire selon l'art. 13 LTr).

Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral déterminera le nombre d'heures supplémentaires autorisées ainsi que la période pendant laquelle elles peuvent être effectuées (al. 3). Il peut augmenter la compensation minimale prévue aux al. 1 et 2 (al. 4), lorsque cela est nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail.

Art. 8 Compensation pour le travail de nuit

Le travail de nuit (art. 16 LTr) est en principe interdit. Cette interdiction ainsi que les prescriptions en matière de limitation du travail nocturne (art. 17a et 17b LTr) relèvent de la protection de la santé du travailleur, qui a besoin de temps de repos. Le repos nocturne assure une fonction régénératrice indispensable à l'organisme. Des dérogations sont prévues à certaines conditions, ainsi que des limitations. La LTr ne prévoit qu'une obligation d'indemnisation supplémentaire du travail temporaire de nuit (25 % pour le travail de nuit, art. 17b, al. 1, LTr). Une compensation en temps équivalente à 10 % de la durée de travail de nuit est aussi prévue

pour le travailleur qui effectue un travail de nuit régulièrement ou périodiquement (art. 17b, al. 2, LTr).

L'avant-projet prévoit que la compensation pour le travail de nuit est calculée selon l'art. 17b LTr (al. 1). Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral peut prévoir une compensation minimale plus élevée, lorsque cela est nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail (al. 2). Il s'inspirera des CCT examinées qui prévoient, sous une forme ou une autre, des indemnités pour le travail de nuit⁷⁰.

Art. 9 Compensation pour le travail du dimanche et des jours fériés

Le travail du dimanche (art. 18 LTr) est en principe interdit. Cette interdiction ainsi que les prescriptions en matière de limitation du travail dominical (art. 19 et 20 LTr) relèvent de la protection de la santé du travailleur, qui a besoin de temps de repos. Le repos dominical se base également sur des principes sociaux, culturels et religieux. Des dérogations sont prévues à certaines conditions (p. ex. autorisation par l'autorité compétente), ainsi que des limitations. La LTr prévoit une obligation d'indemnisation supplémentaire du travail temporaire du dimanche (50 % pour le travail du dimanche, art. 19, al. 3, LTr) ainsi que des règles spécifiques pour la compensation par du temps libre (art. 20 LTr).

L'avant-projet prévoit que la compensation pour le travail du dimanche et des jours fériés se calcule selon l'art. 20 LTr (al. 1). Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral peut prévoir une compensation minimale plus élevée, lorsque cela est nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail (al. 2). Le Conseil fédéral s'inspirera des CCT examinées qui prévoient, sous une forme ou une autre, des indemnités pour le travail du dimanche et des jours fériés⁷¹.

Art. 10 Temps d'habillage

La LTr et ses dispositions d'exécution ne contiennent aucune disposition explicite sur la question de savoir si le temps d'habillage est considéré comme temps de travail. Le SECO précise que tout ce qui fait obligatoirement partie du processus de travail compte comme temps de travail (cf. commentaire du SECO relatif à l'art. 13 OLT 1)⁷². Une réglementation dans la LCTSI est nécessaire, car la LTr n'est pas applicable en ce qui concerne la durée du travail et du repos à toutes les institutions qui emploient du personnel actif dans le domaine des soins infirmiers. En outre, la LTr ne règle pas la rémunération du temps d'habillage, cette question relevant du CO, qui ne la règle cependant pas de manière spécifique. Il en résulte de grandes disparités concernant le paiement du temps d'habillage dans les soins infirmiers : certains employeurs favorisent un forfait en argent sans compter le temps d'habillage comme temps de travail rémunéré.

⁷⁰ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi sur les conditions de travail dans les soins > Documents > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation des conditions de travail dans les conventions collectives de travail (CCT)

⁷¹ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi sur les conditions de travail dans les soins > Documents > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation des conditions de travail dans les conventions collectives de travail (CCT)

⁷² Commentaire disponible à l'adresse : www.seco.admin.ch > Travail > Conditions de travail > Loi sur le travail et Ordonnances > Commentaires relatifs à la loi sur le travail et ses ordonnances > Commentaire de l'OLT 1 > Chapitre 2 : Durée du travail et du repos > Section 1 : Dispositions générales > OLT 1 Article 13 : Définition de la durée du travail.

L'avant-projet fixe le principe selon lequel le temps d'habillage est considéré comme temps de travail s'il est nécessaire, pour des raisons d'exploitation, de se changer sur le lieu de travail (al. 1). L'al. 2 prévoit que le temps d'habillage doit être rémunéré de manière appropriée. La comptabilisation du temps d'habillage en temps de travail est favorable aux travailleurs. La formulation (rémunéré de *manière appropriée*) n'exclut d'ailleurs pas de prévoir une rémunération pour le temps passé à se changer inférieure à la rémunération du reste du temps de travail.

Art. 11 Durée minimale et rémunération des pauses

L'objectif des pauses est de donner le temps nécessaire au travailleur pour se reposer, se détendre et s'alimenter et permet d'éviter les surcharges et les risques d'accidents (cf. art. 15, al. 1, LTr). Sans des pauses appropriées, l'efficacité des employés diminue et la qualité de leur travail est compromise. La LTr ne règle pas la rémunération des pauses, et les solutions prévues en pratique sont hétérogènes. Une réglementation est nécessaire, car le paiement des pauses incite à leur prise effective, ce qui est crucial non seulement pour préserver la santé des employés, mais aussi pour maintenir leur productivité et la qualité de leur travail.

L'avant-projet prévoit que l'interruption du travail par des pauses se base sur l'art. 15, al. 1 LTr (al. 1). Ces pauses sont considérées comme du temps de travail payé (al. 2).

Art. 12 Prise en compte et compensation des services de permanence et de piquet

L'objectif de cette disposition est de tenir compte des désagréments subis par le personnel qui ne peut pas disposer de son temps de manière autonome lorsqu'il se tient prêt pour une éventuelle intervention. La LTr et ses ordonnances règlent la qualification de temps de travail du service de piquet (art. 14 à 16 OLT 1 et 8a OLT 2). Toutefois, pour les personnes actives dans le domaine des soins infirmiers qui ne sont pas soumises aux prescriptions de la LTr en matière de durée de travail et de repos, ces dispositions ne s'appliquent pas et, de plus, la LTr ne règle pas toutes les formes de temps mis à disposition.

L'avant-projet prévoit que le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure les services de piquet et autres formes de temps mis à disposition sont considérés comme du temps de travail et comment ces services doivent être compensés. Le but est d'édicter des dispositions relatives au service de piquet et aux autres formes de temps mis à disposition qui s'appliquent de manière uniforme et qui donnent la possibilité au personnel de faire valoir un droit dans le cadre de la nouvelle loi. Il s'agit ici de régler le temps d'attente sans intervention ou activité effective, ces dernières étant clairement considérées comme du temps de travail à rémunérer au taux plein. Concernant la rémunération, les travailleurs auront droit à un montant minimum de rémunération par heure effectuée. Cette question n'est pas réglée par la LTr mais relève du CO. Les dispositions du CO concernant le contrat du travail (art. 319 ss CO) ne prévoient pas de règles spéciales sur la rémunération du piquet ou d'autres formes de temps mis à disposition. La jurisprudence a toutefois déduit des règles sur ces questions sur la base des règles générales du CO⁷³. Le Conseil fédéral pourra ainsi s'inspirer de la jurisprudence en la matière et

⁷³ Cf. avis juridique rédigé par Kurt Pärli « Übersicht über in der Schweiz vorhandene Regelungen (GAV, kantonales Recht, OR, ArG) zu ausgewählten Aspekten in Arbeitsverhältnissen von in der Pflege tätigen Personen », 15 octobre 2023, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, n° 100, disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers > Documents > Avis juridique sur certains aspects des relations de travail dans les soins. Entre autres, TF, 4A_334/2017, c. 2.3; 4A_523/2010 du 22.11.2010, c. 5.1.

également des CCT examinées qui prévoient des indemnités pour les services de piquet et autres formes de temps mis à disposition⁷⁴. Il s'agit de bien distinguer ce volet de celui de la qualification de temps de travail selon la LTr. En effet, pour que le service de piquet ou une autre forme de temps mis à disposition soit rémunéré, il doit au préalable avoir été qualifié de temps de travail. Or, la jurisprudence relative au CO est plus large que les règles de la LTr sur le service de piquet, en particulier s'agissant du piquet ou du temps mis à disposition en dehors du lieu de travail. Alors que, selon l'art. 15, al. 2, OLT 1, le piquet effectué en dehors du lieu de travail n'est pas du temps de travail (en dehors de l'activité effective et des trajets), la jurisprudence relative au CO qualifie ce temps d'attente en dehors des locaux de l'entreprise de temps de travail qui peut toutefois être rémunéré à un taux inférieur au plein salaire⁷⁵. C'est cette jurisprudence qui sera déterminante pour ce qui est de la qualification de temps de travail en lien avec la rémunération.

