



25.xxx

Message concernant la loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et la modification de la loi sur les professions de la santé

du ...

Madame la Présidente,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Par le présent message, nous vous soumettons le projet d'une loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et le projet d'une modification de la loi fédérale sur les professions de la santé, en vous proposant de les adopter.

Nous vous proposons simultanément de classer les interventions parlementaires suivantes :

- | | | | |
|------|---|---------|--|
| 2018 | P | 18.3602 | Comment garantir la qualité des soins ?
(N 28.9.2018, Marchand-Balet) |
| 2023 | M | 22.3163 | Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé
(N 27.9.2022, Silberschmidt ; E 6.6.2023) |
| 2023 | P | 23.3292 | Intérimaires infirmiers. Quel impact sur les hôpitaux et les emplois ?
(N 29.9.2023, Amoos) |

Nous vous prions d'agréer, Madame la Présidente, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, l'assurance de notre haute considération.

Au nom du Conseil fédéral suisse :

...

La présidente de la Confédération, Karin
Keller-Sutter
Le chancelier de la Confédération, Viktor
Rossi

Condensé

L'initiative sur les soins infirmiers a été acceptée par le peuple et les cantons le 28 novembre 2021. En janvier 2022, le Conseil fédéral a décidé de la mettre en œuvre en deux étapes : la première est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2024 ; la deuxième vise à améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et à améliorer les possibilités de développement professionnel.

Contexte

Le personnel infirmier joue un rôle déterminant dans le système de santé, que ce soit à l'hôpital, à domicile ou dans les EMS. Entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2024, la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers vise à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers. La deuxième étape s'attaque au problème des départs précoces de la profession, qui est l'une des principales raisons de la pénurie actuelle de personnel. L'objectif est de rendre les professions du domaine infirmier plus attrayantes et de maintenir dans la profession les personnes récemment formées en améliorant les conditions de travail et les possibilités de développement professionnel.

Nombre d'études ont analysé les motifs des sorties de la profession. Elles n'ont pas toujours abouti aux mêmes résultats, mais ont permis d'identifier les principales raisons suivantes :

- conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée*
- charge physique et psychique*
- salaire*
- contenu du travail*
- environnement de travail.*

Les études indiquent également que près de la moitié des personnes qui ont quitté leur profession dans les soins infirmiers considèrent que leur départ n'est que temporaire. Des mesures concrètes visant à améliorer les conditions de travail permettraient donc de réduire le nombre de sorties précoces et d'augmenter le nombre de retours dans la profession. C'est sur ce point qu'intervient la nouvelle loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI).

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 soins plus complexes, en particulier dans les soins de longue durée. Les établissements de santé ont des besoins croissants en personnel infirmier hautement qualifié, capable d'agir dans de telles situations sous sa propre responsabilité professionnelle. Cependant, la pénurie de personnel ne touche pas seulement les soins infirmiers : elle touche aussi d'autres groupes professionnels essentiels pour les soins médicaux de base, comme les médecins de famille ou les spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie. Pour remédier à cette situation et permettre la mise en place de modèles de soins innovants dans les soins médicaux de base, le Conseil fédéral propose de modifier la loi fédérale sur les

professions de la santé (LPSan) afin de créer la profession d'infirmier de pratique avancée.

Contenu du projet

Le Conseil fédéral soumet une nouvelle loi, la LCTSI, et une modification de la LPSan.

Avec la LCTSI, le Conseil fédéral propose de légiférer dans dix domaines afin d'améliorer sensiblement les conditions de travail dans les soins infirmiers. Il prévoit en outre d'obliger les partenaires sociaux à négocier des conventions collectives de travail. Ces dernières pourront déroger aux prescriptions de la LCTSI, même en défaveur des travailleurs. Il ne peut toutefois être dérogé aux dispositions contraignantes figurant dans la loi du 13 mars 1964 sur le travail, le code des obligations, les lois cantonales sur le personnel et d'autres lois spéciales que dans un sens favorable au personnel.

Les propositions de modification de la LPSan visent à clarifier la profession d'infirmier de pratique avancée et les conditions d'exercice de cette profession ainsi qu'à réglementer par la suite le master en pratique infirmière avancée. Conformément aux développements internationaux, seul le master en pratique infirmière avancée doit permettre d'obtenir l'autorisation de pratiquer et d'exercer sous sa propre responsabilité professionnelle en tant qu'infirmier de pratique avancée. Le projet permet par ailleurs de mettre en œuvre la motion 22.3163 Silberschmidt « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé », adoptée par le Parlement.

Table des matières

Condensé	3
1 Contexte	8
1.1 Nécessité d’agir et objectifs visés	8
1.1.1 Mise en œuvre de l’art. 117 <i>b</i> de la Constitution (initiative sur les soins infirmiers)	8
1.1.2 Évaluation de la situation actuelle dans les soins infirmiers	9
1.1.3 Estimation des besoins futurs	10
1.1.4 Motifs des sorties de la profession et marge de manœuvre des acteurs dans l’amélioration des conditions de travail	11
1.1.5 Formation	15
1.1.6 Besoin de nouveaux modèles de prise en charge et de nouveaux profils professionnels	17
1.2 Solutions étudiées et solution retenue	18
1.2.1 Options autres que la LCTSI	18
1.2.2 Options autres que la modification de la LPSan	19
1.2.3 Dotation en personnel adaptée aux besoins	20
1.2.4 Dispositions sur la compensation des pénuries provisoires de personnel et obligation de recourir à des viviers de personnel	21
1.3 Relation avec le programme de la législature et avec le plan financier, ainsi qu’avec les stratégies du Conseil fédéral	21
1.4 Classement d’interventions parlementaires	21
1.4.1 Postulat Marchand-Balet 18.3602 « Comment garantir la qualité des soins ? »	21
1.4.2 22.3163 Motion Silberschmidt « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé »	22
1.4.3 23.3292 Postulat Amoos « Intérimaires infirmiers. Quel impact sur les hôpitaux et les emplois ? »	22
2 Procédure préliminaire, consultation comprise	24
2.1 Projet mis en consultation	24
2.2 Aperçu des résultats de la procédure de consultation	25
2.3 Appréciation des résultats de la procédure de consultation	29
2.3.1 LCTSI	29
2.3.2 Modifications de la LPSan	30
2.3.3 Dotation en personnel adaptée aux besoins	32
3 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen	33
3.1 Amélioration des conditions de travail	33
3.1.1 Allemagne	33
3.1.2 Autriche	34

3.1.3	France	34
3.1.4	Italie	34
3.1.5	Angleterre	35
3.2	Réglementation du niveau master en pratique infirmière avancée et rôle des infirmiers de pratique avancée dans le système de santé	35
3.2.1	Allemagne	36
3.2.2	France	37
3.2.3	Italie	38
3.2.4	Canada	39
4	Présentation du projet	40
4.1	Réglementation proposée	40
4.1.1	Contenu du projet de LCTSI	40
4.1.2	Contenu de la modification de la LPSan	41
4.2	Adéquation des moyens requis	41
4.2.1	Augmentation probable des coûts découlant de l'amélioration des conditions de travail	41
4.2.2	Financement du système de santé et options pour le financement relatif aux améliorations des conditions de travail	42
4.3	Mise en œuvre	46
4.3.1	Mise en œuvre de la LCTSI	46
4.3.2	Mise en œuvre des modifications de la LPSan	47
5	Commentaire des dispositions	49
5.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	49
5.2	Modification de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)	67
6	Conséquences	72
6.1	Conséquences pour la Confédération	72
6.1.1	Conséquences de la LCTSI	72
6.1.2	Conséquences des modifications de la LPSan	72
6.2	Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne	73
6.2.1	Conséquences de la LCTSI	73
6.2.2	Conséquences des modifications de la LPSan	74
6.3	Conséquences pour la société et l'économie	74
6.3.1	Conséquences de la LCTSI	74
6.3.2	Conséquences des modifications de la LPSan	78
6.4	Autres conséquences	79
7	Aspects juridiques	80
7.1	Constitutionnalité	80

7.1.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	80
7.1.2	Modification de la LPSan	82
7.2	Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse	83
7.2.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	83
7.2.2	Modification de la LPSan	83
7.3	Forme de l'acte à adopter	84
7.3.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	84
7.3.2	Modification de la LPSan	84
7.4	Frein aux dépenses	85
7.5	Conformité au principe de subsidiarité et d'équivalence fiscale	85
7.5.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	85
7.5.2	Modification de la LPSan	85
7.6	Respect des principes de la loi sur les subventions	85
7.7	Délégation de compétences législatives	86
7.7.1	Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers	86
7.7.2	Modification de la LPSan	87
7.8	Protection des données	87

Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (*projet*) FF 2025 ...

Modification de la loi fédérale sur les professions de la santé (*projet*) FF 2025 ...

Message

1 Contexte

1.1 Nécessité d'agir et objectifs visés

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

Le 28 novembre 2021, le peuple (61 % des voix) et les cantons (22,5 cantons favorables) ont accepté l'initiative populaire fédérale « 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, de les encourager et de veiller à ce que chacun ait accès à des soins infirmiers suffisants et de qualité. Elle les charge en outre de garantir 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 ; Cst.)¹. Les dispositions transitoires prévues à l'art. 197, ch. 13, Cst. exigent pour leur part que l'Assemblée fédérale édicte, dans les quatre ans suivant l'adoption de l'initiative et dans les limites des compétences de la Confédération, des dispositions d'exécution sur la facturation directe des soins infirmiers pris 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. Le 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 élaboré par le Parlement, comprenait 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. Elle visait à promouvoir les titres de formation dans le domaine des soins infirmiers et à concrétiser la possibilité de facturer directement certaines prestations aux assurances sociales. La loi fédérale et les dispositions d'exécution correspondantes sont entrées 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 autres demandes formulées dans l'initiative : 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 prévoyait notamment l'élaboration d'une nouvelle loi sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) et une modification de la loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé (LPSan)³. Par le

¹ RS 101

² RS 811.22

³ RS 811.21

présent message, le Conseil fédéral transmet au Parlement le projet de nouvelle loi fédérale (projet de LCTSI) et le projet de modification de la LPSan.

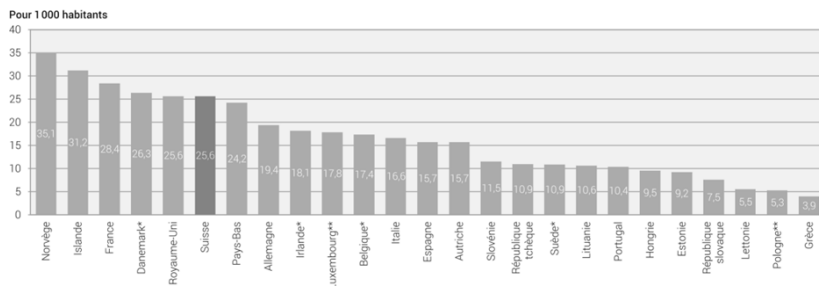
1.1.2 Évaluation de la situation actuelle dans les soins infirmiers

Selon le monitoring national du personnel soignant⁴, 206 762 personnes, tous niveaux de formation confondus, travaillaient dans le domaine des soins et de l'accompagnement en Suisse en 2022, ce qui correspond à 23,5 soignants pour 1000 habitants. Parmi ces personnes, on comptait 98 542 infirmiers titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire (11,1 infirmiers pour 1000 habitants). 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.

Illustration 1

Infirmiers diplômés + personnel soignant intermédiaire + auxiliaires de soins, en 2019

Personnel en exercice



* données 2018

** données 2017

Source: OCDE, exploitation OFS

© OFS 2021

Personnel soignant pour 1000 habitants en comparaison internationale.

(Source : Personnel soignant : la Suisse en comparaison internationale. Office fédéral de la statistique [OFS], 2021⁵)

Malgré cet effectif 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 l'étranger est considérable. Actuellement, près d'un tiers du personnel infirmier diplômé travaillant dans les hôpitaux et les EMS suisses

⁴ L'instrument peut être consulté à l'adresse suivante : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/pfleemo>.

⁵ Le graphique peut être consulté à l'adresse suivante : www.bfs.admin.ch > Actualités > Recherche : personnel soignant (état au 21 mars 2025).

détient un diplôme étranger ; ce taux s'élève même jusqu'à 69 % dans les régions frontalières (dans le canton de Genève, état en 2022).

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 15 900 postes au 4^e trimestre 2024 selon le portail Jobradar⁶. Les annonces de suppression de lits, voire de fermeture de services entiers, ainsi que les rapports annonçant la réduction du nombre de prestations fournies par les services d'aide et de soins à domicile par manque de personnel, se multiplient.

1.1.3 Estimation des besoins futurs

Pour la période allant de 2019 à 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 effectifs⁷, 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 (+13 800) et, dans une moindre mesure, les infirmiers diplômés (+10 700). Entre 2012 et 2022, le nombre de diplômés a nettement progressé à tous les niveaux de qualification : de 4000 à 6450 au niveau secondaire II et de 1800 à 3160 au niveau tertiaire⁸. Malgré la tendance positive en matière de formation (voir aussi ch. 1.1.5), les modèles de prévision indiquent que cette évolution ne couvrira que partiellement les besoins futurs en personnel soignant : 67 % pour les soignants titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire et 80 % pour le personnel de soins et d'accompagnement du niveau secondaire II⁹. 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 en promouvant la formation.

⁶ Le portail peut être consulté à l'adresse suivante : www.x28.ch/jobradar.

⁷ Le rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de la santé 2016 peut être consulté à l'adresse suivante : www.gdk-cds.ch > Services > Documents > Recherche (état au 21 mars 2025).

⁸ Le monitoring national du personnel soignant, dont sont tirés ces chiffres, peut être consulté à l'adresse suivante : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/pflemo> (état au 21 mars 2025).

⁹ Clémence Mercay, Annette Grünig et Peter Dolder, *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, pp. 72 à 75.

Cependant, la promotion des titres de formation ne suffira pas 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 les données du projet de cohorte suisse des professionnels de la santé et des proches aidants (SCOHPICA), en 2022, 24 % du personnel soignant intermédiaire a exprimé son intention de quitter la profession, alors que 29 % a répondu que leur décision dépendrait du contexte de travail. Pour le personnel infirmier, la proportion s'élevait respectivement à 18 et 24 %¹⁰. Même si les chiffres de SCOHPICA ne reposent pas sur une enquête représentative, ils confirment les résultats d'autres études et enquêtes (p. ex. celle de Lobsiger & Liechti¹¹.) Les départs précoces de la profession représentent 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 de l'augmentation du nombre de diplômés, il est donc aussi nécessaire de maintenir les professionnels plus longtemps en activité afin de pouvoir couvrir les besoins en personnel soignant à long terme.

1.1.4 **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 cherché à identifier les facteurs 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 sont multiples et personnelles et dépendent du lieu de travail ainsi que de la situation de chaque personne sur les plans privé et professionnel. Par conséquent, les études n'ont pas toujours abouti aux mêmes résultats (voir entre autres les études de la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft

¹⁰ Valérie Rezzonico, Sara Esther Geiser, Léonard Roth, Jonathan Jubin, Émilie Antille, Vladimir Jolidon, Annie Oulevey Bachmann, Ingrid Gilles et Isabelle Peytremann-Bridevaux, *L'intention de rester dans la profession des professionnels de la santé en Suisse. SCOHPICA – Cohorte suisse des professionnelles et professionnels de la santé et des proches aidantes et proches aidants*, Neuchâtel, Obsan Bulletin 09/2024

¹¹ Michael Lobsiger et David Liechti, *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 Clémence Mercay, Annette Grünig et Peter Dolder, *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

[ZHAW]¹³, Swiss Nursing Homes Resources Project¹⁴, Work-related Stress Among Health Professionals in Switzerland¹⁵ ou SCOPICA¹⁶). Néanmoins, elles ont permis d'identifier certains points qui semblent exercer une influence particulièrement forte. Le rapport national de 2021 sur le personnel de santé en Suisse¹⁷ et l'analyse d'impact de la réglementation (AIR) relative à la LCTSI¹⁸ mentionnent les principales raisons suivantes.

- **Conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée** (modèles de travail, possibilités de planification, travail le week-end 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 ainsi que la détresse chronique découlant de l'impossibilité de satisfaire à ses propres exigences en matière d'éthique professionnelle par manque de temps)
- **Salaire** (grille salariale et 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 définis en fonction des 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).

Les chiffres de SCOPICA montrent que, en 2022, 24 % du personnel soignant intermédiaire et 18 % du personnel infirmier diplômé n'avait pas du tout l'intention de rester dans la profession ou ne comptait pas y rester, soit les taux les plus faibles de

- ¹³ René Schaffert, Ines Trede, Miriam Grønning, Miriam Hänni, Andreas Bänziger *et al.*, *Berufskarrieren Pflege. Resultate einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von diplomierten Pflegenden und Erkenntnisse aus einem kombinierten Datensatz zu diplomierten Pflegenden und Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit*, 2021. L'étude peut être consultée à l'adresse suivante : www.zhaw.ch > Gesundheit > Forschung > Public Health > Projekte.
- ¹⁴ Franziska Züniga, Lauriane Favez, Sonja Baumann *et al.*, *Swiss Nursing Homes Resources Project 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande*, Université de Bâle, 2021. L'étude peut être consultée à l'adresse suivante : www.shurp.unibas.ch.
- ¹⁵ Karin A. Peter, Fabienne Renggli, Xenia Schmidt *et al.*, *Le stress au travail chez les professionnel-le-s de santé en Suisse – Rapport final STRAIN*. Haute école spécialisée bernoise, Département de la santé. L'étude peut être consultée à l'adresse suivante : www.bfh.ch > Recherche + Services > Projets > STRAIN (« Workrelated Stress Among Health Professionals in Switzerland »).
- ¹⁶ Les résultats du projet SCOPICA peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.scohpic.ch.
- ¹⁷ Clémence Merçay, Annette Grünig et Peter Dolder, *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.
- ¹⁸ Miriam Frey, Mirjam Suri et Dominic Voll, *Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers – Analyse d'impact de la réglementation. Rapport final*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2024. L'étude peut être consultée à l'adresse : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (rapport en allemand avec résumé en français).

tous les professionnels de la santé¹⁹. Selon l'étude de la ZHAW (2021), près de la moitié des personnes qui ont quitté leur profession dans les soins et qui n'exerçaient pas une activité lucrative au moment de l'enquête considèrent leur départ comme étant seulement temporaire. Une stratégie claire et des mesures qui se fondent 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. C'est également la conclusion des études citées plus haut, qui recommandent d'agir au niveau des établissements et au niveau des branches, mais aussi en légiférant.

Mesures prises au niveau des établissements : exemples issus de la pratique

Deux récents exemples du canton de Zurich montrent que des mesures prises au niveau des établissements peuvent également influencer de manière positive sur la situation du personnel. Au printemps 2022, la ville de Zurich a lancé le programme *Stärkung Pflege*²⁰ (renforcement des soins), avec pour objectif d'améliorer dans le *Stadspital Zürich* les conditions d'emploi et de travail du personnel des soins et de l'accompagnement ainsi que des professions paramédicales. Mis en œuvre en étroite collaboration avec le personnel concerné, ce projet a été très bien accueilli. 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 le personnel peut travailler 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 vivier 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 ses compétences de direction (ES / HES). Après un an, ces mesures montrent déjà de premiers résultats positifs : si les augmentations de salaire ont 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 de Zurich est passé de 60 à 15 postes. De plus, depuis l'introduction de ces mesures, l'hôpital doit beaucoup moins recourir à du personnel temporaire.

