2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé: Consultation

Prise de position de

Nom / société / organisation	:	Association suisse des infirmières et infirmiers
Abréviation de la société / organisation:		SBK-ASI
Adresse	:	Choisystrasse 1, Case postale, 3001 Berne
Personnes de contact	:	Yvonne Ribi, Secrétaire générale, Pierre-André Wagner, Service juridique Roswitha Koch, Développement des soins infirmiers
Téléphone	:	031 388 36 36
E-Mail	:	yvonne.ribi@sbk-asi.ch
Date	:	le 27 août 2024

Remarques importantes:

1. Nous vous prions de ne pas modifier le formatage du formulaire et de ne remplir que les champs gris.
2. Veuillez utiliser une ligne par article, paragraphe et lettre ou par chapitre du rapport explicatif.
3. Nous vous prions de saisir vos commentaires de fond directement dans les tableaux relatifs aux différents règlements – et non dans le rapport explicatif.
4. Veuillez envoyer votre avis électronique **sous forme de document Word** avant le **29 août 2024** aux adresses électroniques suivantes: gever@bag.admin.ch et pflege@bag.admin.ch

Nous vous remercions de votre participation!

2*ème* étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Tables des matières:

Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI) **3**

Loi sur les professions de la santé (LPSan, RS 811.21) **12**

Rapport explicatif (explications générales) **15**

Remarques générales **17**

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers (LCTSI)			
Art.	**Al.**	**Let.**	**Remarque/suggestion**
			Remarques introductives sur le projet de loi En guise d'introduction, nous souhaitons émettre une **réserve de fond**, qui sera développée plus en détail dans les «Remarques générales». Nous pensons que la décision du Conseil fédéral d'**exclure les aspects financiers** conduira très probablement à l'échec de l'ensemble du projet. La quasi-totalité des améliorations des conditions de travail proposées supposent l'engagement de moyens financiers considérables. Il s'agit bien entendu d'investissements judicieux du point de vue de la société et de la politique de santé. Mais du point de vue des entreprises, il en résulte des dépenses supplémentaires qui ne peuvent pas être financées avec les systèmes de financement actuels. Si les établissements sont obligés de mettre en œuvre les nouveautés avec le budget existant, ils sont alors contraints d'économiser l'argent ailleurs. Il se peut donc qu'il n'y ait pas d'amélioration globale des conditions de travail. Selon les explications, toutes les parties prenantes seront invitées, lors d'une table ronde avec les prestataires de soins, à repenser la répartition des fonds au sein de l'entreprise. Nous estimons que cette mesure est insuffisante. Des garde-fous légaux sont nécessaires pour renforcer le financement des soins au sein des établissements. Ceux-ci devraient être contrôlés et appliqués par les cantons. Dans le contexte de l'absence de mesures visant à améliorer le financement, il est surprenant que les obligations du Conseil fédéral découlant de l'art. 197, ch. 13, soient limitées à l'amélioration des conditions de travail, d'autant plus que le même article des dispositions transitoires prévoit une «rémunération appropriée des soins infirmiers». L'ASI estime qu'il est important d'élaborer rapidement, avant la discussion de la LCTSI au sein de la commission du premier conseil, des estimations de l'impact sur les coûts (variantes), sur la base desquelles seront également définies les clés de financement possibles. Si cela n'est pas fait, nous nous attendons à un retard important dans les discussions politiques, car il est prévisible que ces informations sont essentielles pour les politiciens et politiciennes en tant que base de décision. ***Suggestion d'ajout: ajouter une nouvelle rubrique «Financement». Dans cette rubrique, le financement / le modèle de financement est ancré dans la loi, ce qui oblige la Confédération et les cantons à mettre en œuvre et à financer durablement les améliorations des conditions de travail en faveur des soins infirmiers.***