Art. 13 Communication des plans de service, des services de permanence et de piquet

La question des engagements de travail non planifiés se distingue du service de piquet et d'autres formes de temps mis à disposition régis par la LTr⁷⁶. Il s'agit de modifications des horaires de travail ou le cas échéant de la durée de travail qui relèvent des règles générales du CO. Le CO ne contient pas de règles spéciales sur cette question, les modifications des horaires pouvant relever du pouvoir de donner des instructions de l'employeur (art. 321d CO), qui doit respecter les règles contractuelles (contrat, CCT) et le droit impératif, en particulier la protection de la personnalité du travailleur (art. 328 CO).

Le délai de communication, « en règle générale », d'au moins deux semaines avant un engagement de travail prévu par la LTr (art. 47, al. 1, let. a, LTr, art. 69, al. 1, OLT 1) n'est pas assez long et pas assez contraignant pour le domaine des soins infirmiers. Une adaptation est nécessaire, car les missions de travail à court terme ainsi que les changements de dernière minute dans la planification font partie des principales raisons du nombre élevé des départs de cette profession où sont notamment employées beaucoup de femmes ayant des enfants à charge. Ces engagements à court terme rendent particulièrement difficile la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée, surtout si ces ajustements se répètent. En outre, des horaires irréguliers peuvent nuire à la santé des travailleurs. L'objectif de cette mesure n'est toutefois pas de limiter la liberté organisationnelle des institutions où une planification participative existe et qui se fait souvent plus de quatre semaines à l'avance, mais de simplement fixer une limite minimale concernant la communication des plans de services.

L'al. 1 prévoit que le délai de communication des plans de service, y compris les services de piquets et les permanences, ne doit pas être inférieur à quatre semaines. Les engagements de travail non planifiés peuvent avoir un impact négatif sur la vie sociale et la satisfaction au travail du personnel. Il est donc souhaitable que ces interventions ne soient pas trop fréquentes. En même temps, il est parfois inévitable, dans l'intérêt des soins aux patients, que le personnel doive intervenir à court terme. Les perturbations de la vie privée et familiale qui en découlent

⁷⁴ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers > Documents > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation relative aux conditions de travail dans les conventions collectives de travail (CCT).

⁷⁵ ATF 124 III 249, c. 3a et b. Voir aussi le rapport du Conseil fédéral du 17 novembre 2021 « Réglementer le travail sur appel », ch. 3.4, disponible à l'adresse : www.parlament.ch > Suche : 19.3748 Postulat Cramer

⁷⁶ Liste établie par l'Office fédéral de la santé publique, 2023. Disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers > Documents > Informations complémentaires > Aperçu de la réglementation relative aux conditions de travail dans les conventions collectives de travail (CCT).

doivent faire l'objet d'une compensation temporelle ou financière supplémentaire à hauteur de 25 à 50 % des missions de travail. Si la marche du service le permet, la compensation temporelle doit être privilégiée (al. 2). Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 14), le Conseil fédéral peut prévoir un délai de communication des plans de service plus long (al. 3), lorsque cela est nécessaire pour améliorer la protection des travailleurs et leurs conditions de travail, et fixe l'échelonnement des compensations temporelles et financières, en fonction du délai de communication du plan de service (al. 4). Le délai commence à partir du moment où l'employeur communique le changement du plan de service. Cette réglementation n'a ainsi pas d'impact sur l'échange volontaire d'heures de travail entre les collaboratrices et collaborateurs. L'al. 5, let. a prévoit que les dispositions relatives à la communication des plans de services, y compris les services de piquet et de permanence (al. 1) et la compensation liée aux engagements non planifiés (al. 2) ne sont pas applicables au personnel qui se met volontairement et de manière générale à disposition de l'employeur pour des interventions non planifiées (p. ex. pools de personnel), pour autant que leur contrat de travail prévoit qu'ils reçoivent à cet effet une indemnisation forfaitaire. On renonce à fixer un montant minimal pour les indemnités forfaitaires afin de ne pas restreindre inutilement la marge de manœuvre des employeurs. Il s'agit de formes de travail flexibles qui peuvent relever par exemple du travail sur appel. Ces formes de travail sont par définition conçues pour des interventions à court terme et sont acceptées comme telles par le personnel, qui y voit aussi des avantages. Il doit toutefois s'agir de formes de travail prévues pour du personnel d'appoint. Il n'est pas envisageable qu'une institution conçoive des modèles de travail de ce type pour tout son personnel, car cela reviendrait à contourner les règles prévues par la nouvelle loi spéciale. L'art. 5, let. b prévoit une exception semblable pour les travailleurs placés par un bailleur de services au sens de la LSE.

Art. 14 Consultation des partenaires sociaux

Le Conseil fédéral édicte les dispositions relevant de sa compétence en vertu des art. 5 à 9, 12 et 13, après consultation des partenaires sociaux. Le Conseil fédéral s'inspirera également des règles convenues dans les CCT existantes.

Art. 15 Dérogations

Le Conseil fédéral soumet aux participants à la consultation (cf. ch. 3.2) deux variantes concernant la possibilité de déroger aux nouvelles dispositions fédérales par le biais d'une CCT :

- **Variante 1** : Lorsque l'ensemble des conditions de travail régies par les articles 5 à 13 font partie d'une CCT (al. 1, let. a) signée par une majorité des organisations représentatives des travailleurs de la branche, de la région ou de l'entreprise (al. 1, let. b), celle-ci peut prévoir des dérogations aux prescriptions des articles 5 à 13. La nécessité que toutes les prescriptions visées à ces articles soient réglées vise à éviter des situations où la nouvelle loi s'appliquerait de manière très partielle et à faciliter son exécution.

Pour conclure une CCT prévue à l'art. 15 de l'avant-projet, les parties doivent avoir la capacité de conclure une CCT selon les conditions admises dans le cadre de l'art. 356 CO. Les associations de travailleurs doivent ainsi être organisées sous la forme de personnes morales, l'adhésion et le départ de l'organisation doivent être libres et elles doivent être indépendantes de l'employeur ou de tiers. Il s'agit toutefois aussi de s'assurer que les dérogations aux conditions prévues sur la base des articles 5 à 13 ne soient pas conclues avec des organisations de travailleurs très minoritaires, voire

marginales ou constituées pour la circonstance. La variante 1 reprend pour ce faire les conditions posées à l'art. 73a, al. 4, OLT 1 en lien avec la dispense de saisir le temps de travail. La condition de la représentativité a été développée par la jurisprudence en lien avec le droit de négocier une CCT ou d'y adhérer⁷⁷ et s'applique ici de la même manière. La représentativité se détermine ainsi selon les circonstances concrètes dans chaque cas. Des syndicats minoritaires ne sont pas exclus de prime abord et peuvent être représentatifs suivant les cas. L'organisation partie à la CCT doit naturellement aussi avoir la compétence par rapport au lieu et à la matière (un syndicat doit ainsi avoir du personnel soignant parmi ses membres et défendre leurs intérêts et être géographiquement actif dans le lieu couvert par la CCT). Elle doit aussi répondre à la condition de loyauté. Ces deux dernières conditions sont aussi reconnues par la jurisprudence⁷⁸. Enfin, s'il y a plusieurs organisations représentatives, une majorité d'entre elles doit avoir signé la CCT. Le critère est avant tout numérique, mais il peut également intégrer des aspects relevant du poids socio-politique et de la taille des organisations respectives dans des cas particuliers, en présence par exemple de deux organisations représentatives, situation qui ne permet pas de dégager de majorité numérique.

Dans le cadre de ces négociations, il n'est toutefois pas possible de déroger aux règles de la LTr, aux règles impératives du CO ou à d'autres règles générales impératives du droit du travail aux niveaux fédéral et cantonal. Ainsi, l'al. 2 prévoit que les dispositions impératives de la Confédération et des cantons sont réservées.

- **Variante 2** : Les dispositions cantonales et communales sur les rapports de service de droit public ainsi que les dispositions des contrats de travail ou des CCT ne peuvent déroger aux différentes prescriptions des art. 5 à 13 qu'en faveur des travailleurs. Les dispositions de droit du personnel cantonal et communal ou les accords contractuels qui dérogent aux dispositions de l'avant-projet en faveur du personnel actif dans le domaine des soins infirmiers restent bien sûr applicables.

Section 3 : Conventions collectives de travail

Art. 16

Les employeurs et leurs associations doivent mener des négociations avec les associations du personnel en vue de conclure une CCT (al. 1). Laissé à l'appréciation des partenaires sociaux, le choix des aspects relevant du droit du travail à régler dans les CCT peut naturellement aller au-delà de ceux mentionnés aux art. 5 à 13. Les partenaires sociaux pourront par exemple régler les questions relatives au salaire, au nombre de jours de vacances ou au congé parental.

Le droit collectif du travail ne règle pas expressément l'obligation de négocier une CCT. Cette obligation peut toutefois se déduire du droit en vigueur et se justifie pour plusieurs raisons. Un droit à l'adhésion à une CCT est reconnu par le Tribunal fédéral⁷⁹, de même que le droit de négocier et de conclure des CCT, en tant que composantes de la liberté syndicale garanties à l'art. 28 Cst., pour peu que les conditions de représentativité et de loyauté soient remplies⁸⁰. La doctrine majoritaire reconnaît également une obligation de négocier une CCT pour les em-

⁷⁷ Voir en particulier : ATF 113 II 37, c. 4, 140 I 257, c. 5.2.