Un autre exemple, celui du modèle de temps de travail de l'hôpital de Bülach, montre que les mesures prises au niveau de l'établissement améliorent la situation du personnel. Depuis avril 2023, tous les collaborateurs des soins infirmiers peuvent choisir

- 19 Valérie Rezzonico, Sara Esther Geiser, Léonard Roth, Jonathan Jubin, Émilie Antille, Vladimir Jolidon, Annie Oulevey Bachmann, Ingrid Gilles et Isabelle Peytremann-Bridevaux, *L'intention de rester dans la profession des professionnels de la santé en Suisse. SCOHPICA – Cohorte suisse des professionnelles et professionnels de santé et des proches aidantes et proches aidants*, Neuchâtel, Obsan Bulletin 09/2024,
- 20 *Programm Stärkung Pflege. Bericht zur Beantwortung von drei Vorstössen bezüglich Fachkräftemangel in Pflegeberufen im Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich*. Beilage zu STRB Nr. 3223/2023. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : www.stadt-zuerich.ch > Politik & Recht > Stadtrat > Geschäfte des Stadtrats > Stadtratsbeschlüsse > STRB Nr. 3223/2023.

d'être affectés aux niveaux *Fix*, *Flex Day*, *Flex* ou *Superflex*. Ces quatre niveaux se distinguent par la flexibilité avec laquelle les collaborateurs souhaitent ou peuvent s'engager dans leur travail et par la spontanéité des demandes de remplacement à court terme : les collaborateurs affectés au niveau *Fix* ne travaillent qu'à heures fixes et ne font aucun service de nuit ni aucun remplacement. Ceux qui ont opté pour les niveaux *Flex Day* ou *Flex* doivent effectuer des remplacements ou échanger leur service au moins douze fois par an et, suivant le niveau choisi, ils sont également astreints aux services de nuit. Les collaborateurs ayant choisi le niveau *Superflex* sont prêts à travailler selon un planning flexible et à faire des services de nuit et sont aussi tenus d'effectuer des remplacements ou d'échanger des services au moins 18 fois par an. Une allocation pouvant se monter jusqu'à 350 francs par mois est versée selon le niveau²¹. Le taux de fluctuation a baissé de 69 % et l'absentéisme a reculé de 34 % depuis l'introduction de ce modèle. De même, les besoins en personnel temporaire ont sensiblement diminué, passant de 856 interventions en 2022 à seulement 30 en 2024. Le versement des allocations a certes entraîné des coûts supplémentaires annuels de 900 000 francs, mais le bilan est positif : la seule baisse des besoins en personnel temporaire a permis de diminuer les coûts de 1,235 million de francs (année civile 2024 par rapport à l'année civile 2023). Par ailleurs, l'hôpital peut constater un effet positif sur la satisfaction des employés (90 % de satisfaction) ainsi que sur le recrutement.

Compétences de la Confédération et des cantons

Le nouvel art. 117b Cst., introduit à la suite 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 infirmiers. Par conséquent, au niveau fédéral, le projet de LCTSI permet d'aborder une partie seulement des défis qui se posent dans ce domaine. Outre la législation, il est évident que les partenaires sociaux et les cantons doivent encore faire des efforts pour améliorer les conditions de travail. 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, les associations professionnelles et les syndicats sont convenus du besoin d'agir et ont indiqué les mesures nécessaires dans une déclaration commune²². Les exemples du canton de Zurich montrent ce qu'il est possible de mettre en place avec le droit en vigueur. Toujours est-il que le projet de LCTSI améliore la situation de tous les travailleurs dans le domaine des soins infirmiers, tout en laissant aux partenaires sociaux la possibilité de convenir de réglementations allant au-delà de la nouvelle loi.

²¹ Les informations sur les modèles de temps de travail des soins infirmiers de l'hôpital de Bülach peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.spitalbuelach.ch.

²² La déclaration commune peut être consultée à l'adresse suivante : www.gdk-cds.ch > Professions de la santé > Professions de la santé non universitaires > Article constitutionnel « soins infirmiers » (consulté le 21 mars 2025).

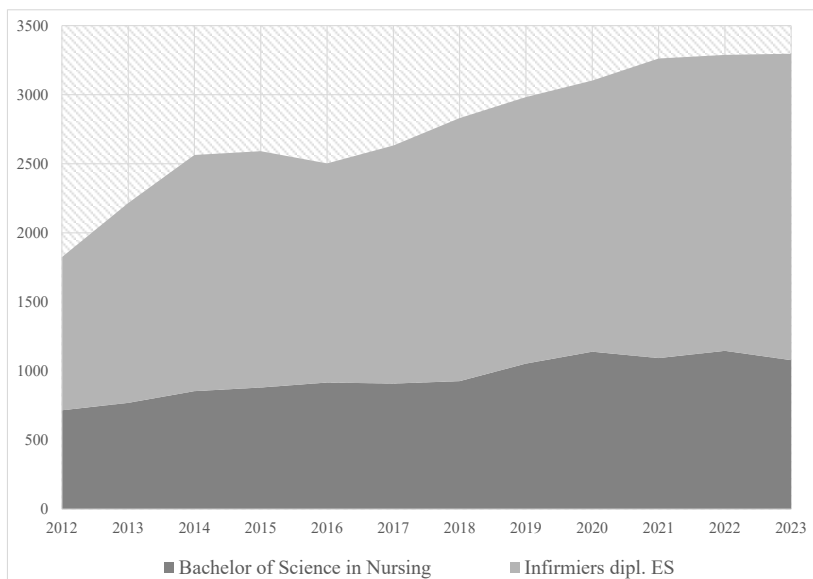
1.1.5 Formation

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 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 ou gériatriques. 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 traditions de formation très différentes 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 universitaires, tandis que les confrères alémaniques sont majoritairement issus de la formation professionnelle supérieure.

Ces dix dernières années, davantage de diplômes en soins infirmiers ont été délivrés : les titres de bachelor (Bachelor of Science ; BSc) sont passés 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 de deux tiers du personnel infirmier diplômé, tandis que les BSc en soins infirmiers en constituent environ un tiers.

Illustration 2



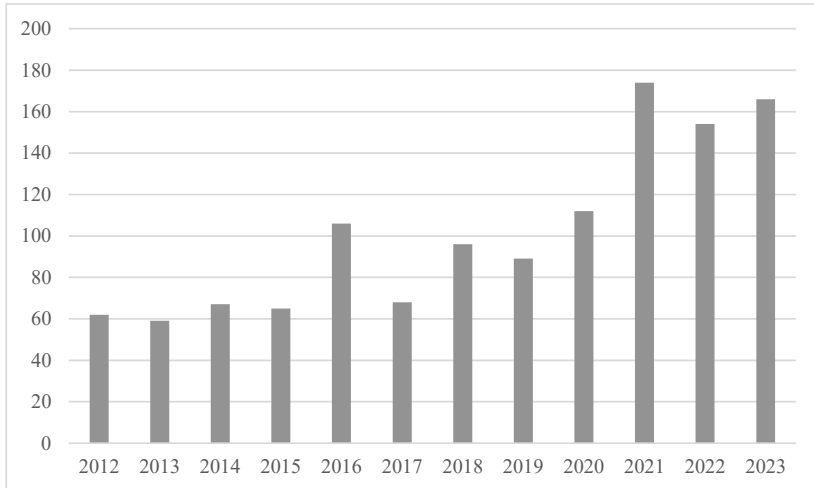
Statistique des titres de formation d’infirmiers diplômés ES et de Bachelor of Sciences en soins infirmiers délivrés entre 2012 et 2023

(Source : monitoring national du personnel soignant²³)

²³ Le monitoring national du personnel soignant peut être consulté à l’adresse suivante : <https://ind.obsan.admin.ch/fr/pflemo> (état au 21 mars 2025).

Bien que le nombre de diplômes de master en sciences infirmières (MSc) soit nettement inférieur, il a plus que doublé au cours des dix dernières années. Des filières de formation sont proposées par diverses HES et par les universités de Bâle et de Lausanne, avec une orientation dans le domaine clinique et dans la recherche.

Illustration 3



Statistique des titres de Master of Sciences en sciences infirmières délivrés entre 2012 et 2022

(Source : chiffres de l'OFS)

1.1.6 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, ces prochaines années seront marquées par une pénurie de personnel qualifié dans les soins de base, due notamment aux départs à la retraite, aux sorties précoces de la profession ou encore à la recrudescence du travail à temps partiel (cf. ch. 1.1.2 à 1.1.4).

Les groupes professionnels essentiels pour les soins médicaux de base sont particulièrement touchés par la pénurie de personnel. Outre le personnel infirmier, cette situation concerne en particulier les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie

et les médecins de famille²⁴. Selon la FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), un médecin sur quatre exerçant en Suisse est âgé de 60 ans et plus²⁵. Au vu de ces évolutions, des modèles de soins innovants sont nécessaires dans les soins médicaux de base.

Dans ce contexte, la délégation et le partage de tâches (*task shifting* et *task sharing*), qui consistent à transférer, en tout ou en partie, la réalisation de certaines activités cliniques d'une profession de la santé (généralement médicale) à une autre (généralement non médicale), jouent un rôle essentiel. 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. Elle nécessite toutefois le développement de profils professionnels étendus pour les infirmiers, de manière à ce qu'ils soient suffisamment formés pour fournir des prestations de qualité équivalente à celles des médecins et en assumer l'entière responsabilité. Les infirmiers de pratique avancée (*Advanced Practice Nurse* [APN]) au profil professionnel élargi répondent à ce besoin.

1.2 Solutions étudiées et solution retenue

1.2.1 Options autres que la LCTSI

Lors de la mise en œuvre de la deuxième étape de l'initiative sur les soins infirmiers, le Conseil fédéral a tenu à ne pas remettre en cause la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons et à renforcer le partenariat social. Il a donc soigneusement analysé les domaines dans lesquels il est possible de légiférer au niveau fédéral pour améliorer les conditions de travail. Sur la base de ces résultats, il a élaboré la nouvelle LCTSI. Celle-ci contient dix dispositions sur les conditions de travail et l'obligation de négocier des CCT. D'autres approches ont été examinées en lien avec les sujets suivants.

Intégration des dispositions sur les conditions de travail dans les soins infirmiers dans la loi sur le travail et le code des obligations

Il serait en principe envisageable d'édicter les dispositions proposées pour améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers sous une autre forme qu'une nouvelle loi fédérale. D'autres solutions ont été étudiées dans une phase précoce du projet, notamment l'adoption d'un contrat-type de travail pour le personnel soignant au niveau national, l'extension du champ d'application de la loi du 13 mars 1964 sur le travail (LTr)²⁶ ou l'adaptation du code des obligations (CO)²⁷. Lors de la procédure de consultation, l'Association des offices suisses du travail et une majorité

²⁴ Laila Burla, Marcel Widmer et Cinzia Zeltner, *Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse*, rapport Obsan 04/2022, p. 5

²⁵ L'article « FMH (2024) Statistique médicale 2023 : 40 % de médecins étrangers » du Bulletin des médecins suisses (n° 11, 2024) peut être consulté à l'adresse suivante : www.fmh.ch > Thèmes > Statistique médicale > Statistiques médicales de la FMH.

²⁶ RS 822.11

²⁷ RS 220

des cantons ont demandé que la LTr et les ordonnances y afférentes soient adaptées en lieu et place d'une nouvelle loi.

Toutefois, cette approche présenterait des inconvénients majeurs. En effet, ni la LTr ni le CO ne prévoient de dispositions spécifiques pour certains groupes professionnels. Par conséquent, il serait contraire au système de définir des dispositions spécifiques aux professions infirmières dans la LTr ou dans les ordonnances correspondantes. Cette solution aurait pour principal inconvénient que les nouvelles dispositions ne s'appliqueraient pas aux employés dont l'employeur n'est pas soumis à la LTr. Ces personnes ne verraient donc aucune amélioration de leurs conditions de travail. Sur la base de l'art. 110, al. 1, Cst. et en application de l'art. 197, ch. 13, let. c, Cst., le Conseil fédéral propose dès lors de régler les conditions de travail spécifiques au domaine des soins infirmiers dans une loi spécifique.

Introduction d'une obligation de négocier une CCT

Les conditions de travail du personnel soignant dépendent du contexte dans lequel s'insèrent les soins. Afin de renforcer le partenariat social, la LCTSI contient non seulement des dispositions pour dix domaines ayant un impact sur la satisfaction au travail du personnel soignant, mais également une obligation de négocier une CCT.

Le Conseil fédéral s'est délibérément limité à l'introduction d'une obligation de *négocier* une CCT, une obligation de *conclure* une CCT enfreignant la liberté d'association²⁸. Les dispositions de la LCTSI s'appliquent si aucune CCT n'est conclue, ce qui permet d'améliorer rapidement la situation du personnel soignant sur des points essentiels. En parallèle, la possibilité de déroger aux dispositions de la LCTSI dans une CCT, même dans un sens défavorable au personnel soignant (dans le respect des dispositions légales contraignantes), incite notamment les employeurs à en conclure une (cf. ch. 5.1).

1.2.2 Options autres que la modification de la LPSan

La révision de la LPSan permet de définir au niveau national des standards en matière de pratique infirmière avancée, notamment en ce qui concerne la formation et l'exercice de la profession d'IPA.

Une autre solution aurait pu consister à renoncer à une telle réglementation en vertu du respect de l'autonomie des hautes écoles universitaires. Néanmoins, une telle décision aurait probablement contribué à scinder davantage les régions linguistiques, dont les pratiques en matière de formation diffèrent de manière substantielle.

Une réglementation au niveau national permet également d'asseoir la légitimité de la profession et de faciliter la compréhension de la fonction des IPA auprès des acteurs du système de santé et de la population. Elle vise en outre à pérenniser l'offre quali-

²⁸ 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, no 124. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

tative et sécuritaire de soins en Suisse. Cet élargissement des perspectives de carrière doit également contribuer à ce que les infirmiers restent dans la profession.

1.2.3 Dotation en personnel adaptée aux besoins

Par le passé, ce sont surtout les organisations syndicales qui ont demandé de définir une dotation en personnel adaptée aux besoins. Cette demande a également été formulée à plusieurs reprises dans le cadre de l'initiative sur les soins infirmiers. Dans son mandat du 23 janvier 2023, le Conseil fédéral prévoyait donc 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 sur la composition optimale des équipes en fonction des compétences, de l'expérience et des diplômes (*skill-grade-mix*) pour différents contextes de soins, l'objectif par la suite étant de les déclarer contraignantes.

Ces recommandations ont d'abord été considérées comme un moyen de permettre une dotation en personnel adéquate sans fixer un nombre minimum d'infirmiers par patient. Ce ratio, jugé trop rigide, réduirait fortement la flexibilité dont doivent disposer les entreprises pour assurer un bon équilibre entre expérience et diplômes dans un contexte où interviennent plusieurs professions. Dans le cadre des travaux préparatoires, des experts issus des soins infirmiers ont par ailleurs exprimé la crainte que l'introduction d'un ratio d'infirmiers par patient n'aggrave les problèmes de recrutement. Ces arguments plaident également contre des règles contraignantes pour assurer un bon équilibre entre expérience et diplômes (*skill-grade-mix*). Comme il n'y a actuellement aucune donnée fiable sur la manière de calculer une dotation en personnel répondant de manière optimale aux besoins, l'élaboration de recommandations concrètes relève du défi. Preuve en est que les règles fixées par certains cantons en matière de dotation en personnel se fondent 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 règles ou les recommandations soient trop générales et, de ce fait, trop peu concluantes. Ou alors qu'elles soient trop détaillées, et donc très complexes et difficiles à mettre en œuvre.

Pour ces raisons, le Conseil fédéral a renoncé à introduire une obligation légale pour les associations d'élaborer des recommandations pour une dotation en personnel adaptée aux besoins. Par ailleurs, il considère qu'il serait 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 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)²⁹, les cantons sont tenus de vérifier si ces établissements disposent du personnel qualifié nécessaire.

²⁹ RS 832.10

1.2.4 Dispositions sur la compensation des pénuries provisoires de personnel et obligation de recourir à des viviers de personnel

Sur la base des résultats de l’AIR³⁰, le Conseil fédéral renonce à obliger les établissements de santé à recourir à des viviers de personnel. Une telle obligation constitue une atteinte trop importante à la liberté d’organisation des établissements de santé et elle étoufferait, dans la pratique, les autres solutions. L’AIR souligne toutefois aussi qu’encourager la création de viviers de personnel au niveau cantonal ou régional (p. ex. par les cantons) constitue une mesure judicieuse pour réduire les missions de courte durée.

1.3 Relation avec le programme de la législature et avec le plan financier, ainsi qu’avec les stratégies du Conseil fédéral

Le projet a été annoncé dans le message du 24 janvier 2024 sur le programme de la législature 2023 à 2027³¹ et dans l’arrêté fédéral du 6 juin 2024 sur le programme de la législature 2023 à 2027³².

Aucune nouvelle tâche n’étant prévue pour la Confédération, le présent projet de loi n’entraînera pas de charges supplémentaires directes pour les finances fédérales.

1.4 Classement d’interventions parlementaires

Les présents projets de loi permettent de mettre en œuvre les interventions parlementaires ci-après. Le Conseil fédéral propose donc au Parlement de les classer.

1.4.1 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 au Conseil fédéral d’établir un rapport qui indique les risques que courent les patients lorsqu’il y a trop peu de personnel soignant et en particulier trop peu de personnel infirmier. Ce rapport 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

³⁰ Miriam Frey, Mirjam Suri et Dominic Voll, *Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers - Analyse d’impact de la réglementation. Rapport final*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2024, pp. 43 à 45. Le rapport peut être consulté à l’adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (rapport en allemand avec résumé en français).

³¹ FF 2024 525

³² FF 2024 1440, art. 14, mesure 74

a été chargé d'élaborer un rapport de recherche³³. Celui-ci indique que la dotation en personnel soignant constitue une dimension importante de la qualité des soins, qui est cependant complexe et influencée par différents facteurs. Le rapport de recherche livre aussi un aperçu des mesures et des dispositions légales dans 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 un nombre plus élevé d'agressions 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.

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 en tient compte en mettant en œuvre l'initiative sur les soins infirmiers. Pour différentes raisons, il renonce toutefois à obliger légalement les associations à élaborer des recommandations pour garantir une dotation en personnel adaptée aux besoins (cf. ch. 1.2.3). L'objectif du postulat est atteint par l'établissement du présent message.

1.4.2 23.3163 Motion Silberschmidt « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé »

Le Conseil des États a adopté cette motion le 6 juin 2023. 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 transmises 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 met en œuvre ce mandat en proposant les modifications de la LP-San, de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd)³⁴ et de la loi du 18 mars 2011 sur les professions de la psychologie (LPsy)³⁵.

1.4.3 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 charge le Conseil fédéral d'étudier l'impact du recours au personnel infirmier intérimaire.

³³ Michael Simon *et al.*, *Comment garantir la qualité des soins ? Rapport de recherche sur mandat de l'OFSP*, 2020. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : www.ofsp.admin.ch/lctsi > Documents.

³⁴ RS 811.11

³⁵ RS 935.81

naire 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'AIR relative à la LCTSI. Le Conseil fédéral estime donc que l'objectif du postulat est atteint.

2 Procédure préliminaire, consultation comprise

2.1 Projet mis en consultation

La consultation relative à la deuxième étape de la mise en œuvre de l’initiative sur les soins infirmiers³⁶ s’est déroulée du 8 mai au 29 août 2024.

Comme le présent message, le projet mis en consultation comprenait deux projets législatifs : l’avant-projet de loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (avant-projet de LCTSI) et le projet de modification de la LPSan.