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

			Nous sommes d'accord avec toutes les dispositions sur lesquelles nous n'avons pas de commentaires.
1	2		L'ensemble du projet a, selon nous, deux objectifs: premièrement, augmenter la durée d'exercice de la profession infirmière par une amélioration sensible des conditions de travail et, deuxièmement, augmenter l'attractivité de la profession. Nous suggérons de compléter le paragraphe en conséquence. ***Proposition d'ajout :*** ***"Il doit contribuer à augmenter l'attractivité de la profession infirmière et la durée d'exercice de la profession".***
2	1, 2		Nous considérons qu'il est important d'étendre le champ d'application au-delà de celui de la LTr, notamment en y incluant les rapports de travail soumis au droit du personnel public et les entreprises de location de services. Nous saluons l'inclusion des personnes en formation: cela permet de prendre en compte le fait que les conditions de travail qu'elles rencontrent lors de leurs stages sont déterminantes et ont une influence décisive sur le fait qu'elles terminent ou non leur formation et sur la durée de leur fidélité à la profession.
2	3		L'ASI est d'avis que le Conseil fédéral devrait édicter dans l'ordonnance relative à la LCTSI une désignation des prestations de soins utile à cette loi. L'art. 7 OPAS, par exemple, ne constitue pas un cadre de référence suffisant pour déterminer quelles prestations relèvent des soins infirmiers, car il ne couvre pas les soins infirmiers, mais seulement une partie des prestations de soins prises en charge par l'AOS. D'autres prestations de soins se trouvent par exemple à l'art. 9, let. c (conseil en diabétologie) et à l'art. 15 OPAS (conseil en allaitement).
3	1	a	Nous considérons que cette exclusion n'est pas appropriée, même si les cantons ont le droit d'y renoncer. Elle signifie que les organisations concernées, qui ne sont pas seulement des foyers pour personnes handicapées, mais aussi des établissements pénitentiaires, des foyers de réfugiés, etc. ne sont pas soumises à l'obligation de négocier une CCT conformément à l'art. 16. Il nous semble donc d'autant plus important que les soignants qui y travaillent bénéficient au moins des dispositions protectrices de la LCTSI. ***Proposition de suppression: supprimer l'art. 3, al. 1, let. a, ainsi que l'al. 2.***
3	3		Il semble important à l'ASI que le SECO recommande une interprétation restrictive. En tous cas, l'ensemble des cadres moyens des soins infirmiers doit être exclu de cette exception.
4			**Le principe de faveur postulé ici et le caractère obligatoire de la LCTSI (sous réserve de l'art. 15 Var. 1) constituent un élément fondamental et indispensable du projet.**

5 (&26)			La durée maximale hebdomadaire de travail de 50 heures actuellement en vigueur est une pierre d'achoppement au vu des nombreuses contraintes professionnelles auxquelles sont soumis les soignants et est souvent perçue comme un scandale par les personnes concernées. L'abaissement à 45 heures hebdomadaires n'a pas seulement des effets positifs sur la santé et la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale, il a aussi un effet de signal à ne pas sous-estimer: la perte d'attractivité de la profession infirmière et la pénurie de personnel qui en résulte ont beaucoup à voir avec le désespoir généralisé que rien ne changera malgré la victoire en votation populaire. Pour que la frustration et la résignation soient surmontées et que de véritables perspectives d'avenir soient offertes aux soignants, la politique doit envoyer des signaux clairs et forts.
5 (&16)	3		Ici, comme dans les autres articles de cette section, l'ASI salue vivement la compétence déléguée au Conseil fédéral d'étendre la protection prévue, par exemple en fixant une compensation minimale plus élevée. Nous saluons également son obligation de consulter préalablement les partenaires sociaux, prévue à l'art. 16, et l'objectif d'amélioration des conditions de travail et de protection des travailleurs qu'il poursuit. Nous renvoyons toutefois à la réserve de fond formulée dans les remarques introductives concernant l'absence de réglementation du financement de ces mesures.
6			L'ASI salue comme un grand progrès la fixation par la loi d'une durée hebdomadaire normale de travail. Conformément au caractère unilatéralement contraignant de la LCTSI, les partenaires sociaux ont la possibilité de réduire encore la durée hebdomadaire normale de travail.
7			Nous considérons que le fait que la règle dispositive de l'art. 321, let. c, CO soit déclarée unilatéralement contraignante dans la LCTSI est un autre signal clair adressé aux soignants en ce qui concerne la protection de leur santé et de leur vie familiale et sociale.
8&9			La valeur ajoutée de ces deux dispositions se limite à l'extension bienvenue des articles 17b et 20 LTr référencés au-delà de leur champ d'application traditionnel ainsi qu'à la faculté accordée au Conseil fédéral d'augmenter la compensation minimale obligatoire.
10			Face à la prolifération de réglementations plus ou moins équitables dans la pratique actuelle, il est extrêmement important pour l'ASI que soit codifié le principe selon lequel le temps d'habillage constitue du temps de travail et que ce temps de travail doit être rémunéré. **Cependant, nous soutenons fermement qu'il n'y a aucune raison juridiquement défendable de ne pas rémunérer le temps d'habillage comme le reste du temps de travail;** contrairement au temps dit inactif des services de piquet par exemple, le temps