⁷⁸ ATF 140 I 257, c. 5.2.1.

⁷⁹ ATF 118 II 431, c. 4a; 113 II 37, c. 4 f.

⁸⁰ ATF 140 I 257, c. 5.1 et 5.2.

ployeurs⁸¹. Les arguments sont notamment qu'un employeur qui s'oppose à toute réglementation au moyen d'une CCT violerait la liberté d'association de la partie adverse et que le droit de grève garanti à l'art. 28, al. 3, Cst. présuppose des négociations préalables⁸². L'obligation de négocier ne signifie pas qu'une CCT doit effectivement être conclue, mais oblige les partenaires sociaux à s'engager dans un processus ouvert quant au résultat et à s'efforcer de parvenir à un accord, conformément au principe de la bonne foi (art. 2, al. 1, CC)⁸³. En Suisse, une telle obligation existe notamment dans la loi du 17 décembre 2010 sur la poste (LPO)⁸⁴ (LPO ; art. 4, al. 3, let. c), dans la loi du 30 avril 1997 sur l'entreprise de télécommunications (LET)⁸⁵ (art. 16, al. 2) et dans la loi du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération⁸⁶ (LPers ; art. 38, al. 1).

Les explications précédentes sur la conclusion de CCT concernent en premier lieu les contrats de travail de droit privé. L'obligation visée à l'al. 1 s'applique toutefois aussi aux cantons, dans la mesure où ils emploient du personnel soignant, même si celui-ci n'est pas engagé selon le CO, mais selon le statut de la fonction publique. Si les cantons sont obligés de négocier une CCT, il faut tenir compte d'autres aspects, par exemple du fait que la conclusion d'une CCT dans le domaine du droit public implique la délégation de compétences législatives à des privés, d'autant plus que les prescriptions de la CCT remplacent les réglementations du droit de la fonction publique⁸⁷. Même en tenant compte de ces autres aspects, il faut partir du principe que la conclusion d'une CCT est également autorisée dans le cadre de rapports de travail de droit public. Dans le cas d'un établissement de soins appartenant à l'administration centrale d'un canton, il est important de savoir si le droit du travail applicable prévoit des conventions collectives de travail ou, du moins, s'il ne les exclut pas explicitement⁸⁸. Compte tenu de la compétence globale de la Confédération en matière de protection des travailleurs (cf. ch. 6.1.1), il faut partir du principe que le législateur fédéral peut également obliger les cantons à négocier des CCT dans le domaine en question, indépendamment du fait que le droit cantonal régissant la fonction publique prévoit des conventions collectives de travail ou du moins ne les exclut pas explicitement. Le droit cantonal détermine qui, du côté de l'employeur, mène les négociations et signe la CCT.

Les employeurs et leurs associations informent publiquement chaque année de l'état des négociations, par exemple dans un rapport d'activité (al. 2). Les commissions cantonales pourront ainsi observer l'évolution du nombre et du contenu des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers (art. 23, al. 1).

Section 4 : Exécution

⁸¹ Cf. avis juridique rédigé par Kurt Pärli sur l'obligation de négocier une CCT à la demande de l'Office fédéral de la santé publique, 2 novembre 2022, n° 116 et références. Disponible à l'adresse www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Avis juridique sur l'obligation de négocier une CCT (en allemand).

⁸² Idem, n° 117.

⁸³ Idem, n° 117 ss.

⁸⁴ RS 783.0

⁸⁵ RS 784.11

⁸⁶ RS 172.220.1

⁸⁷ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne 2021, ch. 144 ss.

⁸⁸ Cf. avis juridique rédigé par Kurt Pärli « Obligation de négocier une CCT vu l'art. 197, ch. 13, let. c, de la Constitution fédérale » du 2 novembre 2022, sur mandat de l'OFSP, ch. 119 ss, notamment 121. Disponible à l'adresse www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé de niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Avis juridique sur l'obligation de négocier une CCT (en allemand).

Selon l'avant-projet de la nouvelle loi, l'exécution s'appuie sur les structures du droit du travail en vigueur. Les dispositions d'exécution de l'avant-projet correspondent donc en grande partie aux prescriptions existantes, raison pour laquelle on peut également renvoyer ici aux explications pertinentes des messages relatifs à ces actes (LTr, loi du 8 octobre 1999 sur les travailleurs détachés⁸⁹ [LDét], loi fédérale du 17 juin 2005 sur le travail au noir⁹⁰ [LTN], loi du 24 mars 1995 sur l'égalité⁹¹ [LEg]).

Art. 17 Tâches des cantons

Par analogie avec l'art. 41 LTr, les cantons sont responsables de l'exécution de la loi. L'exécution incombe aux autorités d'exécution compétentes selon l'art. 41 LTr (inspections cantonales du travail). Les inspections cantonales du travail s'occupant déjà de l'exécution de la loi sur le travail, il a semblé pertinent d'étendre leur domaine d'activité à l'exécution de la LCTSI. Le renvoi aux autorités d'exécution selon l'art. 41 LTr implique par ailleurs l'applicabilité des dispositions de procédure applicables à ces autorités selon la LTr, y compris les voies de recours auprès des autorités cantonales de recours en vertu de l'art. 41, al. 1, LTr.

Outre les remarques ci-dessus sur l'exécution cantonale, les points suivants s'appliquent en ce qui concerne la mise en œuvre des CCT : lorsqu'une CCT couvre le personnel actif dans les soins infirmiers, la CCT définit les organes (p. ex. commission paritaire) chargés de son exécution. Il va de soi que les frais liés au contrôle du respect des dispositions de la CCT restent dans ces situations à la charge des partenaires sociaux.

Art. 18 Tâches de la Confédération

La Confédération exerce la haute surveillance sur l'exécution de la loi par les cantons. Elle peut donner des instructions aux autorités cantonales d'exécution (al. 1).

Le SECO exerce ces attributions de la Confédération (al. 2). Les al. 1 et 2 s'inspirent de l'art. 42, al. 2 et 3, LTr.

Art. 19 Qualité pour agir des organisations de travailleurs

Cette disposition s'inspire de l'art. 7 LEg, de l'art. 11 LDét et de l'art. 15 LTN.

La situation hétérogène dans le domaine des soins infirmiers ainsi que les risques encourus pour la conservation du poste de travail en cas d'action individuelle justifient le fait que certaines organisations puissent tenter une action en justice en leur propre nom. Un tel droit d'action permet à la personne salariée de se tenir à distance et de ne pas s'exposer personnellement. En outre, les organisations peuvent défendre un intérêt collectif, par exemple lorsqu'un groupe entier d'employés est confronté à un problème lié à la protection du personnel.

La qualité pour agir est subordonnée à la condition que l'organisation existe depuis deux ans et qu'elle ait pour tâche statutaire la défense des intérêts sociaux et économiques des travailleurs. Cette restriction de la qualité pour agir permettrait de garantir que les organisations

⁸⁹ RS 823.20

⁹⁰ RS 822.41

⁹¹ RS 151.1

aient la continuité requise et les connaissances suffisantes. En dérogation à la disposition déterminante de la LDét (art. 11), la qualité pour agir ne doit être accordée qu'aux travailleurs et non aux employeurs. Le droit d'action de l'employeur aurait en l'occurrence une portée supérieure au but de protection visé par la loi.

Art. 20 Sanctions administratives

Les sanctions administratives (voir art. 9 LDét) ont pour but d'assurer le respect des dispositions relatives au temps de travail et de repos des art. 5 à 13 de l'avant-projet. L'al. 1 prévoit que l'autorité cantonale d'exécution compétente peut prononcer une sanction administrative jusqu'à 30 000 francs (al. 1). Les frais de contrôle peuvent être mis tout ou partie à la charge de l'employeur fautif (al. 2).

Lorsqu'une sanction administrative est prononcée, l'autorité compétente envoie une copie de sa décision au SECO (al. 3), qui recense dans une liste accessible au public les employeurs contre qui ont été prononcées des sanctions dans des décisions exécutoires (al. 4).

Art. 21 Dispositions applicables de la loi sur le travail

Les dispositions de la LTr relatives à l'obligation de garder le secret, la communication de données et les systèmes d'information et de documentation (art. 44 à 44b LTr), ainsi que certaines obligations des employeurs et des travailleurs (art. 45 à 48 LTr) doivent également s'appliquer pour permettre l'exécution correcte par les autorités compétentes (let. a et b). Pour cette même raison, les dispositions de la LTr (art. 50 à 52, 54 et 56) concernant les décisions et les mesures administratives (let. c) s'appliquent également tout comme pour les recours contre les décisions de l'autorité cantonale (let. d).