Avant-projet de LCTSI

Avec la nouvelle LCTSI, le Conseil fédéral vise à améliorer les conditions de travail et à augmenter la durée d’exercice de la profession. Les professions du domaine infirmier doivent par ailleurs devenir plus attrayantes pour les personnes nouvellement qualifiées, afin d’éviter les pénuries de personnel prévisibles.

À cette fin, le Conseil fédéral a proposé dans l’avant-projet de LCTSI, outre l’obligation pour les partenaires sociaux de négocier des CCT, dix dispositions pour améliorer les conditions de travail. Deux options ont été soumises aux participants à la consultation :

- l’**option 1** prévoyait la possibilité de déroger aux prescriptions de la LCTSI au moyen d’une CCT, même en défaveur des travailleurs, mais toujours dans le respect des dispositions contraignantes de la LTr, du CO, des lois cantonales sur le personnel et d’autres lois spéciales ;
- l’**option 2** n’autorisait des dérogations à la LCTSI au moyen de conventions collectives de travail qu’en faveur des travailleurs.

Afin de suivre les effets de l’avant-projet de LCTSI, le Conseil fédéral prévoyait d’autoriser les cantons à instituer des commissions cantonales dans le domaine des soins infirmiers. Celles-ci devaient notamment observer l’évolution du nombre et du contenu des CCT conclues dans les soins infirmiers, les effets du volume du personnel et de ses conditions de travail sur la qualité des soins de santé et l’évolution des coûts de la santé. Ces commissions pouvaient également exercer une certaine pression sur les employeurs qui ne respecteraient pas les dispositions de la LCTSI ou les conditions de travail usuelles dans les soins infirmiers.

³⁶ Les documents relatifs à la consultation sont disponibles à l’adresse suivante : www.fedlex.admin.ch > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2024 > DFI

L’AIR relative à la LCTSI³⁷ et l’examen approfondi de questions spécifiques à la mise en œuvre de la LCTSI, effectué à la suite de la mise en consultation³⁸, peuvent être consultés sur le site Internet de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Modification de la LPSan

En modifiant la LPSan, le Conseil fédéral souhaite notamment améliorer les possibilités de développement professionnel dans le domaine des soins infirmiers. À cet effet, il a proposé d’apporter les modifications suivantes à la loi :

- réglementation du master en pratique infirmière avancée ;
- définition de la profession d’IPA ;
- réglementation de l’accès à l’exercice de la profession d’IPA sous sa propre responsabilité professionnelle.

La réglementation des compétences numériques du personnel soignant est venue compléter ces changements. Conformément à la motion Silberschmidt 22.3163, cette réglementation devrait être inscrite simultanément dans la LPSan, la LPMéd et la LPsy.

Compte tenu des particularités du système de formation suisse, le Conseil fédéral a mis en consultation deux options concernant la réglementation de l’accès à l’exercice de la profession d’IPA sous sa propre responsabilité professionnelle :

- dans l’**option 1**, il a proposé que d’autres diplômes que le master HES/HEU en pratique infirmière avancée donnent aussi accès à la profession d’IPA ;
- dans l’**option 2**, il a proposé que seul le master en pratique infirmière avancée permette d’obtenir l’autorisation de pratiquer et d’exercer la profession d’IPA.

2.2 Aperçu des résultats de la procédure de consultation

Les gouvernements des 26 cantons, la Conférence des gouvernements cantonaux, la CDS, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de l’instruction publique (CDIP), dix partis politiques, trois associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national, huit associations faîtières de l’économie qui œuvrent au niveau national et 69 autres organisations ont été invités à participer à la procédure de consultation.

Les 26 cantons, la CDS, la CDIP, sept partis politiques (Le Centre, le PEV, le PLR, le PSS, l’UDC, les Verts et les Vert’libéraux), quatre associations faîtières de l’économie (l’Union patronale suisse, l’Union suisse des arts et métiers, l’USS et Travail.Suisse) et 35 organisations (notamment des institutions de formation, des asso-

³⁷ Miriam Frey, Mirjam Suri et Dominic Voll, *Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers – Analyse d’impact de la réglementation. Rapport final*, Bâle BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2024. Le rapport peut être consulté à l’adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents.

³⁸ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l’adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

ciations professionnelles et des associations de fournisseurs de prestations) se sont prononcés. En outre, 102 autres organisations et institutions, en particulier des associations professionnelles cantonales, des institutions de formation et des fournisseurs de prestations, qui n'avaient pas été expressément invitées à participer à la consultation, ont donné leur avis.

Avis sur la LCTSI

La CDS et une grande majorité des cantons ont demandé une révision approfondie de la LCTSI. Les cantons ont émis de grandes réserves quant à la création d'une loi spéciale. Ils ont proposé que les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers soient améliorées par une modification de la LTr et du droit d'exécution y afférent. Les cantons craignent par ailleurs que les mesures proposées entraînent diverses conséquences négatives : les besoins en personnel risqueraient d'augmenter, ce qui aggraverait la pénurie. Les employeurs du domaine de la santé et du domaine social seraient également soumis à une pression accrue pour améliorer les conditions de travail des autres professions exercées dans leurs institutions, ce qui déboucherait sur des coûts supplémentaires.

La majorité des cantons ont principalement critiqué le fait que le rapport explicatif reste très vague sur le montant et le financement des coûts supplémentaires prévisibles. Ils ont aussi déploré le manque de transparence par rapport aux coûts supplémentaires qui en résulteront pour les cantons, les communes et ceux qui paient les primes. En outre, ils ont demandé que la Confédération augmente les contributions au financement des soins fixées dans l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)³⁹ dans la même proportion que les coûts résiduels pour les cantons et les communes.

Lors du choix entre les deux options, la CDS et tous les cantons, à l'exception de Berne, Genève, Glaris et du Valais, se sont prononcés en faveur de l'option 1, qui prévoit également des dérogations par voie de CCT en défaveur des travailleurs.

Ils ont toutefois regretté que le Conseil fédéral ait renoncé à fixer des règles en matière de dotation en personnel adaptée aux besoins.

Les avis des partis représentés à l'Assemblée fédérale divergent fortement. Alors que le PLR et l'UDC ont trouvé que la proposition allait trop loin, le PEV, le PVL, les Verts et le PSS ont estimé qu'il fallait la compléter. Une majorité des partis (Le Centre, le PVL, les Verts et le PSS) se sont prononcés explicitement pour l'option 2 (seules des dérogations en faveur des travailleurs sont possibles), alors que le PLR et l'UDC se sont dits favorables à l'option 1. Tous les partis ont déploré le manque d'informations sur le financement tout comme l'absence de réglementation sur la dotation en personnel adaptée aux besoins.

Les autres participants ont donné des avis similaires. Ils ont largement soutenu l'objectif principal du projet, à savoir l'amélioration des conditions de travail, mais les organisations syndicales ont estimé que les propositions du Conseil fédéral n'étaient pas assez détaillées, alors que les associations professionnelles et les fédérations de fournisseurs de prestations ont rejeté les mesures touchant aux conditions de travail,

³⁹ RS 832.112.31

les jugeant trop importantes. Ce groupe d'acteurs a également déploré l'absence de réglementation relative au financement et a considéré que cet aspect pourrait mettre en péril le succès du projet. Les travailleurs, en particulier, regrettent que l'on renonce à une réglementation sur la dotation en personnel adaptée aux besoins. Le choix de l'option dépend aussi de la position des participants au sein de leur organisation : les employeurs ont préféré l'option 1, les travailleurs l'option 2.

Avis sur les modifications de la LPSan

Une grande partie des participants ont approuvé les propositions de modification de la LPSan.

Une majorité des participants (74,5 % des organisations invitées et 65 % de l'ensemble des participants) s'est prononcée en faveur l'option 2 (seul le master permet d'obtenir l'autorisation de pratiquer et d'exercer la profession d'IPA). La CDIP, les cantons de Neuchâtel, de Schaffhouse, d'Uri et de Zurich, ainsi que Le Centre, le PVL et l'UDC ont préféré l'option 1 (outre le master, les diplômes de la formation professionnelle supérieure doivent également donner accès à la profession d'IPA). La CDS, une majorité des cantons, le PLR, le PSS et les Verts ainsi que les représentants des travailleurs et des fournisseurs de prestations ont soutenu l'option 2.

Parallèlement, la majorité des cantons, les organisations syndicales et les fédérations de fournisseurs de prestations ont demandé que la passerelle pour les titulaires d'un diplôme d'infirmier (ES) vers l'obtention d'un bachelor en soins infirmiers soit simplifiée.

Certains cantons et les travailleurs ont souhaité que les autorisations de porter le titre d'IPA APN-CH délivrées avant la révision conduisent directement à l'autorisation d'exercer la profession, sans qu'une nouvelle décision cantonale ne soit nécessaire.

La CDS, la CDIP et la majorité des cantons (69 %) ont soutenu la réglementation relative au master avec une orientation dans le domaine clinique. Ils ont également souhaité que la formation favorise le développement d'un domaine de pratique et ne vise pas l'acquisition de compétences élargies isolées. Certains cantons ont par ailleurs demandé des précisions sur les dispositions transitoires du texte de loi et ont douté qu'un délai transitoire de cinq ans soit suffisant. Divers acteurs ont jugé que la dénomination proposée pour le master était imprécise et proposé des modifications.

L'UDC a rejeté les considérations sur la facturation directe des prestations qui accompagnent la création d'une nouvelle profession de la santé. Le PSS, les organisations syndicales et les fournisseurs de prestations ont soutenu quant à eux cette idée. Pour Le Centre, il est essentiel que la création de la profession d'IPA, qui implique la délégation ou le partage de tâches (*task shifting* ou *task sharing*), n'entraîne pas une augmentation des volumes des prestations aux dépens de ceux qui paient les primes.

Différents acteurs ont émis des commentaires sur la formulation de l'art. 3, al. 2, let. j, concernant les compétences numériques des professionnels de la santé. Ils ont notamment critiqué le fait que le personnel de santé doive transmettre les connaissances sur l'utilisation des instruments numériques. Certains participants à la consultation ont également demandé que les conseils en matière d'utilisation et d'application des instruments numériques soient rémunérés.

Le rapport détaillé sur les résultats de la consultation peut être consulté à l'adresse suivante : www.fedlex.admin.ch > Consultations > Consultations terminées > 2024 > DFI.

2.3 Appréciation des résultats de la procédure de consultation

2.3.1 LCTSI

Lors de la procédure de consultation, une grande majorité des participants (plus de 80 %) ont répondu qu'ils rejetaient l'avant-projet de LCTSI et souhaitaient qu'il soit complètement remanié. Les raisons invoquées divergent : certains estiment que l'avant-projet n'est pas assez détaillé et d'autres pensent qu'il l'est trop. Le Conseil fédéral ne peut donc satisfaire les deux parties en modifiant le projet. Y renoncer n'est pas non plus envisageable, compte tenu du mandat clair donné par le peuple (61 % de oui, et 22,5 cantons favorables) et de l'importance incontestée des mesures à prendre dans le domaine des soins infirmiers.

Dès lors, le Conseil fédéral a décidé de s'en tenir aux grandes lignes du projet mis en consultation. Il propose ainsi la création d'une nouvelle loi à laquelle il apporte quelques optimisations afin de répondre aux critiques formulées lors de la consultation. Il a retenu l'option 1, à savoir qu'une CCT doit pouvoir déroger aux dispositions de la LCTSI et du droit d'exécution y afférent, même en défaveur des employés. Il a apporté les modifications suivantes au projet de LCTSI.

- *Durée normale de la semaine de travail* : la fourchette pour la réglementation par le Conseil fédéral de la valeur maximale de la durée normale de la semaine de travail est passée dans l'art. 6 de 38-42 heures à 40-42 heures. Cette modification répond notamment à une demande de nombreux cantons.
- *Compensation pour le travail du dimanche et des jours fériés* : la nouvelle réglementation de l'art. 9 prévoit que les travailleurs reçoivent, en plus du repos compensatoire, un supplément de salaire d'au moins 50 % pour le travail du dimanche et des jours fériés.
- *Temps d'habillage* : il est désormais mentionné à l'art. 10 que le temps d'habillage est considéré comme temps de travail rémunéré lorsqu'il est nécessaire au processus de travail. La disposition initiale du deuxième alinéa, qui prévoyait que le temps d'habillage devait être rémunéré de manière appropriée, est ainsi supprimée.
- *Durée minimale et rémunération des pauses* : l'art. 11, al. 2, précise que les pauses sont considérées comme du temps de travail rémunéré lorsque les travailleurs ne sont pas autorisés à quitter leur poste de travail.
- *Délai d'annonce des plans de service* : l'art. 13, al. 2, dispose qu'une compensation temporelle ou financière en faveur des travailleurs est due lorsque les changements par rapport aux plans de service sont annoncés moins de deux semaines avant la mission à accomplir.
- *Concurrence entre les différentes dispositions relatives à la compensation financière* : le projet contient désormais une disposition à l'art. 14 qui précise quelle prescription l'emporte au cas où plusieurs dispositions concernant la compensation financière seraient applicables simultanément.
- *Primauté des CCT* : le nouvel art. 16, al. 4, dispose que les CCT qui remplissent les conditions de l'art. 16, al. 2, priment les autres CCT applicables.

- *Information du public sur l'état des négociations de CCT* : l'art. 17, al. 2, dispose que les employeurs, leurs associations et les organisations de travailleurs informent conjointement de l'état des négociations de CCT.

Choix de l'option

En choisissant l'option 1, en adaptant la fourchette de la durée normale de la semaine de travail, en modifiant la réglementation relative aux pauses et en limitant le droit à la compensation en lien avec les plans de service à deux semaines ou moins avant la date d'intervention, le Conseil fédéral répond aux demandes des cantons et des employeurs et favorise ainsi la flexibilité nécessaire et l'adaptation aux besoins particuliers en fonction de l'institution et de l'activité. Le nouvel art. 14, qui clarifie le rapport entre les différentes dispositions concernant la compensation financière, répond également aux demandes des employeurs. Il dispose que, pour une période donnée, les compensations ne sont pas cumulées, mais que seule la compensation la plus favorable au travailleur doit être versée.

Pas de financement supplémentaire par la Confédération

L'acceptation de l'initiative sur les soins n'a rien changé à la répartition des compétences dans le système de santé. Par conséquent, la Confédération ne dispose que d'une marge de manœuvre limitée pour financer les coûts supplémentaires prévisibles. La responsabilité de la garantie des soins continue d'incomber aux cantons, y compris le cofinancement des prestations des hôpitaux, cliniques et institutions de soins de longue durée. De plus, compte tenu de la situation des finances publiques, il n'est pas non plus indiqué de transférer des dépenses supplémentaires au budget fédéral. Aussi, le Conseil fédéral ne propose pas de réglementation ou de contribution fédérale aux coûts supplémentaires, malgré les nombreuses demandes exprimées lors de la procédure de consultation. Il renonce également pour l'instant à une augmentation des contributions de l'assurance obligatoire des soins (AOS) au financement des soins. Comme exposé plus haut, les coûts supplémentaires doivent être supportés par les systèmes de financement existants et donc par ceux qui paient les primes (assurance-maladie, assurance-accidents, assurance militaire et complémentaires), les cantons et les communes.

2.3.2 Modifications de la LPSan

Sur la base des résultats de la consultation, le Conseil fédéral a décidé de retenir l'option 2 : seul un master en pratique infirmière avancée doit permettre d'obtenir l'autorisation de pratiquer et d'exercer sous sa propre responsabilité professionnelle en tant qu'IPA. La formulation de l'art. 3, al. 2, let. j, LPSan (ainsi que les dispositions correspondantes de la LPMéd et de la LPsy) concernant les compétences dans le domaine de la transformation numérique a par ailleurs été adaptée et précisée.

Choix de l'option 2

Les IPA sont bien établis dans la pratique clinique et exercent notamment dans de nombreux hôpitaux⁴⁰. Leurs compétences les habilitent à effectuer des tâches réservées jusqu'alors aux médecins à jouer un rôle dans la garantie des soins médicaux de base sur le long terme. Ils peuvent non seulement contribuer à atténuer les effets d'une pénurie de médecins, mais également soulager les médecins qui restent en prenant en charge certaines tâches médicales tout en satisfaisant aux mêmes normes de qualité et de sécurité⁴¹. Grâce à leur formation de master, les IPA acquièrent des compétences qui leur permettent de suivre et de superviser des patients complexes de manière autonome pendant toute la durée du traitement et de favoriser la coordination entre les médecins, les équipes de soins et les proches des patients. Ils sont aussi capables de développer des protocoles reposant sur les bonnes pratiques et d'intervenir comme consultants dans des situations complexes ou éthiques, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins.

Le Conseil fédéral est d'avis que seules des études de niveau master permettent d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la profession d'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle. Dans les autres pays, les IPA sont aussi généralement titulaires d'un master⁴². Le Conseil fédéral juge qu'il n'est pas réaliste de considérer que les diplômes de la formation professionnelle supérieure transmettent les compétences nécessaires à l'exercice de la profession d'IPA. C'est pourquoi il a écarté l'option 1.

Possibilité de prolonger la durée des études de master en pratique infirmière avancée

Les soins dispensés par les IPA revêtent un haut niveau de complexité. Cet aspect est également ressorti lors des échanges menés auprès des acteurs du terrain. Il est donc nécessaire que les IPA acquièrent le niveau de compétence nécessaire afin que la qualité des traitements et la sécurité des patients puissent être assurées. Les compétences professionnelles spécifiques seront réglementées dans l'ordonnance du 13 décembre 2019 relative aux compétences LPSan (OCPSan)⁴³. Selon l'organisation de ces compétences, il se peut que le Conseil fédéral doive prolonger la durée du cursus de master en pratique infirmière avancée afin de garantir que toutes les compétences requises, tant théoriques que pratiques, puissent être acquises au cours de la formation. L'art. 5, al. 1^{bis}, lui en donnera la possibilité.

⁴⁰ Beat Sottas et Stefan Kissmann, *Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung*, 2022 (en allemand avec résumé en français). Le projet de recherche peut être consulté à l'adresse suivante : www.aramis.admin.ch > Recherche de projets > 0142004769.

⁴¹ Unimedsuisse, Document d'orientation unimedsuisse sur le développement d'un profil professionnel d'« infirmier praticien/infirmière praticienne », 2023. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.unimedsuisse.ch > Projets > Nurse Practitioner > vers le document d'orientation.

⁴² Conseil International des Infirmières, Directives sur la pratique infirmière avancée, 2020. Les directives peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.icn.ch > Toutes les publications > Filtrer : Catégorie : Ligne directrice ; Thématiques : Pratique infirmière avancée ; Année : 2020.

⁴³ RS 811.212

Raccourcissement de la passerelle ES/HES

En complément du choix de l'option 2, de nombreux participants à la procédure de consultation ont demandé que la durée de la passerelle pour les titulaires d'un diplôme ES, déjà existante, soit raccourcie afin de leur permettre d'obtenir un BSc en soins infirmiers. Cette mesure permettrait aux personnes titulaires d'un titre de formation d'infirmier ES d'obtenir, au terme d'études moins longues, un bachelors en soins infirmiers. Le fait que seuls les 90 crédits ECTS sont comptabilisés peut avoir un effet dissuasif et constituer un frein au développement professionnel vers les formations dans les hautes écoles. Une réduction du nombre de crédits ECTS exigés dans cette passerelle permettrait d'en raccourcir la durée et renforcerait la perméabilité du système de formation. L'accès aux filières de master en serait facilité.

Les modalités relatives à cette passerelle ne sont pas régies dans la loi, mais par les *Best Practices. Zulassung zum Bachelorstudium an Fachhochschulen* émises par l'association swissuniversities en novembre 2021. Celles-ci constituent un instrument approprié pour les hautes écoles. Leur développement serait à étudier et ne nécessiterait aucune modification des bases légales.