			d'habillage fait partie intégrante du travail proprement dit et doit être rémunéré en conséquence (à ce sujet, voir Andreas Petrik, «Ist Umkleidezeit Arbeitszeit?» dans: Pflegerecht 2019 p. 147). ***Suggestion de précision pour l'alinéa 2: «Ces pauses sont considérées comme du temps de travail rémunéré».***
11			Sur la base des explications fournies par le SECO lors de la séance d'information du 10 juin 2024, nous attirons l'attention sur le fait que la formulation de cette disposition prête à confusion et peut induire à tirer des conclusions erronées. Contrairement à ce que nous pensions, les alinéas 1 et 2 ne font pas référence aux mêmes pauses, et l'alinéa 2 ne fait pas référence aux pauses mentionnées à l'alinéa 1 conformément à l'art. 15, al. 1, LTr, mais aux «pauses-café» qui, à notre connaissance, sont accordées librement par les employeurs, «sans reconnaissance d'une obligation légale». Elles sont déjà considérées en règle générale comme du temps de travail rémunéré. Il n'y a bien entendu aucune objection à l'idée que ces pauses soient obligatoirement comptabilisées dans le temps de travail. Dans le quotidien des soins, les pauses prescrites **à l'article 15, paragraphe 1, de la LTr**, qui doivent être accordées au milieu de chaque période de travail selon les directives du SECO relatives à la LTr, ne remplissent trop souvent pas l'objectif de repos visé dans les situations dans lesquelles le personnel soignant doit être joignable et prêt à intervenir même pendant les pauses. Lorsque l'effectif du personnel est réduit, comme dans le cas du service de nuit ou du soir, il ne leur est ni permis ni même possible de quitter le service ou leur lieu de travail. Si l'art. 11, al. 2, de la LCTSI se référait à *ces* pauses, comme nous le pensions initialement, cela apporterait une clarification bienvenue. En effet, la question de savoir si, compte tenu de la disponibilité permanente, une pause doit être considérée comme prise ou comme temps de travail rémunéré fait l'objet de débats sans fin, tant dans les entreprises que dans la doctrine et la jurisprudence. Dans ce contexte, nous souhaitons attirer l'attention sur une anomalie très répandue: dans certains endroits, la saisie du temps de travail est (partiellement) automatisée, c'est-à-dire qu'elle ne tient pas (ou pas intégralement) compte du temps de travail réellement effectué. Ainsi, les pauses sont automatiquement déduites, même si l'employé concerné n'a pas pu les prendre ou ne les a pas prises dans leur intégralité. Le fardeau de la preuve de la non-prise de la pause repose ainsi sur la salariée. Un contrôle efficace des heures de travail par les inspections du travail est ainsi rendu beaucoup plus difficile. ***Proposition de précision pour l'alinéa 2: «Ces pauses sont considérées comme du temps de travail rémunéré».***
12			La notion de «service de permanence et de piquet» dans le titre et le texte de cette disposition crée un flou malvenu. La loi sur le travail ne connaît pas la notion de permanence; le guide du SECO relatif aux ordonnances 1 et 2 relatives à la loi sur le travail l'utilise comme

			terme générique («Le service de piquet est l'une des différentes formes du service de garde; il existe également, par exemple, le "travail sur appel", qui se distingue toutefois fortement du service de piquet» [...]). L'art. 15 OLT 1 distingue différents types de services de piquet (service de piquet dans l'entreprise et service de piquet en dehors de l'entreprise). L'art. 12 LCTSI devrait se référer clairement et exclusivement aux services de piquet au sens des art. 14 et 15 OLT1. **<u>Suggestion d'adaptation:</u>** ***«Art. 12 Prise en compte et compensation des services de permanence et de piquet (Titre)*** ***Le Conseil fédéral détermine dans quelle mesure les services de piquet sont considérés comme temps de travail et comment ces services doivent être compensés.»*** Avec les changements de dernière minute dans la planification des services, les services de piquet et de garde font partie des plus grandes contraintes dans le quotidien des soins. Ils nuisent à la santé physique et mentale des soignants et à la conciliation de leur profession avec leur vie privée. La rémunération insuffisante de ces services a un double effet négatif: parce qu'elle concerne un aspect essentiel du quotidien professionnel, elle contribue de manière décisive au sentiment d'attractivité. Une mauvaise rémunération est perçue comme un signe de manque d'estime; deuxièmement, ces services peu coûteux pour l'entreprise incitent à réduire les dotations au maximum, ce qui augmente la pression sur le personnel. C'est pourquoi il est essentiel de définir clairement et de manière favorable au personnel la manière dont les services de piquet et de garde sont comptabilisés dans le temps de travail. De même, il est essentiel que la rémunération de ces services (en temps et/ou en argent) soit clairement définie et respectueuse des travailleurs. La rémunération doit être proportionnelle à la restriction de la souveraineté temporelle (liberté d'action et de mouvement) imposée à l'employé.
13	1&3		Le moment de la publication des tableaux de service est crucial en matière de planification de la vie quotidienne et de conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Il est trop souvent considéré comme allant de soi que le droit des employeurs à disposer du temps de vie de leurs employées s'étend à l'ensemble des 24 heures de chaque jour. Ce n'est qu'avec la communication de leur tableau de service que les soignants qui travaillent en équipe connaissent non seulement les dates auxquelles ils travaillent, mais également s'ils y travailleront en équipe de jour, de fin de journée ou de nuit. L'ASI rappelle que la profession infirmière est toujours exercée à plus de 80% par des femmes, dont beaucoup ont des enfants à charge. **Le délai réglementé ici revêt donc une importance absolument centrale. Nous considérons l'extension du délai prévu par la LTr à quatre semaines comme un minimum impératif pour les raisons mentionnées et saluons la délégation au Conseil fédéral de la compétence d'aller au-delà de ce qui est fixé ici avec les partenaires sociaux.**