Section 5 : Commissions cantonales dans le domaine des soins infirmiers

Art. 22 Constitution

Les cantons sont tenus d'instituer une commission dans le domaine des soins infirmiers (al. 1). Plusieurs cantons peuvent s'associer afin de créer une commission commune dans le domaine des soins infirmiers représentant les divers cantons concernés. Les commissions doivent être composées d'un nombre égal de représentants des associations des employeurs et des travailleurs ainsi que du canton (al. 2). Les associations professionnelles peuvent proposer des candidatures à ces fonctions (al. 3). En principe, le pouvoir exécutif cantonal compétent désigne les membres de la commission.

Art. 23 Tâches

Grâce à leurs connaissances spécialisées dans le domaine de la santé, ces commissions observent l'évolution du nombre et du contenu des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers (al. 1, let. a), ainsi que les effets des changements dans le nombre de travailleurs et leurs conditions de travail sur la qualité des soins de santé et l'évolution des coûts de la santé (let. b). Ces commissions auront ainsi les moyens d'exercer une certaine pression sur les employeurs qui prendraient des mesures qui vont à l'encontre des dispositions de la présente loi ou des conditions de travail usuelles dans le domaine des soins infirmiers. Ces commissions ne doivent pas concurrencer les commissions tripartites existantes chargées d'observer

l'évolution générale des salaires. En vertu de l'al. 2, ces commissions rendent chaque année un rapport sur les observations faites à l'OFSP.

Section 6 : Évaluation

Art. 24

La mise en œuvre de la disposition transitoire de l'art. 197, ch. 13, al. 1, let. c, Cst. par le biais de l'élaboration d'une nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers constitue une nouveauté à plusieurs égards. L'OFSP et le SECO procéderont à une évaluation régulière de son adéquation et de son efficacité (al. 1). Ce contrôle comprend notamment le contrôle du fonctionnement des dispositions des art. 5 à 13, 15 et 16 de l'avant-projet, notamment en lien avec leurs effets sur la conclusion et le contenu des CCT, sur la satisfaction au travail, sur la durée d'exercice de la profession des travailleurs concernés et l'évolution des coûts (let. a). Une analyse systématique du besoin de réglementations pour les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers sera aussi effectuée (let. b). Les expériences faites en Suisse et à l'étranger en matière de réglementation des conditions de travail dans le domaine de soins infirmiers seront évaluées (let. c).

Dans ce cadre, les observations des commissions cantonales conformément à l'art. 23 pourront être prises en compte (al. 2).

Le Département fédéral de l'intérieur fera rapport au Conseil fédéral sur les résultats obtenus (al. 3).

Section 7 : Disposition pénale

Art. 25

L'avant-projet se borne à punir les infractions commises par l'employeur aux prescriptions concernant la durée de travail et de repos fixées aux art. 5 à 13 de l'avant-projet. Les dispositions suivantes s'appliquent en référence aux art. 59, al. 1, let. a, et 61, al. 1, LTr : l'employeur qui enfreint intentionnellement ces dispositions est puni d'une peine pécuniaire pouvant aller jusqu'à 180 jours-amende (al. 1).

L'art. 6 de la loi du 22 mars 1974 sur le droit pénal administratif⁹² [DPA] qui traite de la responsabilité pénale du chef d'entreprise est applicable (al. 2). Cette disposition prévoit notamment lorsque l'infraction est commise dans la gestion d'une personne morale, d'une société en nom collectif ou en commandite, d'une entreprise individuelle ou d'une collectivité sans personnalité juridique ou de quelque autre manière dans l'exercice d'une activité pour un tiers, les dispositions pénales sont applicables aux personnes physiques (chef d'entreprise, employeur, mandant ou représenté) qui ont commis l'acte.

Section 8 : Dispositions finales

Art. 26 Modification d'un autre acte

⁹² RS 313.0

Concernant cet article, il est renvoyé aux explications de l'art. 5, al. 1.

Art. 27 Dispositions transitoires

La Confédération participera aux coûts des contrôles supplémentaires effectués par les organes cantonaux pour vérifier les conditions de travail prévues par la présente loi (al. 1). À cet effet, des accords avec les cantons seront conclus. La prise en charge partielle de ces coûts par la Confédération se limitera aux cinq premières années qui suivront l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. L'objectif est de donner un effet d'impulsion et d'augmenter la probabilité des contrôles dans le domaine des soins infirmiers.

Le Conseil fédéral règle les modalités de la participation aux coûts (al. 2).

Art. 28 Référendum et entrée en vigueur

En vertu de l'al. 1, la loi est sujette au référendum facultatif

L'al. 2 prévoit que le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur. Celle-ci sera déterminée en fonction de la durée nécessaire à l'élaboration des dispositions d'exécution.

4.2 Modification de la loi sur les professions de la santé (LPSan)

Art. 2, al. 1, let. h et 2, let. a, ch. 9

Selon l'*al. 1, let. h*, la fonction d'IPA est désormais considérée comme une profession de la santé au sens de la LPSan. Le nom choisi pour cette nouvelle profession permet de la distinguer clairement des professions de la santé déjà existantes : infirmier diplômé, expert titulaire d'un postdiplôme d'une école supérieure (EPD ES), par exemple en anesthésie, en soins intensifs et en soins d'urgence, expert au bénéfice d'un diplôme professionnel supérieur (EPS), par exemple en soins oncologiques, en soins et accompagnement psychiatriques, etc.

Al. 2, let. a, ch. 9 : les compétences générales, sociales et personnelles des art. 3 et 4 de la LPSan s'appliqueront à l'avenir également aux IPA. Le nouveau ch. 9 donne au Conseil fédéral la compétence de fixer, par voie d'ordonnance, les compétences spécifiques à la profession d'IPA (cf. art. 5 LPSan). L'ordonnance du 13 décembre 2019 relative aux compétences LPSan⁹³ règle déjà les compétences professionnelles spécifiques transmises par le master en ostéopathie, celui-ci représentant le niveau de formation requis pour exercer la profession. La réglementation du master en *Advanced Practice Nursing* devrait définir les compétences suivantes : les titulaires du master sont capables d'assumer la responsabilité professionnelle de situations de soins hautement complexes et d'assurer la qualité des soins dans les institutions ainsi que pour les groupes de personnes nécessitant des soins importants (p. ex. personnes souffrant de maladies chroniques). Ils évaluent si les IPA peuvent effectuer le traitement ou s'il y a lieu d'impliquer un autre professionnel de la santé. Ils réalisent en particulier des examens cliniques et des tests diagnostiques, analysent leurs résultats, prescrivent des traitements médicamenteux et/ou non médicamenteux, les adaptent et évaluent leurs effets potentiels. Ils élaborent, sur la base des meilleures données disponibles, des normes de qualité des soins et des lignes directrices pour les établissements ou les groupes de personnes ayant besoin de soins importants, développent des programmes de formation des patients, les mettent en œuvre et les évaluent. En tant qu'experts cliniques, ils contribuent au développement du système de santé et à la coordination des soins.

La nouvelle réglementation fédérale porte exclusivement sur les masters requis pour l'activité clinique des IPA et non sur les filières de master orientées vers la recherche, proposées à ce jour par les hautes écoles universitaires et les hautes écoles spécialisées. Aussi, l'autonomie des hautes écoles ne sera impactée que là où cela est nécessaire d'un point de vue sanitaire.

Art. 3, al. 2, let. j

Les instruments numériques favorisent le traitement des informations médico-sanitaires et la déduction de mesures fondées scientifiquement. Introduits pour soutenir les processus de traitement existants, ils permettent d'accéder rapidement aux données des bénéficiaires de soins, d'éviter les examens à double et de garantir une prise en charge optimale. S'ils sont utilisés de manière appropriée, ils ont un impact positif sur la sécurité des patients, la qualité des soins et la maîtrise des coûts. Il est donc important que les professionnels connaissent ces applications, leurs fonctions et leur champ d'application. Il convient par conséquent d'adapter l'*al. 2, let. j*. Il stipulera que des connaissances sur l'utilisation des instruments numériques sont transmises dans le cadre du cursus d'études afin de garantir leur utilisation compétente et appropriée et de favoriser une action globale et responsable. Les applications de cybersanté développées

⁹³ RS 811.212

pour l'échange d'informations nécessaires au traitement en font notamment partie, comme le dossier électronique du patient ou les applications de santé mobile (mHealth) et de télésurveillance (télémonitoring, p. ex. dans le domaine des ECG de longue durée ou des contrôles de la glycémie). Parallèlement, les professionnels sont également capables de porter un regard critique sur le potentiel des nouvelles possibilités offertes dans le cadre de la transformation numérique. L'objectif est d'acquiescer une attitude responsable et compétente vis-à-vis des instruments numériques, des bénéficiaires de soins et de leurs attentes en constante évolution. Les professionnels sont aussi en mesure de leur transmettre des connaissances sur l'utilisation de ces instruments, de les informer sur le potentiel ainsi que les limites et les risques que peut entraîner l'utilisation des instruments numériques et sur la manière de les gérer (p. ex. sur l'aspect de la protection des données ou de la cybersécurité).