2.3.3 Dotation en personnel adaptée aux besoins

Lors de la consultation, la CDS, plusieurs cantons, le PSS, le PVL, les Verts et diverses associations de soins ont critiqué l'absence de réglementation sur la dotation en personnel adaptée aux besoins.

Comme exposé au ch. 1.2.3, le Conseil fédéral prévoyait, dans son mandat du 23 janvier 2023, 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 sur l'équilibre entre compétences et diplômes (*skill-grade-mix*) pour différents contextes de soins, l'objectif par la suite étant de les déclarer contraignantes. Le Conseil fédéral n'a pas réglementé la dotation en personnel adaptée aux besoins dans le projet de loi, notamment parce qu'il n'y a aucune donnée fiable sur la manière de la calculer. Les directives cantonales existantes diffèrent les unes des autres et se fondent sur des valeurs moyennes et empiriques. Une réglementation ne s'appuyant pas sur des données fiables risquerait d'être formulée de manière trop générale et d'être, de ce fait, trop peu concluante. Ou alors elle pourrait être trop détaillée et donc très complexe et difficile à mettre en œuvre. Les problèmes de recrutement des entreprises s'en trouveraient par ailleurs aggravés. Le Conseil fédéral a également estimé que l'obligation faite aux particuliers d'élaborer des recommandations à caractère contraignant était problématique du point de vue du droit constitutionnel.

La donne n'ayant pas changé, le Conseil fédéral maintient sa position de renoncer à une réglementation sur la dotation en personnel adaptée aux besoins.

3 Comparaison avec le droit étranger, notamment européen

3.1 Amélioration des conditions de travail

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

3.1.1 Allemagne

Ces dernières années, l'Allemagne a adopté plusieurs lois et lancé des projets pour améliorer la situation du personnel soignant. La loi sur le renforcement du personnel soignant (PpSG)⁴⁴, 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 infirmiers⁴⁵ qui y est associé encourage notamment la création de places de formation supplémentaires. Par l'action concertée dans les soins⁴⁶, également lancée en 2018, différents ministères fédéraux souhaitent améliorer le quotidien du personnel soignant. La loi sur le développement des soins de santé (GVWG) est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2022. Afin d'améliorer les conditions de travail, elle prévoit que seuls les établissements de soins qui paient leurs employés selon un tarif peuvent désormais facturer à l'assurance des soins. Par ailleurs, les infirmiers obtiennent davantage de responsabilités, de compétences et de liberté de décision, par exemple en ayant la possibilité de prescrire des soins infirmiers à domicile sous leur propre responsabilité⁴⁷. 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 numériques⁴⁸. Le projet *Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf* a été mis en place en 2021 pour aider les institutions de soins de longue durée à améliorer leurs conditions de travail. Le PUEG l'a prolongé jusqu'en 2030. Le 19 octobre 2023, le *Bundestag* a par ailleurs 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 (*Pfle-*

⁴⁴ *Bundesgesetzblatt*, année 2018, partie I, n° 45, publié à Bonn le 14 décembre 2018, p. 2394-2422. La loi peut être consultée à l'adresse suivante : www.bgbl.de > Bundesgesetzblatt > Bundesgesetzblatt Teil I > 2018 > Nr. 45 vom 14.12.2018 (consulté le 21 mars 2025).

⁴⁵ Le programme peut être consulté à l'adresse suivante : www.bundesgesundheitsministerium.de > Suche > Sofortprogramm Pflege (consulté le 21 mars 2025).

⁴⁶ L'action concertée dans les soins peut être consultée à l'adresse suivante : www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Begriffe von A-Z > K > Konzertierte Aktion Pflege (consulté le 21 mars 2025).

⁴⁷ La GVWG peut être consultée à l'adresse suivante : www.pflege.de > Ratgeber > Pflegegesetz & Pflegerecht > Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (consulté le 21 mars 2025).

⁴⁸ La PUEG peut être consultée à l'adresse suivante : www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > PUEG (consulté le 21 mars 2025).

gestudiumstärkungsgesetz)⁴⁹. Elle simplifie et uniformise notamment les procédures de reconnaissance pour le personnel infirmier étranger. Ainsi, les étudiants en soins infirmiers recevront à l'avenir une rémunération appropriée pendant toute la durée de leurs études.

3.1.2 Autriche

L'Autriche a mis en œuvre une vaste réforme des soins en trois volets, qui sont entrés en vigueur en 2022, 2023 et 2024. Ils comprennent plus de 40 mesures qui améliorent les conditions de travail du personnel soignant, la formation dans les soins infirmiers ainsi que la situation des personnes concernées et de leurs proches aidants⁵⁰. Ces mesures consistent notamment en des augmentations de salaire, 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 et la réglementation des suppléments de temps pour le travail de nuit dans les soins hospitaliers de longue durée.

3.1.3 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 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 infirmière⁵¹.

3.1.4 Italie

Le décret-loi italien n°34⁵², entré en vigueur en mars 2023, est la première étape d'une réforme structurelle globale visant à renforcer le personnel, sur le plan tant 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

⁴⁹ La PflStudStG peut être consultée à l'adresse suivante : www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) (consulté le 21 mars 2025).

⁵⁰ Les mesures peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.sozialministerium.at > Themen > Pflege > Pflegereformpakete I-III (consulté le 21 mars 2025).

⁵¹ Les informations peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.sante.gouv.fr > Grands dossiers > Refondation du métier infirmier (consulté le 21 mars 2025).

⁵² Le décret peut être consulté à l'adresse suivante : www.trovanorme.salute.gov.it > norme > 23G00042 (consulté le 21 mars 2025).

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.

3.1.5 Angleterre

Le 30 juin 2023, le gouvernement britannique a présenté le *Long Term Workforce Plan 2023*⁵³ du service de santé (*National Health Service*) 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 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 personnes ces 15 prochaines années. D'ici 2037, le NHS devrait compter jusqu'à 170 000 soignants supplémentaires. En outre, la formation des apprentis est mise en avant, notamment dans les domaines où il est plus difficile de trouver du personnel. Parallèlement, le plan vise à 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. Enfin, 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.

3.2 Réglementation du niveau master en pratique infirmière avancée et rôle des infirmiers de pratique avancée dans le système de santé

Les réflexions menées en Suisse concernant une réglementation du master en pratique infirmière avancée 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. Celle-ci pose le principe que les États membres recon-

⁵³ Le NHS Long Term Workforce Plan peut être consulté à l'adresse suivante : www.england.nhs.uk/ltwp (consulté le 21 mars 2025).

naissent les diplômes professionnels correspondants comme équivalents et assurent aux professionnels le libre accès au marché du travail⁵⁴. Conformément à l'annexe III de l'Accord sur la libre circulation des personnes, cette directive s'applique également à la Suisse⁵⁵. Le droit européen est analysé plus en détail au ch. 7.2.2.

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 offrir des prestations de pratique infirmière avancée.

3.2.1 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.

Réglementation des cursus de formation

Certains Bundesländer sont dotés de Conseils de soins infirmiers, qui ont longtemps contribué au développement de la pratique infirmière avancée. Au fil des ans, les projets se sont multipliés ; l'augmentation du nombre de filières de formation de niveau master a ainsi naturellement entraîné l'essor des IPA⁵⁶. Ces évolutions ont progressivement suscité l'intérêt du monde politique, qui a adopté la loi sur les professions de la santé (*Pflegeberufegesetz*), entrée en vigueur en 2020⁵⁷.

En principe, les hautes écoles sont libres de constituer leurs filières comme elles le souhaitent. Cependant, une loi-cadre régleme leurs activités. Dans le domaine en question, la *Pflegeberufegesetz* régit les compétences des infirmiers de niveau tertiaire depuis 2020. Par exemple, l'ordonnance relative à la formation et aux examens des professions de soins infirmiers règle les modalités concernant la structure de la formation et son contenu, les examens et la reconnaissance des diplômes étrangers⁵⁸.

⁵⁴ La directive 2005/36/CE peut être consultée à l'adresse suivante : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32005L0036> -> DIRECTIVE 2005/36/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL (consulté le 21 mars 2025).

⁵⁵ 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 21 mars 2025)

⁵⁶ Conseil International des Infirmières, Directives sur la pratique infirmière avancée, 2020. Les directives peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.icn.ch > Toutes les publications > Filtrés : Catégorie : Ligne directrice ; Thématiques : Pratique infirmière avancée ; Année 2020.

⁵⁷ Les informations sur la loi peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz (consulté le 21 mars 2025).

⁵⁸ Les informations sur l'ordonnance peuvent être consultées à l'adresse suivante : <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PfIAPrV ; consulté le 21 mars 2025).

Le paragraphe 14 de la 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 prévoit l'édiction d'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 médecine⁵⁹.

3.2.2 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 français⁶⁰. En 2018, 2019 et 2021, des mesures complémentaires ont permis d'établir encore davantage le rôle de l'IPA dans la pratique⁶¹. Ces réglementations impliquent aujourd'hui l'obtention préalable d'un master et permettent aux IPA, à certaines conditions, de prescrire des médicaments. Les IPA peuvent en outre dispenser des prestations d'éducation thérapeutique, de prévention, de dépistage, d'évaluation et de surveillance. Ils 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 IPA, les compétences à acquérir pour obtenir le diplôme correspondant d'une haute école ne sont pas définies au niveau étatique.

⁵⁹ Le Sozialgesetzbuch 5. Buch peut être consulté à l'adresse suivante www.gesetze-im-internet.de > Suche (recherche) : SGB V (consulté le 21 mars 2025).

⁶⁰ La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé peut être consultée à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2016-41 (consulté le 21 mars 2025).

⁶¹ Le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée peut être consulté à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2018-629 (consulté le 21 mars 2025).

Le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée peut être consulté à l'adresse suivante : www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Recherche : 2018-633 (consulté le 21 mars 2025).

OECD, *Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges*, 2024. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.oecd.org > Publications > Reports > Filters : Publication types : Working Papers ; Publication Date: 2024; Policy areas : Health.

3.2.3 Italie

Réglementation de l'activité professionnelle

En Italie, la pratique infirmière avancée ne s'est développée que tardivement avec la création du rôle d'infirmier familial et communautaire (*infermiere di famiglia e di comunità*). 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 soins⁶². Ainsi en 2020, le gouvernement a adopté des lois permettant d'accroître provisoirement le nombre de professionnels engagés par les autorités sanitaires locales⁶³. En 2021, ces lois ont été révisées afin d'inscrire les infirmiers familiaux et communautaires de manière permanente dans le système de santé italien⁶⁴. 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 régionaux⁶⁵. En 2022, le gouvernement a également approuvé le déploiement de plus de 900 « maisons de quartier » d'ici 2026⁶⁶. Cette politique plaide naturellement en faveur d'une augmentation du nombre d'infirmiers familiaux 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 en 2004 avec une première formation de niveau master. Il existe désormais une multitude de filières de formation différentes au niveau master dans le do-

⁶² Scott W. Keith, Dexter Waters, Matthew Alcusky, Sarah Hegarty, Niusha Jafari, Marco Lombardi, Monica Pini Monica et Vittorio Maio, *The Medical Home Initiative in Italy: an Analysis of Changes in Healthcare Utilization*, *J Gen Intern Med*, 2022, 37(6), pp. 1380 à 1387.

⁶³ 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. L'acte peut être consulté à l'adresse suivante : www.normattiva.it > Ricerca avanzata > Periodo di pubblicazione : 19.05.2020.

⁶⁴ 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. L'acte peut être consulté à l'adresse suivante : www.normattiva.it > Ricerca avanzata > Periodo di pubblicazione : 23.05.2022.

⁶⁵ Angelo Tanese, *A new challenge for Italy's National Healthcare System. Hospital Administration and Medical Practices*, 2023, 2. L'article peut être consulté à l'adresse suivante : www.hampjournal.com > Archives > Vol. 2 (2023) (consulté le 21 mars 2025).

⁶⁶ Silvio Roberto Vinceti, *Reorganizing Italy's Territorial Healthcare: The Ministerial Decree No. 77/2022 and its Comparative Significance*, *Ann Ig*, 2023, 35(3), pp. 367 à 371. L'article peut être consulté à l'adresse suivante : <https://annali-igiene.it/articoli/2023/3/Vinceti.pdf> (consulté le 21 mars 2025).

maine des soins infirmiers. En revanche, il n'existe pas de réglementation des contenus de la formation au niveau étatique.

3.2.4 Canada

Réglementation de l'activité professionnelle

Le Canada est un pays pionnier en matière de pratique infirmière avancée. Le rôle des infirmiers IPA a été réglementé pour la première fois en 1997 en Colombie-Britannique et en Ontario. Au fil des ans, toutes les provinces et tous les territoires ont introduit une réglementation correspondante⁶⁷.

Réglementation des cursus de formation

Les activités des IPA nécessitent l'obtention préalable d'un master en sciences infirmières, le seul titre protégé et réglementé au Canada⁶⁸.

⁶⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2021). Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : www.cna-aiic.ca > Soins infirmiers > Les soins infirmiers réglementés au Canada (consulté le 21 mars 2025).

⁶⁸ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021. Les lignes directrices peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.oiiq.org > Recherche : L'infirmière spécialisée et sa pratique : lignes directrices (consulté le 21 mars 2025).

4 Présentation du projet

4.1 Réglementation proposée

4.1.1 Contenu du projet de LCTSI

Au vu des résultats de la consultation, le Conseil fédéral a décidé de s'en tenir globalement au projet et à la logique de la LCTSI. Les modifications apportées au projet à la suite de la consultation sont présentées au ch. 2.3.1. Le projet de LCTSI contient, outre une obligation pour les partenaires sociaux de négocier des CCT, les prescriptions suivantes pour améliorer les conditions de travail dans les soins :

- durée maximale de la semaine de travail et compensation des heures supplémentaires,
- durée normale de la semaine de travail,
- compensation des heures supplémentaires,
- compensation du travail de nuit,
- compensation pour le travail du dimanche et des jours fériés,
- prise en compte du temps d'habillage comme temps de travail rémunéré,
- durée minimale et rémunération des pauses,
- prise en compte et compensation des services de piquet et des permanences,
- délai d'annonce des plans de service, y compris les services de piquet et les permanences,
- compensation pour des interventions non planifiées.

Les normes de délégation permettront au Conseil fédéral de concrétiser les modalités par voie d'ordonnance, après consultation des partenaires sociaux et en tenant compte des règles convenues dans les CCT existantes, dans huit de ces domaines (à l'exception du temps d'habillage, de la durée minimale et de la rémunération des pauses).

Sur les deux options proposées lors de la consultation, le Conseil fédéral a décidé de retenir l'option 1 (voir ch. 2.1). Une CCT doit donc permettre de déroger aux dispositions de la LCTSI, même en défaveur des travailleurs, pour autant que certaines conditions soient remplies (cf. art. 16 du projet de LCTSI), mais toujours dans le respect des dispositions contraignantes de la LTr, du CO, des lois cantonales sur le personnel et d'autres réglementations spéciales. Cette réglementation a pour but de renforcer le partenariat social et d'augmenter le nombre de CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers.

Afin de suivre les effets du projet de LCTSI, le Conseil fédéral prévoit d'instituer des commissions cantonales dans le domaine des soins infirmiers. Celles-ci pourront aussi veiller, dans le cadre des tâches qui leur sont confiées par la loi, à ce que les employeurs soient conscients de leurs obligations découlant de cette loi et qu'ils les mettent en œuvre en conséquence.

Le projet de LCTSI vise à améliorer les conditions de travail et à augmenter la durée d'exercice de la profession. Les professions du domaine infirmier doivent par ailleurs

devenir plus attrayantes pour les personnes nouvellement formées, afin d'éviter les pénuries de personnel qui se dessinent. Les prescriptions susmentionnées ont pour but de répondre aux problèmes les plus urgents pouvant entraîner un départ précoce de la profession. Elles ont été choisies sur la base des études mentionnées au ch. 1.1.4 et de l'analyse des CCT existantes dans le domaine des soins infirmiers. L'AIR et divers avis émis lors de la procédure de consultation, notamment par l'association suisse des infirmières et infirmiers, confirment que les prescriptions de la LCTSI sont bien ciblées.

4.1.2 Contenu de la modification de la LPSan

En ce qui concerne la LPSan, le Conseil fédéral s'en tient aussi aux propositions mises en consultation. La modification de la LPSan prévoit donc toujours ce qui suit :

- réglementation du niveau master dans les soins infirmiers,
- définition de la profession d'IPA,
- réglementation de l'accès à l'exercice de la profession d'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle, sachant que seul le master doit permettre d'obtenir l'autorisation d'exercer cette profession (choix de l'option 2).

Par ailleurs, les dispositions de la LPSan, de la LPMéd et de la LPsy relatives aux compétences numériques nécessaires sont modifiées en exécution de la motion Silberschmidt 22.3163 « Renforcement des compétences numériques chez les professionnels de la santé ».

En raison des exigences élevées posées à la profession d'IPA et des réactions recueillies lors de la procédure de consultation, le Conseil fédéral prévoit 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 (option 2). Les arguments ayant conduit à cette conclusion sont présentés dans le détail au ch. 2.3.2.

4.2 Adéquation des moyens requis

4.2.1 Augmentation probable des coûts découlant de l'amélioration des conditions de travail

Les projets législatifs proposés dans le présent message ont pour objectif d'augmenter la durée pendant laquelle le personnel soignant reste dans la profession, en améliorant les conditions de travail et en renforçant les possibilités de développement professionnel. Ils visent également à soutenir l'offensive de formation lancée le 1^{er} juillet 2024 dans le cadre de la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ainsi que l'investissement conjoint de la Confédération et des cantons de près d'un milliard de francs.

Comme indiqué au ch. 6, il faut s'attendre à ce que ces mesures entraînent, outre des coûts supplémentaires annuels, une augmentation des primes de l'AOS et, le cas

échéant, d'autres assurances sociales comme l'assurance-accidents ou l'assurance militaire. Toutefois, cette augmentation des coûts est acceptable étant donné l'importance croissante d'un système de soins de qualité pour la population.

4.2.2 Financement du système de santé et options pour le financement relatif aux améliorations des conditions de travail

Le personnel infirmier salarié travaille en grande majorité pour des hôpitaux, des EMS ou des services d'aide et de soins à domicile qui fournissent des prestations prises en charge par l'AOS. Le système du financement hospitalier s'applique aux prestations de l'AOS fournies en milieu hospitalier (avec hospitalisation) et le régime de financement des soins aux prestations de l'AOS fournies par les EMS et les services d'aide et de soins à domicile. Les paragraphes suivants expliquent brièvement comment les coûts des différents types de soins sont répartis entre les assurés, les assureurs-maladie ainsi que la Confédération et les cantons.

Financement des prestations de l'AOS dans les hôpitaux

Les prestations hospitalières de l'AOS sont rémunérées selon des tarifs pris en charge proportionnellement par l'assureur-maladie et le canton de résidence de l'assuré (art. 49a, al. 1, LAMal). La part du canton de résidence dans la rémunération est d'au moins 55 %, celle des assureurs-maladie de 45 % au maximum (art. 49a, al. 2^{ter}, LAMal). Les tarifs sont convenus dans des conventions tarifaires entre les hôpitaux et les assureurs-maladie. Ces conventions sont soumises à l'autorité d'approbation compétente qui, en règle générale, est le gouvernement cantonal (art. 46 LAMal) ou, si leur validité s'étend à toute la Suisse, le Conseil fédéral. Si aucune convention tarifaire n'est conclue, le gouvernement cantonal compétent fixe un tarif (art. 47 LAMal).