13	2&4		Pour les soignants, il n'y a guère d'aspect de leur vie professionnelle qui leur pèse davantage que les changements de dernière minute dans leur planning et les appels de dernière minute pour des remplacements. La pression morale exercée sur eux dans de telles situations est énorme. La détresse des collègues surchargés de travail et la crainte que les patients ne soient pas suffisamment soignés s'opposent à la nécessité de disposer de temps libre et de repos. A cela s'ajoute la crainte d'être qualifié par la hiérarchie comme n'étant pas à la hauteur des exigences professionnelles si l'on refuse d'intervenir. Cette face cachée des conditions de travail nécessite une réglementation légale urgente. Le moyen le plus simple d'y parvenir est de prévoir une indemnisation adéquate. **L'ASI estime que le mécanisme proposé dans l'avant-projet est approprié et que le montant de la compensation est un minimum impératif.** Concernant la question de savoir s'il faut privilégier une compensation en temps ou financière: comme pour les services de piquet, la compensation doit également inciter les entreprises à utiliser les services en question avec parcimonie. Cette incitation est beaucoup plus immédiate en cas de conséquence financière qu'en cas de crédits-temps. Un autre inconvénient des crédits-temps est que ce ne sont pas les soignants eux-mêmes qui décident du moment de leur utilisation, mais souvent l'établissement. Même si les modifications à court terme du plan de service doivent désormais être obligatoirement compensées, il doit ressortir clairement de la formulation de cette disposition qu'elles ne sont autorisées que d'un commun accord entre l'employeur et l'employé, c'est-à-dire qu'elles nécessitent comme auparavant l'accord de l'employé concerné. **Suggestion d'adaptation (Art. 13 al. 2 première partie de la phrase):** ***«Si les travailleurs effectuent des missions qui s'écartent des plans de service annoncés, ils ont droit à [...]».***
14			Cette disposition symbolise le mélange réussi de dispositions protectrices obligatoires et de participation des partenaires sociaux à la définition des normes minimales légales.
15	Var. 1 ou 2		**Nous nous prononçons résolument en faveur de la variante 2 et contre la variante 1 privilégiée par le Conseil fédéral.** L'ASI salue les conditions et restrictions stipulées à l'al. 1, let. a et b, et reconnaît l'intention de renforcer l'incitation à conclure des conventions collectives de travail. Elle tient toutefois à expliquer en quoi le mécanisme prévu condamne le présent projet à un échec certain. Dans les articles 5 à 13, le Conseil fédéral réglemente des éléments importants des conditions de travail. Il a identifié les principaux points sur lesquels il convient d'agir pour stopper et inverser la tendance à l'abandon massif de la profession («Pflexit»). Outre leur impact très sensible sur la qualité des conditions de travail, ces points ont également un certain effet de signal qui ne doit pas être

			sous-estimé. En effet, les soignants se sentent pris au sérieux par ces améliorations, compris dans leur situation, et perçoivent une volonté authentique de la part des politiques et des autorités de leur donner enfin des conditions qui leur permettent de remplir leur mission sociale. Ce signal serait déjà extrêmement relativisé par la simple possibilité de revoir à la baisse les valeurs définies dans le projet. Du point de vue de l'ASI, ces valeurs (minimales!) sont donc indispensables. Compte tenu de la pression financière à laquelle sont soumis les établissements et le système de santé dans son ensemble, nous pensons que divers groupes d'intérêts et associations d'employeurs feront tout pour affaiblir la loi et, en particulier, pour empêcher la var. 2. Nous ne pouvons que répéter que cette variante constitue à elle seule le signal fort dont les soins infirmiers ont besoin et qu'ils attendent dans la crise actuelle, qui ne cesse de s'aggraver. Les conventions collectives de travail permettent de régler des dizaines d'autres aspects des conditions de travail, pour lesquels la marge de négociation des partenaires sociaux reste intacte. Permettre des compromis sur les articles 5 à 13 du projet de loi témoignerait d'une myopie extrême.
16			La négociation collective de dispositions minimales obligatoires par les organisations de travailleurs a pour but de compenser le déséquilibre de pouvoir typique entre les employeurs et les travailleurs individuels. Les conventions collectives garantissent aux travailleurs un meilleur environnement de travail et aux employeurs une plus grande attractivité sur le marché du travail – et une plus grande paix sociale. En conséquence, l'inscription d'une obligation de négocier des CCT dans la LCTSI est importante et bienvenue. Comme le montre la liste établie par l'OFSP, les CCT sont relativement rares dans le secteur suisse de la santé, avec de grandes disparités régionales. Il convient d'attirer l'attention sur le fait qu'aucune CCT ne se limite à régler les conditions de travail du seul personnel soignant; elles règlent toutes les relations de travail de l'ensemble des groupes professionnels actifs dans les établissements assujettis. Cela joue un rôle important en ce qui concerne les coûts supplémentaires induits par la conclusion d'une convention collective de travail et donc la motivation de l'employeur à conclure une telle convention. Nous ne pouvons que réitérer l'importance de ne pas admettre de négociations sur un abaissement des normes définies dans les articles 5 à 13. ***Proposition complémentaire: nous suggérons de garantir ici aussi que les conventions collectives de travail soient conclues exclusivement avec des organisations de travailleurs représentatives (par analogie avec l'art. 15, al. 1, let. b).***