Variante 1 : Équivalence des diplômes de formation professionnelle supérieure avec le master en Advanced Practice Nursing pour octroyer l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier de pratique avancée IPA :

Art. 12, al. 2, let. a et h et 2^{bis}

Al. 2, let. a : cette adaptation législative vise une meilleure compréhension en introduisant les abréviations correspondant au niveau du diplôme.

Al. 2, let. h : les IPA devront être titulaires du diplôme requis et remplir les autres conditions d'autorisation prévues à l'art. 12, al. 1, LPSan pour obtenir une autorisation de pratiquer sous leur propre responsabilité professionnelle (autorisation de pratiquer). En ce qui concerne ces conditions, un renvoi au message du 18 novembre 2015 relatif à la LPSan peut être réalisé⁹⁴.

Dans la pratique, les personnes exerçant le rôle d'IPA dans un hôpital sont à l'heure actuelle titulaires d'un Master of science HES/HEU en sciences infirmières. Les titulaires de diplômes équivalents de la formation professionnelle supérieure (FPS) auront désormais également la possibilité d'obtenir une autorisation d'exercer sous leur propre responsabilité professionnelle en tant qu'IPA.

Al. 2^{bis} : le Conseil fédéral désigne les diplômes de la formation professionnelle supérieure qui sont équivalents au Master HES/HEU en Advanced Practice Nursing par rapport à l'obtention de l'autorisation de pratiquer en tant qu'IPA et à quelles conditions (p. ex. connaissances obligatoires). Une réglementation par voie d'ordonnance permet d'intervenir plus rapidement au niveau des nouvelles filières de formation et des nouvelles connaissances issues de la pratique. Le Conseil fédéral peut notamment conditionner l'équivalence des diplômes de la formation professionnelle supérieure au Master HES/HEU en Advanced Practice Nursing à l'obtention d'un diplôme complémentaire.

⁹⁴ FF 2015 7925, p. 7957 ss.

Variante 2 : Seul le master en Advanced Practice Nursing permet d'obtenir l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier de pratique avancée (IPA) :

Art. 12, al. 2, let. a et h

En ce qui concerne la let. a, voir le commentaire relatif à l'art. 12, al. 2, let. a, pour la variante 1.

Let. h : dans la variante 2, seul un master of science HES/HEU en *Advanced Practice Nursing* permet d'obtenir une autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle en tant qu'IPA, comme c'est le cas au niveau international. Le système dual de formation suisse pourrait être pris en compte par le biais du système d'admission « sur dossier » déjà existant. En d'autres termes, il incomberait à l'institut de formation concerné de prévoir dans quelle mesure l'examen du dossier faciliterait l'admission à un master en *Advanced Practice Nursing*.

Art. 34, al. 3

Pour souci de clarté, la disposition transitoire actuelle doit être adaptée à la formulation de la nouvelle disposition transitoire de l'art. 34a, al. 3 (cf. commentaire de l'art. 34a, al. 3).

Art. 34a Dispositions transitoires relatives à la modification du ...

Les dispositions transitoires se fondent sur un équilibre entre le maintien des droits acquis et les objectifs de la loi. Ces derniers consistent à lier l'exercice de la profession à des diplômes correspondants et définis.

Les personnes qui, au moment de l'entrée en vigueur des modifications de la loi, disposent déjà, conformément au droit cantonal, d'une autorisation d'exercer en tant qu'IPA sous leur propre responsabilité professionnelle, peuvent continuer de pratiquer leur profession dans ce canton, même si elles n'ont pas la formation préalable exigée par la présente loi au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. Il appartiendra au canton de décider au cas par cas si ces conditions sont remplies, en tenant compte de la situation juridique en vigueur jusqu'ici et de l'autorisation délivrée. Une personne qui demanderait, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LPSan, une nouvelle autorisation d'exercer en tant qu'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle, par exemple parce qu'elle change de canton, doit prouver qu'elle remplit les conditions prévues par la LPSan (*al. 1*).

L'*al. 2* prévoit un délai transitoire de cinq ans pour les personnes qui, avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LPSan, n'avaient pas besoin, en vertu du droit cantonal, d'une autorisation pour pratiquer en tant qu'IPA sous leur propre responsabilité professionnelle et qui sont désormais soumises à l'obligation d'obtenir une autorisation conformément à l'art. 11 LP-San. Ce délai donne suffisamment de temps à ces personnes pour acquérir les éventuelles qualifications professionnelles manquantes et demander l'autorisation correspondante.

L'*al. 3* définit quels diplômes suisses délivrés en vertu de l'ancien droit et quels diplômes étrangers reconnus équivalents donnent droit à une autorisation de pratiquer en tant qu'IPA. L'ordonnance du 13 décembre 2019 sur la reconnaissance des professions de la santé⁹⁵ réglera les détails y relatifs. En outre, les diplômes étrangers reconnus comme équivalents à un di-

⁹⁵ RS 811.214

plôme suisse délivré en vertu de l'ancien droit sont également considérés équivalents. Ils donnent donc également droit à l'autorisation d'exercer la profession d'IPA.

L'*al.* 4 fixe le délai d'accréditation des filières d'études qui existaient déjà au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la LPSan.

Annexe (ch. II) : Modification d'autres actes

À l'instar des autres professions de la santé réglementées dans la LPSan, les IPA sont soumis au secret professionnel conformément à l'art. 321, ch. 1, du code pénal du 21 décembre 1937⁹⁶. Dans le cadre de la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, l'art. 171, al. 1, du code de procédure pénale (CPP) du 5 octobre 2007⁹⁷ et l'art. 75, let. b, de la procédure pénale militaire (PPM) du 23 mars 1979⁹⁸ accordent expressément au personnel infirmier et aux personnes exerçant une autre profession réglementée par la LPMéd le même droit global de refuser de témoigner qu'aux médecins, et ce à compter du 1^{er} juillet 2024. Dans le même sens, ces dispositions doivent désormais également être complétées concernant le droit des IPA de refuser de témoigner.

Il est renvoyé aux explications de l'art. 3, al. 2, let. j, LPSan concernant la réglementation des compétences numériques dans la LPMéd et la LPsy, identique dans les deux lois.

⁹⁶ RS 311.0

⁹⁷ RS 312.0

⁹⁸ RS 322.1

5 Conséquences

Les mesures présentées dans ce volet de la deuxième étape de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers auront un impact à différents niveaux et pour différents acteurs. Cependant, il est encore très difficile d'en évaluer les conséquences à ce stade. En effet, l'aménagement des différentes mesures et le résultat des négociations entre les partenaires sociaux joueront un rôle déterminant. Les chapitres suivants visent néanmoins à présenter les effets possibles.

5.1 Conséquences pour la Confédération

Coûts directs

Parmi les mesures proposées au niveau de la *LCTSI*, seule l'éventuelle participation aux coûts supplémentaires de l'exécution durant les cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la loi aura des conséquences financières quantifiables pour la Confédération. Là encore, seule une estimation très générale est possible pour le moment. En estimant que la *LCTSI* concernera quelque 3000 établissements de santé et que 20 % de ces institutions devront être contrôlées dans les cinq années suivant l'entrée en vigueur de la loi, cela représenterait environ 120 contrôles par an. Si, selon les estimations, un quart de ces contrôles a lieu dans le cadre de contrôles de routine (sans les aspects couverts par la *LCTSI*), il reste près de 90 contrôles supplémentaires impliquant une participation aux coûts de la Confédération. À raison d'un jour de travail (8 heures, travail préparatoire et ultérieur compris) par contrôle à un tarif horaire de 150 francs, cela représente un surcoût d'environ 110 000 francs au total par an. Des frais dont la Confédération devrait en principe pouvoir se charger pendant les cinq premières années, avant de laisser entièrement cette tâche aux cantons. À cela s'ajoutent 200 000 francs par an pour l'assistance dans le cadre du projet (formation et coordination). Au niveau de la Confédération, les coûts prévisionnels s'élèvent donc tout au plus à 310 000 francs par an sur cinq ans, en fonction de sa participation aux coûts supplémentaires des cantons.

Coûts indirects

Par ailleurs, les mesures prévues entraîneront sans doute des coûts indirects pour la Confédération. En effet, on peut s'attendre à ce que les mesures visant à améliorer les conditions de travail entraînent des coûts supplémentaires au niveau du système de santé (voir aussi chapitre 5.3). Cela dit, toute augmentation des coûts ne se traduit pas systématiquement par une hausse des primes. Les fournisseurs de prestations pourraient, par exemple, répartir différemment les fonds à disposition en interne et absorber les coûts supplémentaires. À cette fin, le DFI prévoit d'organiser une table ronde au premier semestre 2024 réunissant les parties prenantes concernées et les cantons sur la rémunération adéquate des prestations de soins infirmiers. Ces discussions visent à ce que les fournisseurs de prestations adaptent leurs systèmes de financement pour exploiter davantage les tarifs en vigueur au profit des soins infirmiers. Faut de quoi, il faut s'attendre à une hausse des primes, ce qui gonflerait les contributions aux réductions de primes à la charge de la Confédération. Pour l'instant, il n'est pas possible d'estimer ces coûts. Quoi qu'il en soit, la *LCTSI* n'influera pas sur les effectifs de la Confédération.