Les tarifs des prestations en milieu hospitalier (avec hospitalisation) sont déterminés sur la base des prestations et des coûts effectifs de tous les hôpitaux (art. 59c, al. 1, let. a, de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal]⁶⁹). Les tarifs sont fixés dans trois structures tarifaires : SwissDRG pour les soins somatiques aigus, TARPSY pour la psychiatrie et ST Reha pour la réadaptation. Les structures tarifaires classent les cas en groupes de cas formés de la manière la plus homogène possible, suivant des critères médicaux et économiques. Elles définissent pour les différents groupes de cas des coûts relatifs dépendant du degré de gravité. Ceux-ci sont identiques pour tous les hôpitaux. Ils sont généralement calculés annuellement par SwissDRG SA sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations fournies par les hôpitaux par cas. Les prestations du personnel soignant font partie de ces données et sont prises en compte dans le calcul des coûts relatifs. Outre ces coûts, la structure tarifaire prévoit d'autres rémunérations pour les prestations rares ou coûteuses (notamment pour les traitements de soins complexes) qui ne peuvent pas être remboursées de manière adéquate sous forme de forfait.

Le forfait par cas qu'un hôpital peut facturer pour un traitement est déterminé en multipliant les coûts relatifs de la structure tarifaire par les prix de base de l'hôpital. En règle générale, ces coûts sont négociés annuellement pour chaque hôpital. Les coûts

⁶⁹ RS 832.102

des hôpitaux pour un cas standardisé (coûts de revient par cas standardisé avec un coût relatif de 1,0) sont calculés sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations des hôpitaux. Ils font l'objet d'une comparaison entre les établissements (art. 49, al. 8, LAMal) et leur efficacité est analysée au moyen d'une évaluation comparative (art. 59c, al. 1, let. b, OAMal). La valeur de référence qui en résulte constitue la base des négociations tarifaires individuelles des hôpitaux, au cours desquelles il est possible d'appliquer des majorations ou des réductions pour différencier les tarifs des différents hôpitaux.

Les coûts du personnel soignant sont pris en compte dans les coûts de revient des hôpitaux pour les prestations de l'AOS. Ils sont fournis par les hôpitaux et entrent ainsi dans le calcul des coûts des hôpitaux pour un cas standardisé. Si, en raison des dispositions réglementaires, les coûts des soins augmentent pour tous les hôpitaux, il en résultera – sous réserve d'autres influences sur les coûts de revient – une hausse des coûts des cas standardisés comparés entre établissements, et donc une augmentation de la valeur de référence et des prix de base des hôpitaux.

Le financement uniforme des prestations de l'AOS sera introduit à partir de 2028, à la suite de la modification du 22 décembre 2023 de la LAMal⁷⁰. Il prévoit que le canton de résidence prenne en charge au moins 26,9 % des prestations en milieu hospitalier (avec hospitalisation) et les assureurs-maladie au maximum 73,1 %. Les autres dispositions relatives aux tarifs en milieu hospitalier (avec hospitalisation) et à la méthode de détermination des tarifs décrite plus haut ne subiront en principe aucune modification.

Financement des prestations de l'AOS fournies par les EMS et les services d'aide et de soins à domicile

Le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis 2010, prévoit notamment que l'AOS verse une contribution aux soins fournis en ambulatoire. Cette règle s'applique notamment aux soins dispensés sous forme ambulatoire dans les structures de soins de jour ou de nuit et dans les EMS (art. 25a, al. 1, LAMal).

Le Conseil fédéral fixe les contributions de l'AOS en fonction des soins requis. Outre l'AOS, les assurés financent en partie les soins jusqu'à hauteur de 20 % au plus de la contribution maximale fixée par le Conseil fédéral. Les cantons règlent le financement résiduel (art. 25a, al. 5, LAMal). Le financement résiduel est régi par les règles du canton où se situe le fournisseur de prestations, indépendamment du lieu de résidence du patient. Le droit de l'assuré à séjourner dans un EMS est garanti pour une durée indéterminée.

Les soins comprennent l'évaluation, les conseils et la coordination (art. 7, al. 2, let. a, OPAS), les prestations relevant des soins de base (art. 7, al. 2, let. c, OPAS) ainsi que les examens et les traitements (art. 7, al. 2, let. b, OPAS). Depuis le 1^{er} juillet 2024, les prestations relatives à l'évaluation, au conseil, à la coordination et aux soins de base peuvent être fournies à charge de l'AOS sans prescription ni mandat médical, ce qui confère plus d'autonomie au personnel soignant. En revanche, les examens et les

⁷⁰ RO 2025 107

traitements doivent encore être effectués sur prescription ou mandat médical, puisqu'ils sont étroitement liés au traitement médical.

L'évaluation préalable des soins requis reste nécessaire dans tous les cas. Elle doit être transmise au médecin traitant pour information.

L'art. 7a OPAS indique les montants que les assureurs maladie prennent en charge ; ces montants varient en fonction du fournisseur de prestations. Pour les infirmiers et les services d'aide et de soins à domicile, les tarifs sont fixés par heure et par type de prestation (art. 7a, al. 1, OPAS) ; pour les EMS, ils sont fixés par jour et par soins requis, en minutes nécessaires (art. 7a, al. 3, OPAS). Les montants pris en charge par l'AOS, la participation des assurés et le financement résiduel par les cantons sont expliqués en annexe.

Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a calculé les montants applicables depuis le 1^{er} janvier 2011 pour les EMS d'une part et les services d'aide et de soins à domicile d'autre part et il les a fixés à l'art. 7a OPAS. Les montants pris en charge par l'AOS ont été déterminés de manière à respecter les exigences relatives à la neutralité des coûts. En d'autres termes, les montants des soins remboursés par l'AOS devaient être définis de manière à correspondre à la somme des remboursements des soins fournis en ambulatoire et en EMS durant l'année précédant l'entrée en vigueur de la modification de la loi (2010). Les dispositions transitoires de la modification du 13 juin 2008 de la LAMal prévoyaient en effet que le Conseil fédéral devait procéder aux adaptations nécessaires les années suivantes si la neutralité des coûts ne pouvait pas être respectée.

Les montants ont ainsi été adaptés au 1^{er} janvier 2020 : ils ont été revus légèrement à la hausse pour les EMS et légèrement à la baisse pour les services d'aide et de soins à domicile. Le commentaire des modifications de l'OPAS portant sur la neutralité des coûts et l'évaluation des soins requis présente la méthode de calcul des contributions aux soins et le calcul détaillé du facteur de correction. Les éventuelles adaptations futures relèvent de la compétence du DFI. Dans le système du financement des soins, chaque adaptation des montants entraîne généralement une adaptation du financement résiduel des cantons⁷¹.

La modification du 22 décembre 2023 de la LAMal relative au financement uniforme des prestations de l'AOS remplace le nouveau régime de financement des soins par un système tarifaire selon une clé de répartition. Après la mise en œuvre du financement uniforme pour les soins à partir de 2032, ceux-ci seront remboursés sur la base de tarifs à convenir entre les partenaires tarifaires. Comme pour les autres prestations, les assureurs maladie prendront en charge au maximum 73,1 % du remboursement et le canton de résidence au minimum 26,9 %. De façon générale, les tarifs des soins doivent être déterminés selon les mêmes principes que les autres tarifs. Ils doivent reposer sur des données relatives aux coûts et aux prestations effectives, uniformes et

⁷¹ Le commentaire des modifications du 2 juillet 2019 de l'OPAS portant sur la neutralité des coûts ainsi que l'évaluation des soins requis peut être consulté à l'adresse suivante : www.ofsp.admin.ch > Lois & autorisations > Législation > Législation Assurances > Bases légales Assurance-maladie > Projets législatifs terminés > Financement des soins (à partir du 24 juin 2025 : www.bag.admin.ch/fr/assurance-maladie-projets-legislatifs-termines).

transparentes et correspondre à des tarifs couvrant les coûts nécessaires à une fourniture efficiente des prestations.

Financement des coûts supplémentaires prévisibles

Les coûts supplémentaires prévisibles liés à l'amélioration des conditions de travail devraient entraîner une augmentation des coûts de revient par cas au sein des hôpitaux. Les hôpitaux doivent indiquer ces coûts de manière transparente pour la détermination des tarifs. Les coûts supplémentaires devraient affecter tous les hôpitaux de la même façon. Il en résultera en principe – toujours sous réserve d'autres facteurs d'influences sur les coûts des hôpitaux – une hausse générale des coûts par cas standardisé lors de la comparaison entre les établissements, ce qui aura pour effet d'augmenter la valeur de référence. Or, une valeur de référence plus élevée comme point de départ des négociations tarifaires individuelles des hôpitaux (ou, le cas échéant, des procédures de fixation tarifaire) devrait déboucher sur une augmentation généralisée des prix de base des hôpitaux ; il devrait, par conséquent, en résulter une rémunération plus élevée des prestations, qui couvre les coûts supplémentaires que doivent assumer les hôpitaux, pour autant que les ressources créées aient été utilisées efficacement. Une rémunération plus élevée entraîne une augmentation des coûts à la charge de l'AOS, ce qui se répercutera probablement sur les primes d'assurance-maladie et nécessitera des fonds supplémentaires.

Le décalage temporel entre l'année des données et l'année tarifaire peut représenter un défi. En effet, les données relatives aux coûts et aux prestations constituent la base pour la fixation des tarifs, lesquels s'appliquent deux ans plus tard. Les négociations tarifaires ont lieu dans cet intervalle. Les coûts supplémentaires prévisibles devraient donc en principe déboucher sur des tarifs plus élevés deux ans plus tard. Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral (TAF)⁷², les coûts qui ne sont comptabilisés que l'année tarifaire (t) et qui n'étaient pas encore effectifs durant l'année des données (t-2) (coûts dits prospectifs) peuvent être exceptionnellement pris en compte dans certaines circonstances. Le TAF cite à cet égard les coûts supplémentaires ou les réductions de coûts résultant d'une modification de la législation, dans la mesure où ils sont effectifs au cours de l'année tarifaire et peuvent être clairement déterminés avant l'entrée en vigueur de la loi en question.

Pour les EMS ou les services d'aide et de soins à domicile, il faut également partir du principe que les coûts supplémentaires prévisibles augmentent le prix de revient des prestations. Le Conseil fédéral n'adaptera probablement plus les contributions aux soins de l'AOS jusqu'à l'entrée en vigueur du financement uniforme. Cependant, les fournisseurs de prestations pourront faire valoir leurs coûts auprès des cantons ou, selon la réglementation cantonale, auprès des communes responsables du financement résiduel. Si, en raison des nouvelles dispositions, les coûts augmentent pour tous les fournisseurs de prestations, il devrait en résulter un besoin de financement résiduel généralement plus élevé. Celui-ci devrait être compensé par les cantons ou les communes, dans la mesure où les coûts correspondants sont présentés de manière transparente et que les soins ont été fournis de manière efficace. À partir de 2032, avec

⁷² [ATAF 2014/3](#) du 7 avril 2014, [ATAF 2014/36](#) du 11 septembre 2014 ou TAF [C-3867/2013](#) du 25 août 2015

l'entrée en vigueur de la modification du 22 décembre 2023 de la LAMal concernant le financement uniforme des prestations dans l'AOS, le modèle de financement actuel sera remplacé par un nouveau système tarifaire. On peut supposer que les coûts supplémentaires prévisibles liés à l'amélioration des conditions de travail seront intégrés dans les données relatives aux coûts et aux prestations et que ces données serviront de base à la détermination des tarifs.

4.3 Mise en œuvre

4.3.1 Mise en œuvre de la LCTSI

Précision au niveau de l'ordonnance

La LCTSI délègue au Conseil fédéral la compétence de régler dans le détail diverses prescriptions relatives aux conditions de travail. Il les édictera après consultation des partenaires sociaux (art. 15 projet de LCTSI), comme c'est le cas aujourd'hui dans les domaines de la loi sur le travail. En outre, il s'inspirera des règles convenues dans les CCT existantes en la matière.

Exécution de la LCTSI

En principe, les établissements de santé seront responsables de la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la LCTSI. L'exécution de la LCTSI sera assurée par les mêmes structures que l'exécution de la LTr. Dès lors, les instances cantonales (inspections du travail) seront chargées de contrôler le respect des dispositions de la LCTSI. Au niveau fédéral, le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) assumera la haute surveillance de l'exécution de la loi.

Lors de la procédure de consultation, l'Association des offices suisses du travail (AOST), en particulier, a désapprouvé la création d'une loi fédérale séparée contenant un droit spécial spécifique à la branche des soins infirmiers. La CDS et une majorité des cantons étaient du même avis. L'autre solution proposée est d'étendre le champ d'application de la LTr à tous les travailleurs dans le domaine des soins, par analogie avec l'art. 4a de l'ordonnance 1 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail (OLT 1)⁷³ pour les médecins-assistants. Toutes les autres conditions devraient être fixées dans les ordonnances correspondantes. L'AOST argumente notamment que le système à plusieurs niveaux proposé rendrait la tâche de contrôle des inspections cantonales du travail trop complexe et que la mise en œuvre pratique serait vouée à l'échec.

Se référant aux considérations exposées au ch. 1.2.1, le Conseil fédéral s'en tient au projet de LCTSI, à savoir une loi séparée réglant les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers. La situation sera également claire en ce qui concerne l'exécution : les entreprises n'ayant pas conclu de CCT conformément aux art. 16 et 17 du projet de LCTSI devront appliquer les dispositions du projet de LCTSI et les ordon-

⁷³ RS 822.111

nances y afférentes. S'il existe une CCT qui répond aux exigences de l'art. 16 du projet de LCTSI, ce sont les dispositions qu'elle contient qui s'appliqueront.

4.3.2 Mise en œuvre des modifications de la LPSan

Précision au niveau de l'ordonnance

La révision du droit d'exécution impliquera la révision de plusieurs ordonnances. L'OCPSan devra définir les compétences professionnelles spécifiques pour la profession d'IPA. L'ordonnance du 13 décembre 2019 sur la reconnaissance des professions de la santé (ORPSan)⁷⁴ devra définir l'équivalence des diplômes suisses délivrés en vertu de l'ancien droit avec les diplômes délivrés en vertu du nouveau droit pour l'octroi d'une autorisation de pratiquer. Enfin, l'ordonnance du DFI du 13 décembre 2019 concernant l'accréditation des filières d'études relevant de la LPSan⁷⁵ devra contenir les normes d'accréditation qui s'appliqueront pour le master en pratique infirmière avancée.

Exécution de la LPSan

La révision de la LPSan vise essentiellement à réglementer le master en pratique infirmière avancée et l'exercice de la profession d'IPA. Elle prend cependant également en compte les compétences numériques.

En ce qui concerne le cycle master et les compétences numériques, les instituts de formation devront adapter leurs filières de formation afin que les étudiants puissent acquérir les compétences fixées dans le droit d'exécution. Une vérification aura lieu lors de l'accréditation ou lors du prochain renouvellement de l'accréditation. La procédure d'accréditation, régie par la loi du 30 septembre 2011 sur l'encouragement et la coordination des hautes écoles (LEHE)⁷⁶ est exécutée par l'Agence suisse d'accréditation et d'assurance qualité (Agence suisse d'accréditation) ou par une autre agence reconnue par le Conseil suisse d'accréditation.

La réglementation des compétences numériques s'applique à toutes les professions réglementées dans la LPSan, la LPMéd et la LPsy. Ainsi, toutes les filières permettant d'acquérir les compétences requises pour exercer ces professions devront également permettre l'acquisition des compétences numériques lors de prochains renouvellements d'accréditation.

Les autorités cantonales seront quant à elles chargées de délivrer les autorisations de pratiquer la profession d'IPA selon les conditions fixées dans le droit fédéral. Elles seront également compétentes pour le respect des dispositions transitoires en la matière.

⁷⁴ RS 811.214

⁷⁵ RS 811.212.1

⁷⁶ RS 414.20

Enfin, la Croix-Rouge suisse, qui est déjà compétente pour la reconnaissance des autres professions de la santé en vertu de la LPSan, sera également chargée de la reconnaissance des diplômes en pratique infirmière avancée étrangers.

5 Commentaire des dispositions

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

Section 1 Dispositions générales

Art. 1 But

Les objectifs du projet de loi découlent de l'obligation de la Confédération d'édicter, dans les limites de ses compétences, des dispositions d'exécution sur les conditions de travail adaptées aux exigences dans le domaine des soins infirmiers (cf. disposition transitoire de l'art. 117*b* Cst. [soins infirmiers], art. 197, ch. 13, Cst.). À cette fin, le projet de loi vise à renforcer la protection des travailleurs dans le domaine des soins infirmiers, à améliorer les conditions de travail et à promouvoir le partenariat social. L'objectif est également de contribuer à ce que les personnes travaillant dans le domaine des soins infirmiers restent plus longtemps dans la profession.

Art. 2 Champ d'application

Aux termes de l'al. 1, let. a, le projet de loi s'applique à tous les employeurs de droit privé ou de droit public qui occupent des travailleurs dans le domaine des soins infirmiers. Il s'applique donc également aux travailleurs soumis au droit du personnel cantonal ou communal. Les employeurs qui jouent le rôle de bailleurs de services au sens de la loi du 6 octobre 1989 sur le service de l'emploi et la location de services (LSE)⁷⁷ en mettant des travailleurs affectés à des tâches de soins infirmiers à la disposition de tiers y sont également soumis.

Le 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 dispensent des soins infirmiers sont considérées comme des employés qui travaillent dans le domaine des soins infirmiers. Les soins dispensés en cas de maladie, d'accident ou d'invalidité, les soins aux personnes âgées, les soins de longue durée ou encore les soins en obstétrique en font aussi partie. La manière dont ces prestations sont facturées (LAMal, loi fédérale du 20 mars 1981⁷⁸ sur l'assurance-accidents [LAA], loi fédérale du 19 juin 1959⁷⁹ sur l'assurance-invalidité [LAI], coûts à la charge des assurés) n'est donc pas déterminante. En revanche, les personnes disposant d'une formation dans le domaine des soins infirmiers, mais n'exerçant pas effectivement dans ce domaine ne sont pas visées. Les infirmiers scolaires ou spécialisés dans la santé au travail sont notamment concernés. Le projet de loi 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 le respect des règles spéciales régissant le contrat d'apprentissage, notamment les art. 344 à 346a CO et les règles spéciales prévues dans la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la

⁷⁷ RS 823.11

⁷⁸ RS 832.20

⁷⁹ RS 831.20

formation professionnelle⁸⁰, l'art. 14 en particulier. Le champ d'application du projet concerne aussi bien les domaines du secondaire II (aide en soins et accompagnement AFP, assistant en soins et santé communautaire CFC, assistant socio-éducatif CFC) que du tertiaire (titulaires d'un examen professionnel fédéral, d'un diplôme ES ou HES, d'un examen professionnel fédéral supérieur, d'un diplôme EPD ou d'une université). Le projet de loi s'applique également au 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, lorsqu'il fournit des soins (al. 2, let. c). En revanche, les surveillants de nuit qui travaillent par exemple au sein d'institutions pour personnes en situation de handicap ne sont pas soumis à la loi, étant donné qu'ils n'assistent pas des personnes qui fournissent des soins.

Le Conseil fédéral établira la liste des soins par voie d'ordonnance (al. 3). Il pourra se fonder sur la liste des prestations visée à l'art. 7 OPAS.

Art. 3 Exclusion du champ d'application

Afin d'éviter que le projet de loi ne s'applique qu'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 petite partie de leur activité sont exclus du champ d'application (al. 1, let. a). La notion de petite part de l'activité pourra être concrétisée dans l'ordonnance. Cette exception pourra par exemple être appliquée à certains établissements médico-sociaux qui s'occupent de personnes en situation de handicap, ainsi qu'à des institutions telles que des établissements pénitentiaires ou des foyers pour réfugiés. Les cantons, qui financent généralement ces institutions par des contrats de prestations cantonaux, pourront toutefois librement décider de soumettre ces institutions au projet de loi (al. 2).