17, 18			Nous souhaitons également attirer ici l'attention sur unque dysfonctionnement bien connu: il est de notoriété publique dans la branche que la LTr n'est appliquée et mise en œuvre de manière lacunaire dans les entreprises du secteur de la santé. Les raisons sont multiples, mais ne sont que partiellement liées au sous-financement des entreprises évoqué plus haut. De plus, les cantons assument une multitude de rôles, avec les conflits d'objectifs et d'intérêts qui en découlent: ils sont responsables du système de santé, ils sont parfois propriétaires d'établissements de santé, employeurs, autorités de surveillance et financeurs. On peut supposer que l'activité des inspections du travail n'est pas totalement épargnée par ces conflits d'intérêts. La haute surveillance et le droit de donner des instructions de la part du gouvernement fédéral sont d'autant plus importants.
19			Nous saluons le droit réservé aux associations de travailleurs d'intenter une action en constatation d'infractions à la LCTSI et l'alignement, à notre avis pertinent, sur l'article 7 LEg. Nous nous rallions à la constatation faite dans les explications selon laquelle un droit d'action de la part de l'employeur ne serait pas compatible avec la logique de la LCTSI en tant que loi sur la protection des travailleurs.
20			Nous nous contenterons ici de critiquer le montant maximal d'une sanction administrative, qui est très bas et presque symbolique, à savoir 30 000 CHF. Compte tenu de la taille de certains établissements de santé (et du chiffre d'affaires qu'ils génèrent), le rapport avec les économies réalisables grâce au non-respect des prescriptions de la LCTSI n'est pas cohérent. La transparence créée par la liste publique des établissements en infraction, qui doit être tenue par le SECO, apparaît donc d'autant plus importante, voire indispensable. ***<u>Proposition de modification:</u> le montant minimum de la sanction administrative est de 1% du chiffre d'affaires de l'institution; alternativement, le montant de l'amende pourrait être lié au nombre d'équivalents plein-temps (hors étudiants et apprentis).***
22-24			Nous sommes très favorables à la création de commissions cantonales tripartites paritaires (éventuellement supracantonales) dans le domaine des soins. Nous émettons des réserves quant au rôle multiple des cantons évoqué plus haut en ce qui concerne la composition, car cela ne garantit pas *de facto* une véritable parité (50:50) entre les salariés et les employeurs, les cantons étant un troisième acteur. En ce qui concerne les missions d'observation des commissions, nous rappelons que «l'évolution des coûts de la santé» est multifactorielle. Il est scientifiquement prouvé que l'amélioration des conditions de travail et l'augmentation des dotations en personnel permettent de réduire les coûts: réduction du taux de complications, de la morbidité, de la mortalité, du taux d'erreurs, des hospitalisations de résidents, réduction de la consommation de médicaments, etc. Ces bénéfices font plus que compenser les coûts supplémentaires en termes de personnel. Parallèlement, il est clair que la démographie et les progrès de la médecine entraînent une augmentation considérable des besoins en soins. Au regard des objectifs de la LCTSI, l'observation de l'évolution des coûts de la santé

			confiée aux commissions dans le domaine des soins n'a de sens que si l'on parvient à dissocier proprement les facteurs. Ce n'est qu'à cette condition qu'une évaluation concluante de l'efficacité de la LCTSI sera possible.
25			Nous saluons le fait que la LCTSI prévoit, en plus et indépendamment des sanctions administratives prévues à l'article 20, des sanctions pénales pour les violations des articles 5 à 13, et que les personnes physiques responsables soient (ou puissent être) ainsi tenues responsables.
27			L'ASI demande ici une augmentation de la fréquence des contrôles par les inspections cantonales du travail (voir à ce sujet nos remarques sur l'art. 17).

Variante préférée à l'art. 15 LCTSI	
☐	Variante 1: Les CCT prévoient des dérogations en faveur ou en défaveur des salariés.
☒	Variante 2: Seules des dérogations en faveur des salariés sont possibles.