La *modification de la LPSan* ne devrait pas non plus avoir de conséquences pour la Confédération en matière de finances et de personnel.

5.2 Conséquences pour les cantons et les communes

Les cantons seront en particulier directement concernés quand il s'agira de garantir l'exécution de la *LCTSI*. Cependant, comme ils peuvent s'appuyer sur des structures déjà existantes, la charge supplémentaire sera relativement réduite pour eux. Le nombre d'établissements à contrôler (institutions de santé) ne changera pas en soi ; seuls le contenu et éventuellement l'étendue des contrôles changeront. À partir de 2025, il est prévu de porter l'accent sur les soins infirmiers dans le cadre de l'exécution de la *LTr* afin d'augmenter sensiblement le nombre d'établissements contrôlés dans le domaine concerné et d'étendre ces contrôles aux aspects compris dans la *LCTSI*. Le cas échéant, cela augmentera les coûts au niveau des instances de contrôle. Selon les estimations au chapitre 5.1, les coûts supplémentaires devraient s'élever à près de 110 000 francs par an, auxquels la Confédération pourrait toutefois participer. L'augmentation des coûts pour les cantons dépendra, à long terme, de leur volonté de maintenir ou non le niveau de contrôle accru.

La *modification de la LPSan* concerne les cantons en termes de surveillance et d'octroi de l'autorisation de pratiquer pour les nouveaux IPA. S'il n'est pas possible d'estimer les coûts à prévoir pour l'instant, il ne devrait pas y avoir de répercussions directes sur les communes.

En revanche, les deux projets législatifs auront un impact indirect sur les cantons et les communes. Par exemple, leurs charges salariales augmenteront s'ils emploient du personnel infirmier et que les mesures prévues entraînent des augmentations de salaire et un besoin accru en personnel. En cas de hausse des coûts de la santé, les cantons seront en outre davantage mis à contribution en matière de réductions de primes. Cependant, il n'est pas possible d'en estimer le coût précis pour le moment.

5.3 Conséquences pour la société et l'économie

Comme mentionné, il est difficile d'estimer l'impact et les coûts des mesures envisagées pour améliorer les conditions de travail dans les soins, en particulier l'impact sur la société et l'économie, avant d'en connaître les modalités précises. En revanche, on observe déjà certaines tendances.

L'ensemble de directives préconisé en matière de conditions de travail (*LCTSI*), de dotation en personnel adaptée aux besoins et de réglementation des IPA devrait produire un effet positif sur les objectifs de la deuxième étape de mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, qui vise à augmenter la satisfaction au travail et à diminuer le nombre de départs précoces de la profession. Cette situation pourrait par ailleurs contribuer à garantir des soins accessibles et de bonne qualité pour tous, ce qui profite au final à la société entière.

En élaborant les mesures, il faut toutefois éviter de produire des résultats indésirables ou contraires à l'objectif visé de la loi. Par exemple, le fait de réduire significativement le temps de travail hebdomadaire défini contractuellement accentuerait le problème de main-d'œuvre qualifiée, du moins à court terme. Si les postes supplémentaires demandés ne sont pas (ou ne peuvent pas) être pourvus à plus long terme, cette mesure augmenterait encore la pression exercée sur le personnel soignant. Certes, le temps de travail hebdomadaire diminuerait (par exemple de quatre heures), mais pas autant que le volume des tâches à accomplir pendant ce temps. Ce changement impliquerait donc d'effectuer les mêmes tâches en moins de temps.

L'AIR relative à la LCTSI a estimé les coûts liés aux deux directives, dont l'avant-projet indique déjà des fourchettes pour la réglementation par le Conseil fédéral. En réduisant par exemple la durée normale du travail à 38 heures par semaine à salaire équivalent, la masse salariale versée en une année augmenterait de plus d'un milliard de francs, auquel s'ajoutent en principe d'autres coûts à la charge des employeurs (p. ex. cotisations aux assurances sociales). Par ailleurs, les suppléments de salaire versés en cas d'interventions non planifiées entraîneraient aussi des coûts (selon les modalités précises) s'élevant à des centaines de millions de francs par an. Dans l'ensemble, les coûts supplémentaires liés aux mesures proposées dans la LCTSI pourraient être bien supérieurs au niveau macroéconomique. Cependant, comme présenté au chapitre 5.1, les coûts supplémentaires ne font pas systématiquement grimper les primes maladie. Il est possible, notamment au sein de grandes institutions (p. ex. hôpitaux), d'utiliser les moyens à disposition (tarifs) de manière différente en interne et donc de compenser l'augmentation des coûts.

Les coûts pourraient même être plus conséquents si certains établissements de santé décidaient d'étendre ces meilleures conditions de travail à d'autres catégories professionnelles. Ce changement aurait le mérite de n'avantager aucun groupe professionnel. Car ces améliorations pourraient aussi s'étendre à d'autres employés, comme dans la restauration, l'économie domestique, l'administration, l'hôtellerie, le service technique, l'accompagnement et l'activation, voire aux médecins. Il y aurait dans ce cas sans doute des répercussions en matière de coûts, mais aussi en matière de personnel qualifié. Cela dit, comme cette décision relève de chaque établissement de santé, il est impossible de chiffrer l'éventuel impact.

Il convient cependant de considérer les coûts supplémentaires attendus en relation avec les mesures proposées et leur effet sur le système de santé dans son ensemble. Elles auront par exemple un impact positif sur la disponibilité et la qualité des soins, notamment dans les soins infirmiers. Car des soins de qualité peuvent accélérer la guérison de maladies aiguës et réduire le risque d'évolution chronique. En cas de maladie chronique, des soins prodigués dans les règles de l'art améliorent la qualité de vie, favorisent l'autonomie au quotidien et réduisent le risque d'invalidité chez les personnes en âge de travailler.

Les mesures proposées auront également un impact positif sur la promotion de l'égalité de genre au sein du secteur de la santé. En effet, les personnes exerçant dans le domaine de soins infirmiers sont majoritairement des femmes, et le secteur de la santé est dominé par une division genrée du travail où le domaine du soin (*care*) est plutôt associé aux femmes, tandis que celui de la guérison (*cure*) est davantage attribué aux hommes. Les mesures proposées, en améliorant les conditions de travail et en revalorisant les professions dans le domaine des soins infirmiers, profitent donc en particulier aux femmes et contribuent à promouvoir l'égalité de genre.

6 Aspects juridiques

6.1 Constitutionnalité

6.1.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

La compétence constitutionnelle de la Confédération d'édicter des prescriptions en matière de droit du travail relève principalement de sa compétence en matière de droit civil (art. 122, al. 1, Cst.) et de protection des travailleurs (art. 110, al. 1, let. a, Cst.). Se fondant sur sa compétence en matière de droit civil, le législateur fédéral a édicté dans le CO des prescriptions relatives aux rapports de travail de droit privé, tandis que la LTr se base entre autres sur l'art. 110 Cst.

Les dispositions de l'avant-projet se fondent sur l'art. 110, al. 1, let. a, Cst., étant donné qu'elles visent à protéger les travailleurs et en particulier leur santé. Cette disposition confère à la Confédération une compétence générale et étendue pour édicter des dispositions de protection en faveur des travailleurs. La compétence législative de la Confédération s'appuie ici sur toutes les mesures qui s'imposent pour réaliser les objectifs, sans se limiter à des rapports de travail ou à des catégories de travailleurs en particulier⁹⁹, que ces rapports relèvent du droit public ou du droit privé. En outre, l'obligation de conclure des CCT se base sur l'art. 110, al. 1, let. a, Cst., étant donné qu'une caractéristique essentielle des conventions collectives de travail est de protéger les travailleurs. Dans le droit privé, il s'agit de préserver les travailleurs économiquement défavorisés contre des conditions de travail inégales en permettant de négocier les conditions de travail au niveau collectif plutôt qu'individuel¹⁰⁰ ; dans les rapports de travail de droit public, il s'agit de préserver les travailleurs du fait que l'État fixe notamment par voie d'ordonnance - à savoir au niveau général et abstrait plutôt qu'individuel - des directives qui ne leur assurent pas une protection suffisante¹⁰¹. L'obligation légale de conclure des CCT existe par ailleurs aussi dans d'autres domaines juridiques¹⁰².

Au niveau constitutionnel, l'avant-projet se base sur l'art. 122, al. 1, Cst., bien que de manière subsidiaire, pour les rapports de travail de droit privé.

En revanche, l'art 117*b* Cst. (sur les soins infirmiers) et la disposition transitoire correspondante (art. 197, ch. 13, Cst.) ne peuvent pas être invoqués pour justifier une compétence en matière de réglementation fédérale des prescriptions relatives au droit du travail, d'autant plus que l'art. 197, ch. 13, al. 1, let. c, Cst. stipule expressément que la Confédération édicte les dispositions d'exécution relatives aux conditions de travail adaptées aux exigences auxquelles doivent répondre les personnes exerçant dans le domaine des soins infirmiers « dans la limite de ses compétences ». L'initiative sur les soins infirmiers n'a donc rien changé à l'ordre constitutionnel des compétences pour édicter des prescriptions en matière de droit du travail. Les nouvelles dispositions introduites dans la Constitution fédérale par l'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers (art. 117*b* et 197, ch. 13, al. 1, let. c, Cst.) confèrent à la Confédération uniquement le mandat d'édicter des dispositions de protection spécifiques pour le personnel soignant dans le cadre des compétences fédérales existantes.