Le projet de loi ne s'applique pas aux ménages privés qui emploient une personne visée à l'art. 2, al. 2 (al. 1, let. b). Le projet s'aligne à cet égard sur la LTr (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. L'exclusion s'applique par exemple lorsqu'un ménage privé engage directement un travailleur pour une assistance à domicile 24 h sur 24 (prise en charge *Live-in*). Rappelons à cet égard que les ménages privés ne peuvent pas opérer dans une zone de non-droit lorsqu'ils emploient directement du personnel soignant : 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. 1, let. c, le projet de loi ne s'applique pas aux travailleurs qui exercent une fonction dirigeante élevée au sens de l'art. 3, let. d, LTr. Cette notion est précisée à l'art. 9 OLT 1. Dans le cadre du présent projet de loi, il est déterminant que les personnes ne fournissent pas de soins en plus de leur fonction dirigeante. À titre

80 RS 412.10

d'exemple, les employés d'établissements médico-sociaux qui se consacrent uniquement à des tâches de direction ne sont pas soumis à la loi, alors que les responsables d'équipe qui participent aux soins, notamment en travaillant par équipe, ne le sont pas. Les employeurs sont par ailleurs libres d'étendre les dispositions du projet de 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 Relations avec d'autres actes

Les dispositions relatives à la protection de la santé et au temps de travail et de repos figurant aux art. 5 à 14 du présent projet priment les actes de la Confédération mentionnés à l'al. 1, let. a. Ces actes (LTr, CO et LSE) portent aussi sur certains aspects régis par la LCTSI, raison pour laquelle une disposition est nécessaire pour régler le conflit de normes. Pour le cas où d'autres actes fédéraux réglementent, actuellement ou à l'avenir, des aspects abordés dans la LCTSI, il faudra tenir compte des objectifs de l'initiative sur les soins infirmiers et de leur mise en œuvre dans la LCTSI au moment d'interpréter la loi afin de déterminer quelle disposition prime. La réglementation des rapports avec les actes mentionnés à la let. a devra aussi être prise en compte.

Conformément à la let. b, la LCTSI prime également le droit public cantonal et communal. Cette clarification est nécessaire étant donné que ce droit s'applique à une partie des personnes travaillant dans les soins infirmiers. En outre, l'al. 2 prévoit que les législations fédérales, cantonales et communales peuvent s'écarter des prescriptions de la LCTSI si elles sont plus favorables à la protection des travailleurs (cf. également la possibilité de dérogation par voie d'accord prévue à l'art. 16, al. 1).

Section 2 Conditions de travail

Les art. 5 à 16 contiennent des principes qui s'appliquent dans le cadre des rapports de travail dans les soins infirmiers. Ils définissent par ailleurs les domaines dans lesquels le Conseil fédéral est habilité, après consultation des partenaires sociaux, à concrétiser certaines conditions de travail du personnel soignant par voie d'ordonnance (cf. art. 15). Le Conseil fédéral s'inspirera également des règles convenues dans les CCT du domaine des soins infirmiers.

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, notamment en tant que mesure essentielle pour protéger la santé des travailleurs. 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. art. 27 LCTSI, qui prévoit une modification de l'art. 9, al. 1, let. a, LTr). Cette réglementation est en outre justifiée par le fait que les autorités cantonales en charge de la mise en œuvre de la LTr sont également chargées de la mise en œuvre de la LCTSI et que de règles claires facilitent l'exécution. Il est nécessaire d'inscrire 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, conformément à l'art. 9, al. 1, let. b, LTr. L'al. 1 a pour conséquence que le personnel concerné par le projet de loi 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). Les dispositions de l'OLT 1 qui concernent l'art. 9 LTr sont également applicables à l'ensemble des travailleurs visés par la LCTSI. Le but principal de l'al. 1 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 ne doit pas être confondue avec la durée normalement travaillée, qui est généralement fixée dans le contrat ou dans la CCT applicable (voir art. 6).

La compensation pour le travail supplémentaire effectué se calcule conformément à 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 %. Les dispositions de l'OLT 1 qui concernent l'art. 13 LTr sont également applicables. Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral peut prévoir une compensation minimale plus élevée (al. 3) lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige.

Art. 6 Durée normale de la semaine de travail

La fourchette comprise entre 40 et 42 heures par semaine (al. 1) correspond à la pratique actuelle, telle qu'elle ressort notamment des CCT en vigueur. Selon l'AIR, presque toutes les institutions interrogées ont une durée normale hebdomadaire comprise entre 40 et 42,5 heures. La moyenne et la médiane s'établissent à 42 heures⁸¹. Il s'agit ici de la durée normalement travaillée, qui est généralement fixée dans le contrat ou dans la CCT applicable. Le droit suisse ne connaît en effet pas de durée légale du travail. Cette durée fixe permet toujours de travailler plus. En cas de dépassement, le régime des heures supplémentaires au sens de l'art. 321c CO s'applique.

La présente modification a pour but de faire baisser la pression sur le personnel actif dans le domaine des soins infirmiers. Elle crée aussi les conditions nécessaires 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 être distinguée de la limite maximale de la durée du travail hebdomadaire (cf. commentaire de l'art. 5).

Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral peut prévoir une valeur maximale plus basse en dérogation aux 42 heures prévues à l'al. 1 (al. 2),

⁸¹ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige. La précision d'une limite inférieure de 40 heures à l'art. 6, al. 1, est nécessaire pour des raisons de délégation législative. Elle 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. 16).

L'art. 6 du projet de LCTSI fixe la limite supérieure de la durée normale de la semaine de travail, mais il ne précise pas si le salaire reste le même en cas de réduction de la durée normale de la semaine de travail ou s'il est réduit proportionnellement.

Art. 7 Compensation des heures supplémentaires

L'impact négatif sur la vie sociale du personnel que provoque un nombre trop important d'heures supplémentaires 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. Selon l'AIR, dans la moitié des institutions examinées, les travailleurs à temps plein effectuent en moyenne moins d'une heure supplémentaire par semaine. Dans l'autre moitié, cette moyenne se situe entre une et cinq heures⁸².

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 40 et 42 heures) et la durée maximale de travail (45 heures, voir art. 5 et 26), soit de 3 à 5 heures de travail par semaine. Au-delà, il s'agit de travail supplémentaire.

Une réglementation dans le cadre de la LCTSI reste nécessaire, étant donné que le projet de loi ne permet pas, contrairement à la règle prévue à l'art. 321c, al. 3, CO, de déroger en défaveur de l'employé à ces principes par accord écrit ou contrat-type de travail. Les dérogations en défaveur des travailleurs ne sont possibles que dans le cadre des conventions collectives de travail qui remplissent les exigences spécifiques prévues à l'art. 16, al. 2, LCTSI. Selon cet article, de telles dérogations ne sont admissibles que si une CCT contient des dispositions relatives à toutes les conditions de travail réglementées par les art. 5 à 14 LCTSI et si elle est signée par la majorité des organisations représentatives des travailleurs de la branche, de la région ou de l'entreprise.

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

⁸² Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

est conforme à l'art. 321c CO (cf. également la compensation du travail supplémentaire au sens de l'art. 13 LTr).

Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral déterminera le nombre d'heures supplémentaires autorisées ainsi que la période pendant laquelle elles peuvent être effectuées (al. 3). Il pourra augmenter la compensation minimale prévue aux al. 1 et 2 (al. 4) lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige.

Art. 8 Compensation pour le travail de nuit

Le travail de nuit (art. 16 LTr) est en principe interdit. Cette interdiction et 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. Dans le domaine de la santé, le travail de nuit reste indispensable pour garantir la continuité des soins et répondre aux besoins des patients. 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'AIR montre que la compensation pour le travail de nuit est une pratique courante dans presque toutes les institutions⁸³.

Le projet de loi, qui a un champ d'application plus large que la LTr, prévoit que la compensation pour le travail de nuit est calculée conformément à l'art. 17b LTr (al. 1). Les dispositions de l'OLT 1 qui concernent l'art. 17b LTr sont également applicables. Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral peut prévoir une compensation minimale plus élevée, lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige (al. 2). Il s'inspirera des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers qui prévoient, sous une forme ou une autre, des indemnités pour le travail de nuit.

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 repose également sur des principes sociaux, culturels et religieux. Dans le domaine de la santé, le travail du dimanche et durant les jours fériés reste indispensable pour garantir la continuité des soins et répondre aux besoins des patients. 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

⁸³ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/letschi > Documents (en allemand uniquement).

du dimanche, art. 19, al. 3, LTr) ainsi que des règles spécifiques pour la compensation par du temps libre (art. 20 LTr). L'AIR montre que les compensations pour le travail du dimanche sont une pratique courante dans presque toutes les institutions⁸⁴.

Le projet de loi, qui a un champ d'application plus large que la LTr, prévoit que le repos compensatoire pour le travail du dimanche et des jours fériés se calcule conformément à l'art. 20 LTr (al. 1). Les dispositions de l'OLT 1 qui concernent l'art. 20 LTr sont également applicables. En plus du repos compensatoire, les travailleurs ont droit à une majoration de salaire d'au moins 50 % pour le travail du dimanche et des jours fériés (al. 2 ; voir à ce propos l'art. 19, al. 3, LTr pour la compensation en cas de travail du dimanche temporaire). Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral pourra prévoir une compensation minimale plus élevée lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige (al. 3) ; cette règle s'applique aussi bien à la compensation temporelle qu'à la compensation financière. Le Conseil fédéral s'inspirera des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers qui prévoient, sous une forme ou une autre, des indemnités pour le travail du dimanche et des jours fériés.

Art. 10 Temps d'habillage

La LTr et ses dispositions d'exécution ne contiennent aucune disposition explicite permettant de déterminer 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)⁸⁵. Une réglementation dans la LCTSI est nécessaire, étant donné que 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. Selon l'AIR, le temps d'habillage n'est souvent pas rémunéré. Dans le domaine des soins à domicile, les travailleurs se changent en principe directement à domicile⁸⁶.

⁸⁴ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

⁸⁵ Le commentaire peut être consulté à l'adresse suivante : 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.

⁸⁶ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

Le projet de loi fixe le principe selon lequel le temps d'habillage compte comme temps de travail et doit être rémunéré s'il est nécessaire, pour des raisons d'exploitation, de se changer sur le lieu de travail. L'ordonnance pourra concrétiser le temps d'habillage comme une période de temps fixe et non individuelle.

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 ; elles permettent d'éviter les surcharges et les risques d'accident (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, étant donné que 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'analyse approfondie de l'AIR montre qu'une grande majorité des employeurs dans le domaine des soins infirmiers offre des pauses payées⁸⁷.

Le projet de loi prévoit que l'interruption du travail par des pauses se fonde sur l'art. 15, al. 1, LTr (al. 1). Les dispositions de l'OLT 1 qui concernent l'art. 15, al. 1, LTr sont également applicables. Le projet de loi prévoit une rémunération des pauses lorsque le travailleur n'est pas autorisé à quitter sa place de travail (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. Selon l'AIR, un peu plus de la moitié des institutions interrogées ont indiqué que le personnel actif dans le domaine des soins infirmiers effectue des services de permanence ou de piquet⁸⁸.

La LTr et ses ordonnances règlent la qualification de temps de travail du service de piquet (art. 14 à 16 OLT 1). Un critère important pour distinguer le service de piquet des autres services de permanence est que le travailleur se tient durant le temps de piquet prêt à intervenir en sus du travail habituel, « pour remédier à des perturbations, porter secours en cas de situation d'urgence, effectuer des visites de contrôle ou faire face à d'autres situations particulières analogues » (art. 14, al. 1, OLT 1).

Une réglementation au sein de la LCTSI est nécessaire étant donné que certaines personnes actives dans le domaine des soins infirmiers ne sont pas soumises aux pres-

⁸⁷ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

⁸⁸ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

criptions de la LTr en matière de durée de travail et de repos. De plus, la LTr ne règle pas toutes les formes de temps mis à disposition.

Le projet de loi prévoit que le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure les services de piquet et les autres formes de temps mis à disposition sont considérés comme du temps de travail rémunéré et comment ces services doivent être compensés. Le but est d'édicter des dispositions 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 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. L'objectif est également de clarifier la situation terminologique et d'englober tous les cas de figure, étant donné que certaines situations désignées comme piquet ne le sont pas juridiquement.

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 contiennent pas de règle spéciale 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 CO⁸⁹. Le Conseil fédéral pourra ainsi s'inspirer de la jurisprudence en la matière et des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers qui prévoient des indemnités pour les services de piquet et autres formes de temps mis à disposition. 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 salaire⁹⁰. 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 et 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. Il s'agit de modifications des horaires

⁸⁹ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement). Entre autres, TF, 4A 334/2017, c. 2.3; 4A 523/2010 du 22.11.2010, c. 5.1.

⁹⁰ 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. Le rapport peut être consulté à l'adresse suivante : www.parlement.ch > Rechercher : 19.3748 Postulat Cramer

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, étant donné que les missions de travail à court terme et 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 s'ils se répètent. En outre, des horaires irréguliers peuvent nuire à la santé des travailleurs. L'AIR montre qu'un délai d'annonce de 4 semaines représente une pratique courante. Actuellement, 83 % des institutions interrogées appliquent un délai d'annonce d'au moins quatre semaines⁹¹. 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 pour la communication des plans de services.

L'al. 1 prévoit que les employeurs communiquent les plans de service, y compris les services de piquets et les permanences, dans un délai d'au moins 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.

Pour des raisons pratiques, le droit à la compensation est limité aux changements intervenant moins de deux semaines avant une intervention de travail (qualité de la planification des interventions, éviter une rigidification trop importante du système). La compensation supplémentaire temporelle ou financière correspond à 25 à 50 % du travail fourni. Si la marche du service le permet, la compensation temporelle doit être privilégiée (al. 2). Un employeur qui ne respecterait pas de manière régulière le délai d'annonce de quatre semaines pour les différents plans de service s'expose à des sanctions (cf. art. 21).

Après consultation des partenaires sociaux (cf. art. 15), le Conseil fédéral peut prévoir un délai de communication des plans de service plus long (al. 3), lorsque l'amélioration de la protection des travailleurs et de leurs conditions de travail l'exige, et fixer 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

⁹¹ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

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 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 la disposition de l'employeur pour des interventions non planifiées (p. ex. viviers de personnel), pour autant que leur contrat de travail prévoit une indemnisation forfaitaire à cet effet. Le projet ne fixe pas de 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. Une institution ne saurait concevoir des modèles de travail de ce type pour tout son personnel, parce qu'une telle généralisation reviendrait à contourner les règles prévues par la LCTSI. L'art. 5, let. b, prévoit une exception semblable pour les travailleurs placés par un bailleur de services au sens de l'art. 12, al. 1, LSE.

Art. 14 Concurrence entre les différentes prescriptions relatives à la compensation financière

L'employeur devra verser aux travailleurs la compensation financière qui est la plus avantageuse pour eux en vertu des différentes prescriptions du projet de loi. Cette disposition s'applique par exemple lorsqu'un travailleur effectue des heures supplémentaires le dimanche.

Art. 15 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. Il s'inspirera également des règles convenues dans les CCT.

Art. 16 Dérogations par voie d'accord

La possibilité de déroger aux art. 5 à 14 en faveur ou en défaveur des travailleurs vise à renforcer la responsabilité des partenaires sociaux dans l'élaboration de règles adaptées aux spécificités du secteur concerné. Une dérogation en faveur des travailleurs est possible quelle qu'en soit la forme. En revanche, toute dérogation en défaveur des travailleurs requiert des conditions strictes. En vertu de l'al. 2, elles ne peuvent être autorisées que par une CCT, et non par des contrats de travail individuels ou d'autres accords. De plus les CCT doivent respecter certaines exigences : ce n'est que lorsque l'ensemble des conditions de travail régies par les art. 5 à 14 font partie d'une CCT (al. 2, let. a) signée par une majorité des organisations représentatives des travailleurs de la branche, de la région ou de l'entreprise (al. 2, let. b) que celle-ci peut prévoir des dérogations aux prescriptions des art. 5 à 14 en défaveur des travailleurs. 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 partielle et à faciliter son exécution.

Pour conclure une CCT prévue à l'art. 16 du projet de loi, les parties doivent avoir la capacité de conclure une CCT selon les conditions fixées à 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 faut toutefois aussi s'assurer que les dérogations aux conditions prévues sur la base des art. 5 à 14 ne soient pas conclues avec des organisations de travailleurs très minoritaires, voire marginales ou constituées pour la circonstance. L'art. 16 reprend pour ce faire les conditions posées à l'art. 73a, al. 4, OLT 1 pour la dispense de saisir le temps de travail. La condition de la représentativité a été développée par la jurisprudence pour clarifier le droit de négocier une CCT ou d'y adhérer⁹² 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 jurisprudence⁹³. 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. 3 prévoit que les dispositions impératives de la Confédération et des cantons sont réservées.

Les CCT qui respectent les conditions fixées à l'art. 16, al. 2 (règlement par CCT de l'ensemble des conditions de travail régies par les art. 5 à 14 LCTSI, signature par une majorité des organisations représentatives), priment d'autres CCT applicables, même si elles sont étendues (al. 4). Cette disposition déroge ainsi à l'art. 4, al. 2, de la loi fédérale du 28 septembre 1956 permettant d'étendre le champ d'application de la convention collective de travail⁹⁴ selon lequel les CCT étendues priment. Par conséquent, la CCT travail temporaire n'aura pas la priorité sur des CCT conclues conformément à l'art. 16, à moins de satisfaire aux conditions fixées à l'art. 16, al. 2, LCTSI. Si une personne est soumise à plus d'une CCT remplissant les conditions visées à l'al. 2, les règles de conflit de lois généralement prévues dans les CCT s'appliquent (p. ex. clause de subsidiarité). En l'absence de telles règles, les règles générales de conflit de lois s'appliquent (priorité d'une CCT étendue, priorité d'une CCT de branche sur une CCT de métier, en cas de concurrence entre deux conventions collec-

⁹² Voir en particulier : ATF 113 II 37, c. 4, 140 I 257, c. 5.2.

⁹³ ATF 140 I 257, c. 5.2.1

⁹⁴ RS 221.215.311

tives de travail de branche : principe de spécialité, puis CCT applicable au plus grand nombre de travailleurs)⁹⁵.

Section 3 Obligation de négocier des conventions collectives de travail

Art. 17

Les employeurs et leurs associations doivent mener des négociations avec les associations du personnel en vue de conclure une CCT (al. 1). Cette obligation de négociation s'inscrit dans la volonté du Conseil fédéral, dans le cadre de la mise en œuvre de la deuxième étape de l'initiative sur les soins infirmiers, de développer le partenariat social tout en respectant la répartition des compétences entre la Confédération et les cantons. Laisse 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 14. Les partenaires sociaux pourront par exemple régler les questions relatives au salaire, au nombre de jours de vacances ou au congé parental. Selon une enquête de l'OFS réalisée en 2021, près de deux millions de salariés en Suisse bénéficient d'une couverture par CCT⁹⁶, soit environ 50 % des salariés dans l'ensemble des secteurs. Dans le secteur de la santé et du social, on estime que 16 % des employés sont couverts par une CCT. Bien que ce taux ait augmenté ces dernières années, il demeure sensiblement inférieur à celui observé dans d'autres secteurs. En ce qui concerne le domaine des soins infirmiers, la couverture par CCT varie fortement selon les cantons et les domaines de soins. Le secteur des soins à domicile affiche le taux de couverture par CCT le plus faible⁹⁷.