Conclusion	
☐	Approbation sans réserve
☐	Approbation avec souhaits de modification/réserves
☒	Révision de fond
☐	Rejet

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Loi sur les professions de la santé (LPSan, RS 811.21)			
Art.	**Al.**	**Let.**	**Remarque/suggestion**
			Nous sommes d'accord avec toutes les dispositions pour lesquelles nous n'avons pas de remarques.
2	2a	9	Le terme «cycle master en Advanced Practice Nursing» *est imprécis. Nous proposons un terme alternatif plus courant:* ***Modification proposée: Master of Science en soins infirmiers à orientation clinique***
12	2	h	Nous nous prononçons clairement **contre la variante 1** et **soutenons sans réserve la variante 2.** Seul le Master of Science en soins infirmiers à orientation clinique entre en ligne de compte pour nous en tant que diplôme requis pour l'autorisation cantonale d'exercer la profession d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA. L'argument décisif que nous avançons est l'élargissement de la pratique clinique attribué aux infirmiers de pratique avancée APN/IPA, qui est également lié à un potentiel de risque accru pour les patients. Des comparaisons internationales montrent également que le Master of Science en soins infirmiers est la base des rôles d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA. En ce sens, il convient de souligner et d'apprécier le caractère unique des spécialisations de la formation professionnelle supérieure. Elles sont déjà essentielles pour le secteur de la santé et des soins infirmiers et doivent absolument être maintenues. Le rôle d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA est une orientation différente et nouvelle pour de nouveaux défis dans les soins. C'est précisément parce que la voie vers l'expertise en soins infirmiers APN/IPA doit passer par le Master of Science en soins infirmiers avec orientation clinique que l'ASI demande au Conseil fédéral d'examiner une amélioration de la perméabilité entre les diplômes de la formation professionnelle supérieure et les hautes écoles, ainsi qu'une prise en compte adéquate des acquis de formation au niveau de l'ES **lors de l'admission/reconnaissance aux filières d'études bachelor dans les HES**. Les directives de bonnes pratiques édictées par swissuniversities, qui règlent l'admission aux études de bachelor dans les HES et la prise en compte des acquis au niveau de l'ES, doivent être repensées d'urgence ou il faut veiller d'urgence à ce que les acquis au niveau de l'ES soient pris en compte dans une mesure nettement plus importante pour l'obtention du titre de bachelor au niveau de la loi (LPSan, LEHE).
34	3 & 5(nouveau)		Comme le rôle d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA n'était pas réglementé jusqu'à présent, la communauté infirmière s'est auto-organisée sous l'égide d'«*APN-CH: Organisation de la réglementation*» et a développé et attribué le titre protégé par le droit des marques «infirmière et infirmier de pratique avancée APN-CH». Plus de 140 APN exerçant en Suisse et

			titulaires d'un MSc en soins infirmiers et d'une formation clinique approfondie ont obtenu le titre protégé par le droit des marques. Le titre est devenu une référence pour les employeurs, les cantons et les associations faîtières du secteur de la santé. ***Proposition complémentaire :*** ***Nouvel alinéa 5 supplémentaire: Les autorisations de porter le titre d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN-CH, délivrées par APN-CH: Organisation de la réglementation avant l'entrée en vigueur de cette modification, conduisent directement à l'autorisation cantonale d'exercer la profession.*** Une formation clinique approfondie, la preuve d'une formation continue et d'une activité professionnelle sont essentielles pour le rôle et la sécurité des patients. L'ASI a défini sa position dans la «Prise de position de l'ASI concernant le développement de l'Advanced Practice Nursing (APN/IPA)» **Proposition d'ajout dans la LPSan:** *Variante 1: Le réenregistrement en tant qu'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA est réglé par la loi.* *Variante 2: L'obligation de formation continue et de renouvellement de certification en tant qu'infirmière et infirmier de pratique avancée APN-IPA est réglée par la loi.*

Variante préférée à l'art. 12 de la LPSan	
☐	Variante 1: certains diplômes de la formation professionnelle supérieure et le Master en Sciences en pratique infirmière spécialisée permettent d'obtenir l'autorisation d'exercer la profession d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA.
☒	Variante 2: seul le Master en Sciences en pratique infirmière spécialisée permet d'obtenir l'autorisation d'exercer en tant qu'infirmière et infirmier de pratique avancée APN-IPA.