⁹⁹ Avis juridique de l'Office fédéral de la justice du 8 mai 2003 dans : jurisprudence administrative des autorités fédérales, JAAC 68.81

¹⁰⁰ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne 2021, ch. marg. 213

¹⁰¹ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne 2021, ch. marg. 221

¹⁰² Cf. art. 4, al. 3, let. c, de la loi du 17 décembre 2010 sur la poste (RS 783.0) ; art. 16, al. 2, de la loi du 30 avril 1997 sur l'entreprise de télécommunications (RS 784.11) ; art. 38, al. 1, de la loi du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération (RS 172.220.1)

Toutefois, le mandat conféré à l'art. 117b Cst. montre l'intérêt public élevé à l'amélioration des conditions de travail dans les soins infirmiers. Cet intérêt est nécessaire afin de pouvoir limiter la liberté de contracter et l'autonomie privée (cf. art. 27 Cst.) au moyen des mesures prévues dans l'avant-projet (art. 36, al. 2, Cst.). En effet, toute activité économique privée est protégée par la liberté économique ; cependant, si l'activité concerne l'accomplissement d'une tâche étatique ou communale de droit public, il ne s'agit pas d'une activité économique privée, raison pour laquelle les hôpitaux ne peuvent pas invoquer la liberté économique dans le cadre de leur mandat découlant de la planification hospitalière cantonale, ou seulement de manière limitée¹⁰³. En outre, la présente obligation de négocier une CCT ne touche pas la liberté syndicale définie à l'art. 28 Cst. ; au contraire, cette dernière implique aussi une obligation pour les partenaires sociaux de ne pas refuser des négociations en vue de l'élaboration d'une CCT¹⁰⁴.

Comme prescrit à l'art. 36, al. 1, Cst., les atteintes graves aux droits fondamentaux (art. 27 et 28 Cst.) doivent être fixées dans une loi ; dans le cas présent, il s'agit en particulier de la durée maximale et normale de la semaine travail et des dispositions relatives aux plans de service (pour la délégation de compétences législatives au Conseil fédéral, voir ch. 6.7).

Outre les exigences relatives à la base légale et à l'intérêt public, toute restriction d'un droit fondamental doit également respecter le principe de proportionnalité (art. 36, al. 3, Cst.). À cet égard, il convient de noter en introduction que les mesures prévues dans la LCTSI concernent des instruments qui ont déjà fait leurs preuves dans le champ d'application de la LTr et qu'il s'agit maintenant de préciser pour les soins. Les mesures prévues dans la LCTSI sont donc en principe adaptées à l'objectif du projet, qui est d'accroître la protection des travailleurs et donc d'améliorer leurs conditions de travail. Elles sont d'autant plus adéquates qu'elles correspondent aux points jugés essentiels dès les débats parlementaires et en amont de la votation populaire et aux points que les partenaires sociaux concernés avaient mis en avant lors de l'élaboration de l'avant-projet.

La nécessité des mesures ne fait aucun doute au regard du besoin d'agir pour de meilleures conditions de travail dans les soins. En effet, il existe une pénurie de personnel qualifié dans ce domaine, qui continuera de s'accroître en raison de l'évolution démographique et qui menace la sécurité de l'approvisionnement (cf. explications aux ch. 1.2 à 1.4). L'amélioration des conditions de travail que visent les présentes mesures constitue un élément essentiel afin d'augmenter la durée d'exercice de la profession et, donc, de lutter contre la pénurie de personnel qualifié. Ce faisant, il faut tenir compte du fait que le secteur de la santé n'est pas un marché libre. Les réglementations limitent la concurrence et l'élaboration des prix, raison pour laquelle une solution indépendante sur le marché du travail (c'est-à-dire une amélioration des conditions de travail sans intervention de l'État) n'est intervenue que ponctuellement jusqu'à présent. Enfin, l'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers implique de formuler les directives éprouvées en vigueur au niveau de la LTr de manière spécifique aux soins.

Cela dit, le projet réglemente uniquement certains points choisis ; le degré d'intervention dans les rapports de travail est donc globalement plutôt faible afin de garantir également la propor-

¹⁰³ Cf. avis juridique de Kurt Pärli « GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung », du 2 novembre 2022 sur mandat de l'OFSP, ch. marg. 125 ss ; disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé du niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Avis juridique sur l'obligation de négocier une convention collective de travail (CCT)

¹⁰⁴ Cf. avis juridique de Kurt Pärli « GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung », du 2 novembre 2022 sur mandat de l'OFSP, ch. marg. 117 et 125 ss ; disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé du niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Avis juridique sur l'obligation de négocier une convention collective de travail (CCT)

tionnalité au sens strict (proportionnalité entre le but et l'effet de la mesure / caractère raisonnable). Concernant les aspects des relations de travail qui ne sont pas réglés dans l'avant-projet de la LCTSI, il est seulement précisé que les partenaires sociaux sont tenus de négocier des CCT ; l'objectif est d'y régler ces autres aspects. Cette approche permet non seulement de réduire l'intensité de l'intervention des présentes mesures dans les rapports de travail, mais aussi de répondre à une autre exigence formulée en amont de la votation populaire, qui est d'encourager la conclusion d'une CCT. Il convient de noter que, dans l'idée de choisir la solution la moins contraignante, il s'agit uniquement d'une obligation de négocier, et non d'une obligation de conclure une CCT. Ainsi, dans le cas de la présente obligation de négocier une CCT – pour autant qu'elle puisse porter atteinte à la liberté économique ou à la liberté syndicale (cf. explications ci-dessus relatives à l'activité économique de droit privé) –, cette mesure peut être considérée comme adéquate et nécessaire ; par ailleurs, la pesée des intérêts ou l'examen de la proportionnalité au sens strict permettent de conclure que l'obligation de négocier une CCT est admissible¹⁰⁵.

6.1.2 Modification de la LPSan

La modification de la LPSan, tout comme sa version en vigueur, se fonde sur l'art. 117a, al. 2, let. a, Cst. Il s'agit d'une compétence étendue de la Confédération pour réglementer la formation initiale et continue ainsi que l'exercice des professions dans les soins médicaux de base. C'est aussi dans ce cadre que s'inscrivent la réglementation du niveau master en *Advanced Practice Nursing* et l'adaptation concernant les compétences numériques. Les nouvelles exigences relatives à la formation d'IPA et à l'exercice de la profession sous sa propre responsabilité professionnelle se justifient par la nécessité de garantir les soins et d'assurer la protection des patients.

6.2 Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse

6.2.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

Lorsqu'elle édicte des règles en matière de droit du travail, la Suisse est liée par les traités internationaux qu'elle a ratifiés. Il s'agit notamment du Pacte international du 16 décembre 1966¹⁰⁶ relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte ONU I), de la Convention du 4 novembre 1950¹⁰⁷ de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme, CEDH) et de plusieurs conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT)¹⁰⁸. Aucune de ces conventions ne contient de normes spécifiques pour les personnes travaillant dans les soins ou de normes qui iraient à l'encontre des directives détaillées de l'avant-projet sur ce point.

Les dispositions du droit international relatives à la liberté syndicale, notamment le droit de négociation collective et la conclusion de conventions collectives, sont également pertinentes dans le cas présent. Il convient de noter la convention du 1^{er} juillet 1949¹⁰⁹ n° 98 concernant l'application des principes du droit d'organisation et de négociation collective et la convention

¹⁰⁵ Cf. l'avis juridique de Kurt Pärli « GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung », du 2 novembre 2022, sur mandat de l'OFSP, ch. marg. 125 ss ; disponible à l'adresse : www.bag.admin.ch > Professions de la santé > Professions de la santé du niveau tertiaire > Mise en œuvre de l'art. 117b Cst. (initiative sur les soins infirmiers) > Mise en œuvre de la deuxième étape > Documents > Avis juridique sur l'obligation de négocier une convention collective de travail (CCT)

¹⁰⁶ RS 0.103.1

¹⁰⁷ RS 0.101

¹⁰⁸ Cf. liste sous RS 0.822

¹⁰⁹ RS 0.101

du 9 juillet 1948¹¹⁰ n° 87 concernant la liberté syndicale et la protection du droit syndical. L'art. 4 de cette première convention, par exemple, engage les États à prendre, si nécessaire, « des mesures appropriées aux conditions nationales pour encourager et promouvoir le développement et l'utilisation les plus larges de procédures de négociation volontaire de conventions collectives entre les employeurs et les organisations d'employeurs d'une part, et les organisations de travailleurs d'autre part, en vue de régler par ce moyen les conditions d'emploi. » La réglementation définie dans l'avant-projet, qui fixe l'obligation de négocier et non de conclure une CCT, correspond dans son objectif et sa conception à cet engagement international de la Suisse.