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 fédéral⁹⁸, 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 remplies⁹⁹. La doctrine majoritaire reconnaît également une obligation de négocier une CCT pour les employeurs¹⁰⁰. Les arguments sont notamment qu'un employeur qui s'oppose à toute réglementation au moyen

⁹⁵ Thomas Geiser, Roland Müller, et Kurt Pärli, *Arbeitsrecht in der Schweiz*, 2024, N 851 ss.

⁹⁶ Office fédéral de la statistique, Conventions collectives de travail (CCT) et salarié(e)s assujettie(e)s – Suisse, état au 1^{er} mars 2021, 2024. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Travail et rémunération > Conventions collectives de travail et partenariat social > Conventions collectives de travail.

⁹⁷ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

⁹⁸ ATF 118 II 431, c. 4a; 113 II 37, c. 4 f

⁹⁹ ATF 140 I 257, c. 5.1 et 5.2

¹⁰⁰ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

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. suppose des négociations préalables¹⁰¹. 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 de négociation sans préjuger du résultat et à s'efforcer de parvenir à un accord, conformément au principe de la bonne foi (art. 2, al. 1, CC)¹⁰². En Suisse, une telle obligation existe notamment dans la loi du 17 décembre 2010 sur la poste¹⁰³ (art. 4, al. 3, let. c), dans la loi du 30 avril 1997 sur l'entreprise de télécommunications¹⁰⁴ (art. 16, al. 2) et dans la loi du 24 mars 2000 sur le personnel de la Confédération¹⁰⁵ (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 particuliers, d'autant plus que les prescriptions de la CCT remplacent les réglementations du droit de la fonction publique¹⁰⁶. 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 CCT ou, du moins, s'il ne les exclut pas explicitement¹⁰⁷. Compte tenu de la compétence globale de la Confédération en matière de protection des travailleurs (cf. ch. 7.1.1), 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 CCT 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. Il faut toutefois relever que, selon l'art. 16, al. 3, du projet, une CCT ne peut déroger au droit impératif cantonal ou communal. Ainsi, si le droit cantonal ou communal reprend les art. 5 à 14 de la LCTSI, ces règles ne pourront faire l'objet de dérogations dans une CCT couvrant le secteur public.

Les employeurs, leurs associations et les organisations de travailleurs informent publiquement chaque année de l'état des négociations, par exemple dans un rapport d'activité (al. 2). L'objectif est que les partenaires sociaux s'accordent sur les éléments à communiquer avant publication. Les commissions cantonales pourront ainsi observer l'évolution du nombre et du contenu des CCT conclues dans le domaine des soins infirmiers (art. 24, al. 1).

¹⁰¹ Idem, n° 117

¹⁰² Idem, n° 118

¹⁰³ RS 783.0

¹⁰⁴ RS 784.11

¹⁰⁵ RS 172.220.1

¹⁰⁶ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne, 2021, ch. 144 ss

¹⁰⁷ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.ad-min.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

Section 4 Exécution

L'exécution du projet de LCTSI s'appuie sur les structures du droit du travail en vigueur. Les dispositions d'exécution correspondent donc en grande partie aux prescriptions existantes, raison pour laquelle on peut renvoyer aux explications pertinentes données dans les messages relatifs à ces actes (LTr, loi du 8 octobre 1999 sur les travailleurs détachés [LDét]¹⁰⁸, loi fédérale du 17 juin 2005 sur le travail au noir [LTN]¹⁰⁹, loi du 24 mars 1995 sur l'égalité [LEg]¹¹⁰).

Art. 18 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 visées à l'art. 41 LTr (inspections cantonales du travail). Les inspections cantonales du travail s'occupant déjà de l'exécution de la LTr, il a semblé pertinent d'étendre leur domaine d'activité à l'exécution de la LCTSI. Le renvoi aux autorités d'exécution visées à l'art. 41 LTr implique par ailleurs l'applicabilité des dispositions de procédure applicables à ces autorités au titre de 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. 19 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 les attributions de la Confédération (al. 2). Les al. 1 et 2 s'inspirent de l'art. 42, al. 2 et 3, LTr.

Art. 20 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 et les risques 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 au salarié de se tenir à distance et de ne pas s'exposer personnellement. En outre, les organisations peuvent défendre un intérêt collectif, par

¹⁰⁸ RS 823.20

¹⁰⁹ RS 822.41

¹¹⁰ RS 151.1

exemple lorsqu'un groupe entier de travailleurs 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 permet de garantir que les organisations 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. 21 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 14 du projet de loi. L'al. 1 prévoit que l'autorité cantonale d'exécution compétente peut prononcer une sanction administrative de 30 000 francs au plus (al. 1) à l'encontre des employeurs occupant des travailleurs dans le domaine des soins infirmiers. Ces sanctions peuvent s'adresser aussi bien à des entreprises de droit privé qu'à des entreprises de droit public. Les frais de contrôle peuvent être mis tout ou partie à la charge de l'employeur fautif (al. 2). Le délai de prescription de 5 ans tient compte de l'importance du bien juridique lésé et de la faisabilité de la procédure de sanctions administratives (al. 3). Le début du délai est fixé à compter du jour où l'infraction a pris fin, afin de pouvoir le déterminer de manière claire.

Lorsqu'une sanction administrative est prononcée, l'autorité compétente envoie une copie de sa décision au SECO (al. 4), qui recense dans une liste accessible au public les employeurs contre qui ont été prononcées des sanctions dans des décisions exécutoires (al. 5). La liste est supprimée au terme d'un délai approprié, conformément au principe de proportionnalité.

Art. 22 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 droits et obligations 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) et concernant les recours contre les décisions de l'autorité cantonale (let. d) s'appliquent également.

Section 5 Commissions cantonales dans le domaine des soins infirmiers

Art. 23 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 représentant les divers cantons concernés. Les commissions doivent être composées d'un tiers de représentants des organisations d'employeurs, d'un tiers de représentants des organisations de travailleurs et d'un tiers de représentants du canton (al. 2). Les associations professionnelles peuvent proposer des candidats à ces fonctions (al. 3). Selon l'AIR, plusieurs cantons connaissent déjà des commissions, des groupes de travail ou des programmes qui s'intéressent spécifiquement à la situation dans le domaine des soins infirmiers sous différents aspects (p.ex. qualité, situation du personnel qualifié)¹¹¹.

Art. 24 Tâches

Grâce à leurs connaissances spécialisées dans le domaine de la santé, les commissions observent l'évolution du nombre et du contenu des CCT conclues dans les soins infirmiers (al. 1, let. a), l'effet de l'évolution du nombre de travailleurs et de leurs conditions de travail sur la qualité des soins et sur l'évolution des coûts de la santé (let. b). Dans le cadre de leurs tâches légales, celles-ci peuvent également veiller à ce que les employeurs soient conscients de leurs obligations découlant de cette loi et qu'ils les mettent en œuvre en conséquence. En vertu de l'al. 2, ces commissions rendent compte de leurs observations chaque année à l'OFSP.

Section 6 Évaluation

Art. 25

La mise en œuvre de la disposition transitoire de l'art. 197, ch. 13, al. 1, let. c, Cst. par l'adoption de la LCTSI 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 14, 16 et 17, notamment leurs effets sur la conclusion et le contenu des CCT, sur la satisfaction au travail, sur la durée d'exercice des professions dans le domaine des soins infirmiers et sur l'évolution des coûts (let. a). Une analyse systématique du besoin de réglementer les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers sera aussi effectuée (let. b). Enfin, 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).

¹¹¹ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

Les rapports que doivent établir les commissions cantonales conformément à l'art. 24, al. 2, pourront être pris en compte dans l'évaluation (al. 2).

Le DFI fera rapport au Conseil fédéral sur les résultats obtenus (al. 3).

Section 7 Disposition pénale

Art. 26

Le projet de loi 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 14. Par analogie avec les 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 fédérale du 22 mars 1974 sur le droit pénal administratif¹¹², qui traite de la responsabilité pénale du chef d'entreprise, est applicable (al. 2). Cette disposition prévoit que 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. 27 Modification d'un autre acte

Le commentaire de l'art. 5, al. 1, contient des explications concernant la modification de l'art. 9, al. 1, let. 1, LTr.

Art. 28 Référendum et entrée en vigueur

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

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

¹¹² RS 313.0

5.2 Modification de la loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan)

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

Conformément à l'al. 1, let. h, l'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 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 finales pour la formation de master en pratique infirmière avancée (cf. art. 5 LPSan). La réglementation du master HES/HEU en pratique infirmière avancée inclura les compétences permettant aux diplômés d'exercer la profession d'IPA. En outre, ces compétences approfondies en soins infirmiers doivent permettre de répondre aux exigences de la profession et permettre aux IPA d'intervenir dans des situations complexes. Ils devraient ainsi acquérir de nouvelles compétences et approfondir celles acquises au cours de leur bachelor dans les domaines de la pratique clinique, de la gestion des cas et de l'approche thérapeutique, de la promotion de la qualité des soins et de la sécurité des patients, de la collaboration interprofessionnelle et de la conduite du personnel. Ils seront également capables de développer des pratiques cliniques fondées sur les preuves. Dans un contexte de soins complexes, leur intervention devrait contribuer à une offre de soins sûrs, équitables, efficaces, efficaces et centrés sur la personne.

Les compétences professionnelles spécifiques que doivent posséder les personnes ayant terminé un master en pratique infirmière avancée devront être réglées par le Conseil fédéral dans l'OCPSan avec le concours des institutions concernées, à savoir les hautes écoles, d'autres institutions du domaine des hautes écoles et des organisations du monde du travail. Le Conseil fédéral consultera au préalable le Conseil des hautes écoles conformément à l'art. 12 LEHE.

Le nouveau master en pratique infirmière avancée comprendra toutes les compétences requises pour l'exercice de la profession d'IPA dans un domaine principalement clinique. Par ailleurs, les hautes écoles universitaires et les hautes écoles spécialisées pourront continuer à proposer des filières de master avec une orientation dans la recherche en soins infirmiers. Ces diplômes ne donneront toutefois pas le droit d'exercer en tant qu'IPA sous sa propre responsabilité professionnelle.

Art. 3, al. 2, let. j

L'expression « transformation numérique » désigne le passage à un monde de plus en plus numérique. Ce changement se traduit, par exemple, par une utilisation accrue des instruments de mesure numériques et des technologies de l'information. Les profes-

sionnels doivent comprendre le potentiel et les limites des nouvelles possibilités offertes par la transformation numérique. Pour ce faire, ils doivent acquérir les compétences nécessaires. 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 (notamment aussi l'établissement de diagnostics), 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. En cas d'utilisation 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. L'al. 2, let. j, doit donc être adapté, de manière à ce que des connaissances sur l'utilisation des instruments numériques soient transmises au cours des études. Le but est d'en garantir l'utilisation compétente et appropriée et de favoriser une action globale et responsable. L'utilisation dans le cadre de l'activité professionnelle implique également une approche interprofessionnelle. Dans ce contexte, le terme « interprofessionnel » signifie l'échange au-delà des frontières professionnelles, en tenant compte de nombreuses perspectives. Les outils numériques comprennent notamment les applications de cybersanté développées pour l'échange d'informations nécessaires au traitement, comme le dossier électronique du patient ou les applications de santé mobile et de télésurveillance (p. ex. dans le domaine des ECG de longue durée ou des contrôles de la glycémie).

Parallèlement, les professionnels doivent être capables d'utiliser les technologies fondées sur les données de manière responsable. Par technologies fondées sur les données, on entend, outre les solutions logicielles, les modules d'apprentissage automatique et d'intelligence artificielle. L'important potentiel de la collecte de données numériques à grande échelle s'accompagne également de limites (y compris de certains risques). Celles-ci peuvent être de nature sécuritaire et concerner des aspects de la protection des données tels que les questions d'accessibilité et de sécurisation des dossiers numériques. Elles peuvent aussi relever du domaine éthique (éthique des données). En effet, toutes les possibilités de collecte et d'analyse de données ne peuvent être mises en œuvre sans réflexion préalable (éthique des données). Cependant, des erreurs peuvent déjà se produire lors de la collecte de données, ce qui peut par exemple compromettre un ensemble de données. Dans ce cas, une reprise non critique des données serait extrêmement problématique. Il convient donc de se pencher sur la qualité des données disponibles. L'accent mis sur l'utilisation responsable des technologies fondées sur les données tient compte du danger que représente l'absence de réflexion éthique. L'intérêt accru pour les questions éthiques tient également compte de l'évolution de la relation médecin-patient, les fondements éthiques sous-jacents ayant considérablement évolué au cours des dernières décennies (cf. l'approche de l'éthique de la sollicitude). Dans ce cadre, l'objectif principal reste d'acquérir une attitude responsable et compétente vis-à-vis des instruments numériques, des bénéficiaires de soins et de leurs attentes en constante évolution. Le présent paragraphe se fonde sur les documents de travail pertinents des *Académies suisses des sciences a*⁺¹¹³, de la

¹¹³ Data-Literacy-Charta Schweiz, 2024. La charte peut être consultée à l'adresse suivante : www.akademien-schweiz.ch > Thèmes > Culture scientifique > Charte de littératie des données

FMH¹¹⁴ et de la *Fondation Careum*¹¹⁵. Ces publications ont aussi été prises en compte dans le cadre de la plateforme *Avenir de la formation médicale*.

Art. 5, al. 1, dernière phrase, et 1^{bis}

Al. 1 : la modification consiste uniquement à préciser le renvoi au Conseil des hautes écoles, en conformité avec la nouvelle disposition.

Al. 1^{bis} : l'OCPSan devra définir les compétences finales de la formation de master. Selon le niveau de compétences exigé et afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients, une expérience clinique préalable à l'obtention du master en pratique infirmière avancée pourrait être requise. Dans cette perspective, le Conseil fédéral doit avoir la possibilité de prévoir une prolongation du master jusqu'à un maximum de 150 crédits selon le système européen de transfert et d'accumulation des crédits (ECTS). Pour ce cursus, il pourrait donc déroger au volume des études que le Conseil des hautes écoles a fixé pour ce cycle d'études à l'art. 12 LEHE (90 ou au maximum 120 ECTS, cf. art. 4, al. 1, let. b, de l'ordonnance du 29 novembre 2019 du Conseil des hautes écoles sur la coordination de l'enseignement dans les hautes écoles suisses¹¹⁶). Le Conseil des hautes écoles devra également être consulté sur une éventuelle prolongation de la durée des études, comme le prévoit déjà l'art. 5, al. 1, LPSan pour les compétences spécifiques à la profession.

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

Al. 2, let. a : cette modification consiste uniquement à introduire les abréviations correspondant au niveau du diplôme.

Al. 2, let. h : pour obtenir une autorisation de pratiquer et d'exercer sous leur propre responsabilité professionnelle (autorisation de pratiquer), les IPA devront disposer du diplôme requis, mais également remplir les autres conditions d'autorisation prévues à l'art. 12, al. 1, LPSan. Ces conditions sont présentées dans le message du 18 novembre 2015 relatif à la LPSan¹¹⁷.

Dans la pratique, les personnes exerçant le rôle d'IPA dans un hôpital sont à l'heure actuelle titulaires d'un master HES/HEU. Par conséquent, seul un master HES/HEU en pratique infirmière avancée (cf. art. 2, al. 2, let. a, ch. 9) permet d'obtenir une autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité professionnelle en tant qu'IPA, comme c'est le cas au niveau international (voir aussi ch. 2.3.2). Toutefois, afin d'améliorer la perméabilité du système de formation pour les infirmiers ES, il convient d'examiner la possibilité de raccourcir la passerelle permettant aux titulaires

¹¹⁴ Christian Lovis, Manuela Eicher et Serge Bignens, *Digital competences in health Expectations and requirements to face the present and build the future*, 2024. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.fmh.ch > Thèmes > Tendances et Nouvelles technologies > Compétences numériques.

¹¹⁵ Sebastian Kuhn, *Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen?*, 2019. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.careum.ch > Recherche (News) : Bildung im digitalen Zeitalter (consulté le 31 mars 2025).

¹¹⁶ RS 414.205.1

¹¹⁷ FF 2015 7925 p. 7957 ss.

d'un diplôme d'une école supérieure en soins infirmiers d'obtenir un bachelor en soins infirmiers. En effet, les 90 crédits ECTS requis dans le cadre de la passerelle entre les niveaux ES et HES pour obtenir un titre de bachelor HES en soins infirmiers peuvent avoir un effet dissuasif et constituer un frein au développement professionnel vers les formations dans les hautes écoles. Une réduction du nombre de crédits ECTS exigés dans cette passerelle ou d'autres possibilités renforceraient la perméabilité du système de formation pour les infirmiers ES et faciliteraient l'accès aux filières de master en pratique infirmière avancée.

Les modalités de la passerelle ne sont pas régies par la loi, mais par les *Best Practices*. *Zulassung zum Bachelorstudium an Fachhochschulen* émises par l'association swissuniversities en novembre 2021. Celles-ci constituent un instrument approprié pour les hautes écoles. Leur développement serait à étudier et ne nécessiterait pas de modification des bases légales.

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

Les dispositions transitoires visent à assurer 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, à 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 pourront continuer de pratiquer leur profession dans ce canton, même si elles n'ont pas la formation préalable exigée par la présente loi à l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. 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, devra 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 LPSan. 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'ORPSan réglera les modalités. Le Conseil fédéral peut, si nécessaire, conditionner l'équivalence des qualifications professionnelles à l'acquisition de certaines compétences supplémentaires. En outre, les diplômes étrangers reconnus comme équivalents à un diplôme suisse délivré en vertu de l'ancien droit sont également considérés comme 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 à 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 pénal¹¹⁸. 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 pénale¹¹⁹ et l'art. 75, let. b, de la procédure pénale militaire du 23 mars 1979¹²⁰ accordent expressément au personnel infirmier et aux personnes exerçant une autre profession réglementée par la LPSan le même droit global de refuser de témoigner qu'aux médecins, à compter du 1^{er} juillet 2024. Ces dispositions doivent désormais également donner aux IPA le droit de refuser de témoigner.

Le commentaire de l'art. 3, al. 2, let. j, LPSan contient des explications concernant la réglementation des compétences numériques dans la LPMéd et la LPsy, identique dans les deux lois.

¹¹⁸ RS 311.0

¹¹⁹ RS 312.0

¹²⁰ RS 322.1

6 Conséquences

6.1 Conséquences pour la Confédération

6.1.1 Conséquences de la LCTSI

Coûts directs

La LCTSI n'aura pas de conséquences directes pour la Confédération sur le plan financier ni sur l'état du personnel.

Coûts indirects

Les mesures prévues déboucheront sans doute sur 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 pour le système de santé (voir aussi ch. 6.3). Comme indiqué au ch. 4.2.2, une éventuelle augmentation des coûts des prestations se traduira également par une hausse des coûts pour les assurances sociales (assurance-maladie, assurance-accidents et assurance militaire) et les cantons à moyen et long terme. Cela dit, toute augmentation des coûts liée à l'amélioration des conditions de travail pour le personnel soignant n'occasionne pas systématiquement une hausse des primes. Les fournisseurs de prestations pourraient, par exemple, répartir différemment les fonds à disposition en interne et absorber les coûts supplémentaires. En l'absence d'une telle mesure, en revanche, il faut s'attendre à une hausse des primes pour l'AOS comme pour les assurances complémentaires.