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Conclusion	
☐	Approbation
☒	Approbation avec souhaits de modification/réserves
☐	Révision de fond
☐	Rejet

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Rapport explicatif (explications générales)

Chapitre - N°	Remarque/suggestion
Aperçu	Parmi les raisons invoquées pour quitter la profession, l'ASI souhaite explicitement ajouter ce qu'on appelle la «détresse morale» (ou «moral injury»); il s'agit de la détresse psychologique chronique liée à l'incapacité de respecter ses propres normes éthiques professionnelles en raison d'un manque de temps. Vous n'êtes pas en mesure de fournir à vos patients les soins dont ils ont besoin et vous êtes contraint d'effectuer un travail de qualité inférieure. Dans le pire des cas, cela peut même mettre en péril la sécurité des patients (voir le chapitre 1.7.1 sur le postulat Marchand-Balet à la page 11 du rapport explicatif).
1.2. Situation actuelle	L'augmentation des postes vacants au 1er trimestre 2024 à plus de 15'000 démontre l'urgence pour la Confédération d'élaborer des solutions nationales pour une «dotation en personnel adaptée aux besoins». Des projets pilotes montrent qu'une dotation en personnel adaptée aux besoins (suffisamment d'infirmiers diplômés et d'ASSC pour soigner les patients de manière adéquate) fait revenir les professionnels dans la profession. Il existe même des listes d'attente pour de tels services pilotes (p. ex. LUKS.) L'estime et l'amélioration de la culture d'entreprise sont certes des éléments importants de la gestion et de la collaboration, mais elles ne peuvent pas apporter les améliorations nécessaires compte tenu du manque dramatique de personnel.
3.3.1.	Dans le deuxième paragraphe, il est dit que les diplômes de la formation professionnelle supérieure en soins infirmiers conduisent à des compétences approfondies. L'ASI confirme cette affirmation et nous constatons que les diplômés de différentes formations post-diplômes HES ou de diplômes fédéraux EPS sont recherchés et très appréciés. L'affirmation selon laquelle ces diplômes devraient conduire à des classifications similaires à celles de l'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA n'est pas étayée et contredit les analyses déjà effectuées (par exemple par Sottas, formative works) et l'expérience dans la pratique. Le rapport ne cite d'ailleurs aucune source à ce sujet.
3.3.2.	Variante 1: Actuellement, le SEFRI examine, en collaboration avec les acteurs concernés, quels diplômes de l'enseignement professionnel supérieur confèrent les compétences nécessaires. Qui sont les «acteurs concernés»? La transparence fait ici défaut. Pour qu'un tel examen soit crédible sur le plan professionnel, il doit être réalisé par des experts des écoles supérieures de soins infirmiers, des hautes écoles spécialisées/universités et de l'ASI, en tant qu'organisation démocratiquement légitimée des infirmières et infirmiers.

3.3.3.	Nous saluons le fait qu'un examen des possibilités de financement des prestations APN dans le domaine des soins ambulatoires et de longue durée sera effectué d'ici fin 2025. Nous espérons que cet examen sera suivi d'autres mesures visant à tarifer les prestations APN. **Pour cela, une formulation plus contraignante et un calendrier plus serré sont nécessaires.**
3.4.1.	La raison pour laquelle aucune directive ne doit être donnée en matière de dotation en personnel n'est pas pertinente et l'ASI attend qu'une solution concrète soit élaborée au niveau de la loi et transmise au Parlement. La référence aux «experts du domaine des soins» n'est pas spécifique et ne peut en aucun cas réfuter les nombreux résultats positifs des études concernant la prévention des complications, la diminution de la mortalité, etc. **Nous demandons instamment à la Confédération d'ancrer dans la loi les garde-fous pour une dotation en personnel adaptée aux besoins et d'adapter en ce sens l'article 39 ou l'article 58 sur la qualité dans la loi sur l'assurance-maladie et d'édicter une dotation en personnel adaptée aux besoins soit comme condition d'admission à la facturation à la charge de l'AOS, soit dans le sens d'une qualité structurelle.**
3.6.2.	La compétence des cantons en matière d'autorisation d'exercice de la profession d'infirmière et infirmier de pratique avancée APN/IPA sous leur propre responsabilité professionnelle nous semble judicieuse et conforme au système. Si l'examen devait être effectué par 26 cantons, cela entraînerait une charge de travail considérable pour chaque canton. De plus, il existe un risque que des critères inégaux soient appliqués. Pour y remédier, *APN-CH: Organisation de la réglementation* devrait se charger de l'examen pour le compte des cantons. APN-CH a acquis un grand savoir-faire dans la certification et l'enregistrement des APN. APN-CH pourrait continuer à examiner, pour le compte des cantons, les demandes d'autorisation d'exercer sur la base de la LPSan et selon des critères professionnels définis dans des règlements, et faire des recommandations appropriées aux cantons. Les cantons seraient ainsi déchargés de la gestion de leurs propres commissions APN. Des critères d'admission à l'échelle nationale favorisent l'efficacité et la qualité de la formation et de l'intervention des infirmières et infirmiers de pratique avancée APN/IPA sur l'ensemble du territoire. Cela permettrait d'uniformiser la procédure et d'alléger la charge de travail des cantons.
4.2.	Les compétences énumérées pour les programmes de Master (MSc) en pratique infirmière avancée sont raisonnables, appropriées et réalistes. La délimitation par rapport aux programmes d'études axés sur la recherche l'est également.