6.2.2 Modification de la LPSan

La modification de la LPSan prévoit l'obligation de détenir une autorisation de pratiquer la profession d'infirmier de pratique avancée IPA sous sa propre responsabilité professionnelle. Elle exige notamment d'être titulaire d'un diplôme et de maîtriser une langue officielle du canton. En outre, le demandeur doit prouver qu'il est digne de confiance et qu'il détient les prédispositions physiques et psychiques pour exercer la profession de manière irréprochable. Ces exigences sont conformes aux dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP)¹¹¹ et de la Convention du 4 janvier 1960¹¹² instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE) ou de la directive 2005/36/CE¹¹³ de l'UE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, que la Suisse a reprises dans le cadre de l'ALCP ou de la convention AELE. Cette directive s'applique à toutes les professions réglementées.

Pour certaines professions, comme les infirmiers et les sages-femmes, la reconnaissance est automatique, car les exigences minimales en termes de formation sont coordonnées. Pour les autres professions réglementées dans la LPSan, qui ne sont pas automatiquement reconnues, comme à l'avenir les IPA, c'est la réglementation générale d'après la directive 2005/36/CE qui s'applique. En cas de différence notable dans la durée ou le contenu de la formation, les États ont la possibilité d'imposer des mesures de compensation sous la forme d'un stage pour adaptation ou d'une épreuve d'aptitude. En effet, l'art. 10 LPSan règle déjà l'équivalence des diplômes étrangers concernés, en particulier en accord avec les prescriptions de la directive mentionnée. Par conséquent, la réglementation prévue concernant les IPA est compatible avec les obligations de la Suisse découlant de l'Accord sur la libre circulation des personnes et de la Convention AELE.

6.3 Forme de l'acte législatif

6.3.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

Selon l'art. 164, al. 1, Cst., toutes les dispositions importantes qui fixent des règles de droit doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale. Appartiennent en particulier à cette catégorie les dispositions fondamentales relatives à la restriction des droits constitutionnels ainsi qu'aux droits et aux obligations des personnes. Les exigences minimales en matière de conditions de travail prévues dans l'avant-projet constituent une atteinte importante aux droits fon-

¹¹⁰ RS 0.822.719.7

¹¹¹ RS 0.142.112.681

¹¹² RS 0.632.31

¹¹³ JO L 255 du 30.9.2005, p. 22.

damentaux, notamment à la liberté économique. Les prescriptions en la matière doivent donc être édictées sous la forme d'une loi fédérale.

La compétence de l'Assemblée fédérale découle de l'art. 163, al. 1, Cst. Le projet est soumis au référendum facultatif (art. 141, al. 1, let. a, Cst.).

6.3.2 Modification de la LPSan

Ce qui précède s'applique également à la modification de la LPSan. L'obligation d'accréditer le cursus de master en *Advanced Practice Nursing* constitue une atteinte importante à l'autonomie des hautes écoles. Le fait d'exiger une autorisation pour pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle constitue, dans l'économie privée, une atteinte à la liberté économique. Par conséquent, les prescriptions en la matière doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale.

6.4 Assujettissement au frein aux dépenses

Les projets en question ne créent pas de nouvelles dispositions relatives aux subventions et n'édictent pas non plus de nouveaux crédits d'engagement ou de plafonds de dépenses ; ils ne sont donc pas soumis au frein aux dépenses (art. 159, al. 3, let. b, Cst.).

6.5 Respect du principe de subsidiarité et du principe d'équivalence fiscale

6.5.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

Les dispositions proposées préservent la souveraineté cantonale en vigueur dans le domaine de la santé, y compris, dans une large mesure, la souveraineté cantonale concernant la réglementation des propres rapports de travail. Comme les prescriptions contenues dans l'avant-projet doivent s'appliquer à toutes les personnes travaillant dans les soins, qu'elles soient engagées sur la base d'un contrat de droit privé ou d'un contrat de droit public, la réglementation proposée semble être le moyen indiqué pour mettre en œuvre l'exigence de l'initiative sur les soins infirmiers selon l'art. 197, ch. 13, al. 1, let. b, Cst. et améliorer à l'échelle nationale les conditions de travail des personnes travaillant dans les soins. Le principe de subsidiarité est donc respecté.

6.5.2 Modification de la LPSan

L'assujettissement prévu de la profession d'IPA à la LPSan a lieu dans le respect du principe de subsidiarité. Comme pour les autres professions de la santé régies par la LPSan, seul ce qui doit être réglé de manière uniforme à l'échelon national dans l'intérêt de la santé publique est normalisé au niveau fédéral.

6.6 Respect des principes de la loi sur les subventions

Les projets ne contiennent pas de dispositions légales sur les subventions et ne font pas non plus l'objet d'une demande de crédits d'engagement ou de plafonds de dépenses ; par conséquent, les principes de la loi sur les subventions ne s'appliquent pas dans le cas présent.

6.7 Délégation de compétences législatives

6.7.1 Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers

Le Conseil fédéral doit fixer des directives concrètes au niveau de l'ordonnance concernant les conditions de travail définies aux art. 5 à 9, 12 et 13. Ce genre de délégation est indiqué parce qu'il concerne les prescriptions de la LTr – des réglementations dont le degré de concrétisation dépasserait le niveau de la loi (cf. concrétisations de la LTr dans l'ordonnance 1 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail¹¹⁴ [OLT 1] et dans l'ordonnance 2 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail¹¹⁵ [OLT 2], par exemple concernant le travail du dimanche ou le service de piquet et les compensations y afférentes). Outre le cadre donné de l'avant-projet, le Conseil fédéral tient aussi compte de la position des partenaires sociaux, que le Conseil fédéral doit consulter lorsqu'il édicte des prescriptions (art. 14).

Dans le détail, le Conseil fédéral doit être habilité à concrétiser certains aspects au niveau de l'ordonnance dans les domaines suivants :

- la compensation du travail supplémentaire (art. 5, al. 3) : augmentation de la compensation minimale soumise aux conditions minimales visées à l'art. 13 LTr ;
- la durée normale de la semaine de travail (art. 6, al. 2) : définition d'une limite de 42 heures maximum (et de 38 heures minimum) ;
- la compensation des heures supplémentaires (art. 7, al. 3 et 4) : définition du nombre d'heures supplémentaires admis et de la période pendant laquelle celles-ci peuvent être effectuées, et augmentation de la compensation minimale ;
- la compensation du travail de nuit (art. 8, al. 2) : augmentation de la compensation minimale soumise aux conditions minimales visées à l'art. 17b LTr ;
- la compensation du travail du dimanche et des jours fériés (art. 9, al. 2) : augmentation de la compensation minimale soumise aux conditions minimales visées à l'art. 20 LTr ;
- le service de piquet et de permanence (art. 12) : prescriptions concernant la comptabilisation comme temps de travail rémunéré et la compensation du service fourni ;
- la communication des plans de service, des services de piquet et de permanence (art. 13, al. 3) : définition du délai de communication, l'art. 13, al. 1, prévoyant un délai minimum de 4 semaines ;
- la compensation pour les missions de travail dérogeant au plan de service (art. 13, al. 3) : définition dans le cadre des dispositions visées à l'art. 13, al. 2 ; le délai de communication du service doit être pris en compte dans les prescriptions du Conseil fédéral.

En vertu de l'art. 26, al. 2, la Confédération participe, pendant cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la LCTSI, aux coûts des contrôles supplémentaires incombant aux autorités d'exécution cantonales pour vérifier l'application des conditions de travail régies par cette loi. Dans ce contexte, le Conseil fédéral reçoit la compétence de régler les détails de la participation aux coûts (cf. explications relatives à l'art. 26, al. 1).

6.7.2 Modification de la LPSan

Dans le cadre de la variante 1 « équivalence des diplômes de formation professionnelle supérieure avec le master en *Advanced Practice Nursing* pour obtenir l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier de pratique avancée (IPA) », l'art. 12, al. 2^{bis}, LPSan prévoit que le Conseil fédéral règle l'équivalence des diplômes de la formation professionnelle supérieure à

¹¹⁴ RS 822.11

¹¹⁵ RS 822.111

un master en *Advanced Practice Nursing* pour l'obtention de l'autorisation de pratiquer en tant qu'IPA. La disposition transitoire à l'art. 34a, al. 3, prévoit que les diplômes suisses délivrés en vertu de l'ancien droit et les diplômes étrangers reconnus équivalents à ces derniers sont considérés équivalents aux diplômes visés à l'art. 12, al. 2, let. h, concernant l'octroi de l'autorisation de pratiquer. La compétence de fixer le type de diplômes précisément concerné revient au Conseil fédéral. Les deux réglementations mentionnées exigent un degré de concrétisation qui ne convient pas au niveau de la loi. En revanche, la délégation au Conseil fédéral permet de réagir rapidement aux besoins du monde de la formation ainsi que des soins.

6.8 Protection des données

En termes de protection des données, les projets ne contiennent pas d'aspects qui ne seraient pas déjà couverts par des prescriptions de la LTr et de la LPSan.