Conformément à l'art. 66, al. 2, LAMal, la contribution fédérale à la réduction des primes correspond à 7,5 % des coûts bruts de l'AOS. La Confédération augmente donc automatiquement sa contribution si les coûts de l'AOS augmentent. Il n'est actuellement pas possible d'estimer les coûts supplémentaires que la Confédération devra supporter au titre de sa contribution à la réduction des primes, étant donné que ces coûts dépendront de divers facteurs. D'une part, conformément à l'art. 14 du projet de LCTSI, un dédommagement financier ne sera versé que pour un temps de travail déterminé. D'autre part, il sera possible de s'écarter des dispositions du projet de LCTSI par le biais d'une CCT et, par exemple, de supprimer le versement de dédommagements financiers (cf. ch. 6.3).

6.1.2 Conséquences des modifications de la LPSan

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

6.2 Conséquences pour les cantons et les communes ainsi que pour les centres urbains, les agglomérations et les régions de montagne

6.2.1 Conséquences de la LCTSI

Les cantons seront touchés par les coûts supplémentaires prévisibles que les mesures proposées entraîneront. Comme indiqué au ch. 4.2.2, les nouvelles dispositions constitutionnelles n'ont pas modifié le système de financement dans le domaine des soins infirmiers. Les coûts supplémentaires pour les établissements de santé que les prescriptions de la LCTSI pourraient engendrer auront aussi un impact sur les contributions à verser par les cantons et les communes en vertu de la LAMal (le financement des hôpitaux et notamment le financement résiduel). L'analyse approfondie de l'AIR¹²¹ a tenté d'évaluer les conséquences financières des différentes mesures proposées. Néanmoins, il s'est avéré qu'il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle, d'estimer de manière fiable les coûts supplémentaires, ceux-ci dépendant à la fois de l'élaboration des ordonnances et des CCT conclues entre les partenaires sociaux. Le commentaire détaillé à ce sujet se trouve au ch. 6.3.

En cas de hausse des dépenses de l'AOS, les cantons seront par ailleurs davantage mis à contribution en matière de réductions des primes. Il n'est toutefois pas possible d'estimer un montant précis à l'heure actuelle.

Les coûts supplémentaires nécessaires pour garantir l'exécution de la LCTSI affecteront également directement les cantons. Cependant, comme ils peuvent s'appuyer sur les structures existantes, la charge supplémentaire sera relativement réduite. Le nombre d'établissements à contrôler (institutions de santé) ne changera pas en soi ; seuls le contenu et éventuellement l'étendue des contrôles changeront. En estimant que la LCTSI concernera quelque 3000 établissements de santé et que 20 % de ces institutions devront être contrôlées dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, les cantons devraient procéder à 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 à effectuer pour les organes de contrôle cantonaux. 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 pour l'ensemble des cantons.

Il est prévu, dès l'entrée en vigueur de la LCTSI, 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, il en résultera une augmentation des coûts pour les instances de contrôle. L'augmentation des coûts pour les cantons dépendra, à long terme, de leur volonté de maintenir ou non le niveau de contrôle accru.

¹²¹ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

6.2.2 Conséquences des modifications de la LPSan

La modification de la LPSan concerne les cantons, étant donné qu'il leur reviendra d'assurer la surveillance et de délivrer les autorisations de pratiquer pour les nouveaux IPA. S'il n'est pas possible pour l'instant d'estimer les coûts qui leur incomberont, il ne devrait pas y avoir de répercussions directes sur les communes.

6.3 Conséquences pour la société et l'économie

6.3.1 Conséquences de la LCTSI

Les exigences visées à l'art. 4 de la loi fédérale du 29 septembre 2023 sur l'allègement des coûts de la réglementation pour les entreprises¹²² ont été examinées lors de l'élaboration du projet de LCTSI. Le projet se limite à la réglementation de quelques aspects ciblés, ce qui réduit l'ampleur de l'intervention sur les relations de travail et atténue ainsi la charge administrative pour les entreprises. De plus, la possibilité de conclure une CCT offre une flexibilité supplémentaire : si un tel accord est conclu et qu'il respecte les conditions fixées par la LCTSI, notamment si sa portée et sa représentativité sont suffisantes, les dispositions de la LCTSI ne s'appliquent pas. En outre, la possibilité de conclure des CCT permet de procéder à des adaptations dans chaque branche plutôt que d'imposer des prescriptions uniformes.

Compte tenu des conclusions de l'AIR, le projet de loi a été modifié sur plusieurs points, notamment en ce qui concerne l'obligation de participer à des viviers de personnel. La période de préavis pour les plans de service reste de quatre semaines, mais le droit à une compensation ne s'applique que lorsque ces plans sont modifiés moins de deux semaines avant la date de la mission. Cette mesure vise à éviter que la planification du travail, déjà difficile pour les entreprises, ne soit davantage compliquée.

Il est extrêmement difficile d'estimer l'impact et les coûts des mesures envisagées dans la LCTSI pour améliorer les conditions de travail dans les soins, étant donné que celles-ci dépendront de plusieurs facteurs : de la conception de l'ordonnance relative à la LCTSI et, selon la proposition du Conseil fédéral, de la possibilité, par voie de CCT, de déroger aux prescriptions légales et de l'ordonnance tant en faveur qu'en défaveur des travailleurs. Par conséquent, l'estimation des coûts prévisibles manque de précision, comme l'a montré l'approfondissement de l'AIR¹²³. À l'heure actuelle, on ne peut donc faire que des déclarations très approximatives sur les coûts supplémentaires attendus. En outre, lorsque l'on considère les coûts, il ne faut pas oublier que les investissements dans le personnel peuvent également apporter des allègements financiers. L'exemple de l'hôpital de Bülach montre clairement comment les coûts supplémentaires liés à l'augmentation de la satisfaction au travail peuvent être compensés, du moins en partie, par un taux de rotation plus faible et par une réduction

¹²² RS 930.31

¹²³ Miriam Frey et Mirjam Suri, *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung*, Bâle, BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, 2025. Le document peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi
> Documents (en allemand uniquement).

massive du recours à du personnel qualifié temporaire. Les estimations de coûts exposées plus bas n'en tiennent pas compte.

L'ensemble de prescriptions 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 en définitive à la société entière.

En élaborant les mesures, il faut toutefois éviter de produire des résultats indésirables ou contraires à l'objectif 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 deux 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.

Conséquences pour les entreprises

Les prescriptions de la LCTSI concernent toutes les institutions qui emploient des travailleurs dans le domaine des soins infirmiers. Il s'agit notamment des hôpitaux, des EMS et des services d'aide et de soins à domicile. L'approfondissement de l'AIR relative à la LCTSI a estimé de manière approximative les coûts qui en découlent. Toutefois, ces estimations comportent une grande part d'incertitudes. Alors que, p. ex., la fixation du délai d'annonce pour les services de piquet à quatre semaines ne devrait entraîner qu'un faible surcoût, une réduction de la durée hebdomadaire du travail de 42 à 40 heures, avec un salaire inchangé, engendrerait des coûts supplémentaires pouvant atteindre jusqu'à 600 millions de francs. L'approfondissement de l'AIR a permis d'estimer les coûts maximaux prévisibles suivants :

Mesure	Part des établissements et employés concernés	Estimation des coûts annuels
Durée normale de la semaine de travail (entre 40 et 42 heures)	42 heures : faible 40 heures : élevée (plus de la moitié des établissements est concernée)	42 heures : peu de coûts 40 heures : max. 600 millions en maintenant le même salaire

Max. d'heures supplémentaires	Faible	Surcoût faible
Compensation des heures supplémentaires et du travail de nuit / du travail du dimanche	Heures supplémentaires : aucune estimation possible Travail de nuit : faible ou élevée, selon la mise en œuvre Dimanche et jours fériés : élevée	Heures supplémentaires : aucune estimation possible Travail de nuit : max. 300 millions Dimanche et jours fériés : max. 700 millions
Rémunération du temps d'habillage	Moyenne (en partie mise en œuvre, n'est significative que pour les hôpitaux et les EMS)	Max. 100 millions
Rémunération des pauses	Faible (presque tous les établissements connaissent la réglementation correspondante)	Surcoût faible
Services de piquet et de permanence	Faible - élevée (selon l'organisation)	Aucune estimation possible
Délai d'annonce des plans de service à quatre semaines au minimum	Faible (déjà réglé dans plus de 80 % des établissements)	Surcoût faible
Compensation pour des interventions non planifiées	Élevée (aujourd'hui 1/3 des établissements connaissent ces compensations)	Max. 300 millions

Ces estimations représentent des montants maximaux que l'on ne peut pas simplement additionner pour estimer le coût total des mesures proposées. Conformément à l'art. 14 du projet de LCTSI, si différentes règles de compensation financière sont applicables pour la même période, seule la compensation la plus favorable (c'est-à-dire la plus avantageuse) pour le travailleur est appliquée. Par exemple, une personne qui effectue un remplacement au pied levé un dimanche n'a droit qu'à la plus élevée des deux compensations prévues, et non aux deux. Les coûts supplémentaires doivent également être considérés par rapport aux dépenses totales dans les hôpitaux, les EMS et les services d'aide et de soins à domicile : d'après les chiffres de l'Office fédéral de la statistique, ces dépenses représentaient, en 2022, 32,6 milliards de francs pour les hôpitaux, 11,2 milliards de francs pour les EMS (y c. le financement résiduel et les contributions des résidents) et 2,9 milliards de francs pour les services d'aide et de soins à domicile¹²⁴.

Toutefois, l'AIR a notamment conclu qu'il existe un lien entre les coûts prévisibles et l'effet escompté d'une mesure : si une mesure n'entraîne que des coûts faibles, c'est en général parce que la réglementation est proche de la pratique actuelle. On peut donc s'attendre à ce que les nouvelles prescriptions n'aient qu'un faible impact sur la satisfaction du personnel soignant. Les mesures qui ont des conséquences financières plus importantes sont souvent plus susceptibles d'améliorer sensiblement les conditions de travail du personnel soignant.

Les mécanismes mis en évidence au ch. 4.2.2 montrent que les coûts supplémentaires prévisibles auront à moyen terme des répercussions sur les caisses-maladie ainsi que sur les cantons et communes en tant que financeurs résiduels. Cependant, comme présenté au ch. 6.1, 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. La clé de répartition des coûts supplémentaires entre les différents acteurs (assurés, caisses-maladie, cantons et Confédération) est décrite au ch. 4.2.2.

Les coûts pourraient être plus élevés 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. En effet, 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 sur les coûts, mais aussi en matière de personnel qualifié. Cela dit, comme cette décision relève de chaque établissement de santé, il est impossible d'en chiffrer l'impact. En outre, des mesures prises pour améliorer la satisfaction des collaborateurs des autres professions que celles des soins peut avoir un impact positif sur leur maintien dans l'entreprise et donc déboucher sur une baisse des coûts de recrutement.

¹²⁴ Les chiffres peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.pxweb.bfs.admin.ch > Thèmes > Santé > Source « Coûts et financement du système de santé selon le fournisseur de prestations, la prestation, le milieu de prise en charge et le régime de financement ».

Conséquences pour les soins

Il convient de considérer les coûts supplémentaires attendus résultant d'une amélioration des conditions de travail du personnel soignant 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. Des soins de qualité peuvent en effet 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.

Conséquences pour l'assurance-maladie

Comme indiqué au ch. 4.2.2, il faut partir du principe que les coûts supplémentaires pour les hôpitaux se répercuteront sur la tarification des prestations hospitalières et entraîneront une hausse des primes de l'AOS. Pour l'heure, il n'est pas encore possible de déterminer quelles seront les conséquences sur les primes, étant donné qu'on ne sait pas encore ce que les différentes mesures occasionneront comme coûts supplémentaires, dans quelle proportion ils seront compensés par une amélioration de l'efficacité et, enfin, quelle part de ces coûts supplémentaires pourra effectivement être prise en compte pour la détermination des tarifs. Comme il n'est pas prévu d'adapter les contributions aux soins de l'AOS, les coûts supplémentaires pour les soins dispensés dans les EMS ou par les services d'aide et de soins à domicile ne devraient pas avoir d'impact sur les primes de l'AOS.

Conséquences sur l'égalité entre hommes et femmes

Les mesures proposées visant à améliorer les conditions de travail auront également un impact positif sur la promotion de l'égalité entre hommes et femmes 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 sexuée du travail où le domaine du soin est plutôt associé aux femmes, tandis que celui de la guérison 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 entre les sexes.

6.3.2 Conséquences des modifications de la LPSan

Les modifications de la LPSan devraient avoir des effets positifs sur les soins dont bénéficie la population. Dans les zones rurales en particulier, les IPA pourraient prendre en charge certaines tâches des médecins, ce qui améliorerait la disponibilité des soins de base. De plus l'amélioration de la formation devrait aussi avoir des effets positifs sur la qualité des soins.

6.4 Autres conséquences

Les IPA devront assumer les coûts inhérents aux exigences à remplir en matière d'apprentissage tout au long de leur vie. Le montant de ces coûts dépendra de la mise en œuvre de ce devoir professionnel par les cantons ou les associations. Par ailleurs, ils devront payer les émoluments liés à l'autorisation de pratiquer.

7 Aspects juridiques

7.1 Constitutionnalité

7.1.1 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 repose entre autres sur l'art. 110 Cst.

Les dispositions du 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 particulier¹²⁵, que ces rapports relèvent du droit public ou du droit privé. En outre, l'obligation de négocier des CCT se fonde 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'individuel¹²⁶ ; 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, donc au niveau général et abstrait plutôt qu'individuel, des directives qui ne leur assurent pas une protection suffisante¹²⁷. L'obligation légale de négocier des CCT existe par ailleurs aussi dans d'autres domaines juridiques¹²⁸.

Au niveau constitutionnel, le projet se fonde sur l'art. 122, al. 1, Cst., en tout cas pour les rapports de travail de droit privé.

En revanche, l'art 117b Cst. (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 que l'art. 197, ch. 13, al. 1, let. c, Cst. dispose 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

¹²⁵ Avis juridique de l'Office fédéral de la justice du 8 mai 2003, JAAC 68.81

¹²⁶ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne, 2021, ch. marg. 213

¹²⁷ Lukasz Grebski, *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berne, 2021, ch. marg. 221

¹²⁸ 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)

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 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 les limites des compétences fédérales existantes.

Toutefois, le mandat conféré à l'art. 117*b* 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 le 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 limitée¹²⁹. 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 CCT¹³⁰.

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. 7.7.1).

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 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 du 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'accès aux soins (cf. explications

¹²⁹ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents.

¹³⁰ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

aux ch. 1.1.2 à 1.1.4). L'amélioration des conditions de travail que visent les présentes mesures est essentielle afin d'augmenter la durée d'exercice de la profession et, donc, de lutter contre la pénurie de personnel qualifié. Il faut cependant 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 reprendre les règles éprouvées fixées dans la LTr et de les adapter au domaine des soins.

Cela dit, le projet réglemente uniquement certains points ; le degré d'intervention dans les rapports de travail est donc globalement plutôt faible et garantit la proportionnalité au sens strict (proportionnalité entre le but et l'effet de la mesure / caractère raisonnable), d'autant qu'il est possible, par voie de CCT, de déroger aux dispositions légales. La liberté de négocier et de conclure des CCT reste garantie.

Concernant les aspects des relations de travail qui ne sont pas réglés dans le projet de LCTSI, il est important que les partenaires sociaux soient tenus de négocier des CCT ; l'objectif est d'y régler ces autres aspects. Limiter le projet à la réglementation de certains aspects permet non seulement de réduire l'ampleur 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. 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 admissible¹³¹.

7.1.2 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. Cette disposition donne à la Confédération une compétence étendue 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 HES/HEU en pratique infirmière avancée 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 la qualité des soins et d'assurer la sécurité des patients.

¹³¹ 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. L'avis peut être consulté à l'adresse suivante : www.bag.admin.ch/lctsi > Documents (en allemand uniquement).

7.2 **Compatibilité avec les obligations internationales de la Suisse**

7.2.1 **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 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Pacte ONU D)¹³², de la Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme, CEDH)¹³³ et de plusieurs conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT)¹³⁴. 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 prescriptions détaillées du 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 1949 n° 98 concernant l'application des principes du droit d'organisation et de négociation collective¹³⁵ et la convention du 9 juillet 1948 n° 87 concernant la liberté syndicale et la protection du droit syndical¹³⁶. 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 le 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.

7.2.2 **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 possède les qualités physiques et psychiques requises 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

¹³² RS **0.103.1**

¹³³ RS **0.101**

¹³⁴ Cf. liste publiée au RS **0.822**.

¹³⁵ RS **0.822.719.9**

¹³⁶ RS **0.822.719.7**

personnes (ALCP)¹³⁷ et de la Convention du 4 janvier 1960¹³⁸ instituant l'Association européenne de libre-échange (AELE) ou de la directive 2005/36/CE¹³⁹ 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 titulaires d'un Bachelor ou ES et les sages-femmes, la reconnaissance est automatique, étant donné que les exigences minimales 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'ALCP et de la Convention AELE.

7.3 Forme de l'acte à adopter

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

Aux termes de 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. Les dispositions fondamentales relatives à la restriction des droits constitutionnels ainsi qu'aux droits et aux obligations des personnes en font partie. Les exigences minimales en matière de conditions de travail prévues dans le projet constituent une atteinte importante aux droits fondamentaux, 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 sujet au référendum (art. 141, al. 1, let. a, Cst.).

7.3.2 Modification de la LPSan

L'obligation d'accréditer le cursus de master HES/HEU en pratique infirmière avancée 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, également une atteinte à la liberté économique. Par conséquent, les prescriptions en la matière doivent être édictées sous la forme d'une loi fédérale.

¹³⁷ RS 0.142.112.681

¹³⁸ RS 0.632.31

¹³⁹ JO L 255 du 30.9.2005, p. 22

7.4 Frein aux dépenses

Les présents projets ne créent pas de nouvelles dispositions relatives aux subventions et n'édicte 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.).

7.5 Conformité au principe de subsidiarité et d'équivalence fiscale

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

Les dispositions proposées préservent la souveraineté cantonale 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 le 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 formulée dans l'initiative sur les soins infirmiers à 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.

7.5.2 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 réglé au niveau fédéral.

7.6 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 du 5 octobre 1990 sur les subventions¹⁴⁰ ne s'appliquent pas dans le cas présent.

7.7 Délégation de compétences législatives

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

Le Conseil fédéral doit concrétiser au niveau de l'ordonnance les conditions de travail définies aux art. 5 à 9, 12 et 13. Ce genre de délégation est indiqué parce qu'il concerne des prescriptions dont le degré de concrétisation dépasserait le niveau de la loi (cf. concrétisations de la LTr dans OLT 1 et dans l'ordonnance 2 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail¹⁴¹, par exemple concernant le travail du dimanche ou le service de piquet et les compensations y afférentes). Outre le cadre donné par le projet, le Conseil fédéral tient aussi compte de la position des partenaires sociaux qu'il doit consulter lorsqu'il édicte des prescriptions (art. 15).

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 40 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. 3) : 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. 4) : 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.

¹⁴¹ RS 822.112

7.7.2 Modification de la LPSan

L'art. 5, al. 1^{bis} prévoit que le Conseil fédéral peut étendre la durée des études du master en pratique infirmière avancée jusqu'à un maximum de 150 ECTS si la garantie de la qualité de la formation et de l'exercice de la profession l'exige. La réalisation de cette condition dépendra notamment des compétences spécifiques à la profession, que le Conseil fédéral fixera également par voie d'ordonnance.

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 trop élevé pour une loi. En revanche, la délégation au Conseil fédéral permet de réagir rapidement aux besoins du monde de la formation et des soins.

7.8 Protection des données

Les projets ne contiennent pas d'aspects relevant de la protection des données qui ne seraient pas déjà couverts par des prescriptions de la LTr et de la LPSan.

Annexes (projets d'actes)

- projet de loi fédérale sur les conditions de travail dans les soins infirmiers
- projet de modification de la loi fédérale sur les professions de la santé