2ème étape de la mise en œuvre de l'initiative populaire «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)». Loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers et modification de la loi sur les professions de la santé:
Consultation

Remarques générales

Remarque/suggestion

En tant qu'association professionnelle SBK-ASI, qui a initié et lancé l'initiative sur les soins infirmiers et l'a soumise au vote, cette deuxième partie de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers nous préoccupe au plus haut point. En effet, c'est précisément cette partie de l'article constitutionnel qui nous a incités à l'époque à ne pas retirer l'initiative mais à la soumettre au vote populaire.

L'initiative dans son ensemble est une construction équilibrée de champs d'action qui ne sont efficaces contre la pénurie de soins que lorsqu'ils sont combinés. Outre la première étape de la mise en œuvre, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2024, la deuxième étape, qui vient d'être présentée, revêt donc une importance considérable. En ce sens, nous apprécions tout à fait que le Conseil fédéral ait pour objectif central d'augmenter la durée d'exercice de la profession, mais nous sommes extrêmement consternés qu'il ne mette en œuvre l'article constitutionnel qu'à moitié.

Pour l'ASI, cette deuxième étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers doit inclure les priorités suivantes:

- Une dotation en personnel adaptée aux besoins
- De meilleures conditions de travail
- Un financement adéquat des prestations de soins
- Une réglementation du niveau master et du rôle des infirmières et infirmiers de pratique avancée APN/IPA.

Le Conseil fédéral fait certes des propositions pour améliorer les conditions de travail et réglementer le niveau master et le rôle d'APN, mais il renonce à réglementer la dotation en personnel et à améliorer le financement des prestations de soins. Pour l'ASI, ces deux éléments sont indispensables à une mise en œuvre efficace de l'article constitutionnel. En effet, comment garantir autrement que du personnel infirmier bien qualifié soit disponible en nombre suffisant dans toutes les institutions et à tous les niveaux, qu'il reste fidèle à la profession grâce à de bonnes conditions de travail – et que les mesures nécessaires à cet effet soient financées? En renonçant à fixer des directives sur la dotation en personnel, le Conseil fédéral ne respcte pas le mandat constitutionnel de garantir des soins de haute qualité. Or, c'est précisément pour cette raison que de nombreux électeurs ont voté en faveur de l'initiative populaire.

Nous constatons que le Conseil fédéral a reconnu la gravité de la situation en matière de conditions de travail. Avec une grande lucidité, il a identifié les principaux «points névralgiques» et a élaboré des mesures correctives importantes et efficaces dans le projet. La voie choisie, à savoir une loi fédérale sur les conditions de travail dans le secteur des soins, doit être saluée avec force. Rien ne s'oppose à un renforcement du partenariat social par le biais d'une obligation de négocier une CCT, surtout si les dispositions contenues dans la section 2 sont déclarées contraignantes (variante 2 de l'art. 15).

Toutefois, ces améliorations ne restent que des directives «sympathiques» si aucune aide au financement n'est décidée. Le Conseil fédéral reconnaît le problème et l'aborde dans ses explications, mais il se contente d'évoquer la possibilité d'une redistribution interne des ressources en faveur des soins. Ce faisant, il ne tient pas compte du fait que la majeure partie des hôpitaux, des homes, des organisations d'aide et de soins à domicile, des cliniques, etc. souffrent eux-mêmes de sous-financement et de déficits. **Il est donc indispensable que la Confédération édicte à la fois des garde-fous légaux pour améliorer la répartition des ressources opérationnelles en faveur des soins et qu'elle prenne en charge, avec les cantons, une participation aux coûts supplémentaires.**

En l'absence d'une dotation en personnel adaptée aux besoins et sans clarification des questions de financement, c'est l'ensemble du projet qui est déséquilibré, car: les moyens financiers à disposition des entreprises constituent la limite du partenariat social; les CCT devraient naturellement viser une amélioration sensible des conditions de travail; et pour cela, il faut des moyens qui font défaut aux entreprises sous-financées.

Nous sommes d'accord avec le fait qu'il existe des marges de manœuvre au sein des entreprises et que l'amélioration des conditions de travail pourrait être financée en partie par le détournement de certains flux financiers. Le fait que cela ait rarement été fait jusqu'à présent et, si cela a été fait, de manière insuffisante, n'est pas dû à un manque de volonté des responsables, mais à des incitations erronées claires et connues dans les systèmes de financement existants, ainsi que, en toute honnêteté, aux rapports de force et aux intérêts particuliers qui jouent un rôle dans l'allocation des ressources au sein des entreprises. **L'objectif devrait donc être un financement qui permette aux entreprises non seulement de respecter le droit du travail obligatoire, mais qui leur donne également la marge de manœuvre financière nécessaire pour négocier avec les partenaires sociaux des améliorations essentielles des conditions de travail.** Nous craignons que le projet n'atteigne pas son objectif de prolonger la durée d'exercice de la profession et d'augmenter l'attractivité de la profession infirmière si les lacunes mentionnées ne sont pas comblées.