

Document d'information : Le point sur la convention (n° 149) sur le personnel infirmier, 1977 (C149) et la recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977

Sommaire

Aperçu de la convention n° 149 et de la recommandation n° 157.....	2
Situation actuelle et mise en œuvre de la C149	5
L'étude d'ensemble dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et des développements antérieurs	6
Principales recommandations	10
Annexe A : Obligation de rapport des États membres de l'OIT sur l'application de la C149 – Synthèse de la procédure.....	14
Annexe B : Aperçu de la recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977.....	18
Annexe C : Synthèse des autres instruments pertinents de l'OIT	26
Convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978.....	26
Convention (n° 171) sur le travail de nuit, 1990.....	26
Convention (n° 158) sur le licenciement, 1982.....	27
Convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994	27
Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982	28
Convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981.....	28
Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000.....	29
Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981	29
Protocole de 2002 relatif à la convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981.....	29
Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006	30
Recommandation (n° 194) sur la liste des maladies professionnelles, 2002	30
Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985	30
Convention (n° 190) sur la violence et le harcèlement, 2019.....	31

Aperçu de la convention n° 149 et de la recommandation n° 157

La convention (C149) sur le personnel infirmier, 1977, est une convention technique, un instrument qui s'adresse à une catégorie particulière de travailleuses et travailleurs et elle est juridiquement contraignante pour les États qui l'ont ratifiée. La convention s'accompagne de la recommandation (R157) sur le personnel infirmier, 1977, un document plus complet qui comprend également une annexe de suggestions pour l'application pratique. Les recommandations ne sont pas juridiquement contraignantes et les gouvernements qui ratifient la convention ne sont donc pas tenus de les mettre en œuvre, mais simplement de faire rapport sur les dispositions de la recommandation.

À l'heure actuelle, aucun instrument de l'OIT ne traite des services de santé en général. La C149 constitue néanmoins un instrument sectoriel important en raison de sa définition large du personnel infirmier, de la croissance du secteur de la santé au cours des quarante dernières années et de l'essor des services infirmiers dans des secteurs tels que les soins aux personnes âgées depuis l'adoption de la convention.

Énoncés dans son préambule, les motifs caractérisant la raison d'être de la convention restent aussi pertinents en 2021 qu'en 1977 :

- Des lacunes dans le développement de services de santé efficaces sont constatées dans de nombreux pays. La pénurie d'effectifs qualifiés et une utilisation parfois inadaptée du personnel existant en sont l'une des principales causes.
- Le travail du personnel infirmier joue un rôle essentiel dans la santé publique et le bien-être de la population.
- Le secteur public, en tant qu'employeur de personnel infirmier, devrait jouer un rôle actif dans l'amélioration des conditions d'emploi et de travail du personnel infirmier.

La C149 traite des « conditions particulières » dans lesquelles s'exerce la profession infirmière ; ces normes spécialement applicables au personnel infirmier ont vocation à compléter les normes générales de l'OIT qui s'appliquent à tous les travailleurs (ces normes générales concernent la discrimination, la liberté syndicale et le droit de négociation collective, la conciliation et l'arbitrage volontaires, la durée de travail, les congés annuels et le congé-éducation payé, la sécurité sociale et les services sociaux, la protection de la maternité et de la santé).

La convention met l'accent sur la reconnaissance du travail du personnel infirmier défini comme catégorie professionnelle distincte et intégrée au cadre stratégique en matière de santé. Les normes particulières énoncées dans la C149 ne comprennent que sept articles de fond qui portent principalement sur la reconnaissance du travail infirmier par les gouvernements, fixant un cadre réglementaire pour la profession infirmière et reconnaissant son droit à la représentation et à la négociation. Elles traitent de principes généraux et se prêtent, dans une large mesure, à l'interprétation. Les gouvernements qui ratifient la C149 s'engagent essentiellement à :

- **Adopter une définition large du personnel infirmier** : la C149 s'applique à tout le « personnel infirmier », où qu'il exerce ses fonctions ; ces termes désignent « toutes les catégories de personnel qui fournissent des soins et des services infirmiers » (art. 1.1 et 1.2). En principe, cette définition élargie du personnel infirmier devrait s'appliquer non seulement aux infirmiers diplômés du secteur hospitalier, mais aussi aux infirmiers auxiliaires, aux aides-infirmiers, aux stagiaires et aux étudiants en soins infirmiers, y compris les travailleurs qui assurent des services infirmiers dans l'ensemble des secteurs.

- **Adopter et appliquer une politique des services et du personnel infirmiers dans le cadre d'une programmation générale de la santé** : dans le but d'améliorer la santé de la population et d'attirer et retenir le personnel infirmier, la C149 oblige les gouvernements à prendre, « compte tenu des ressources disponibles pour les soins de santé dans leur ensemble » et « selon des méthodes appropriées aux conditions nationales », les mesures nécessaires pour assurer au personnel infirmier une éducation et une formation, des conditions d'emploi et de travail, des perspectives de carrière et une rémunération (art. 2.1 et 2.2).
- **Fixer des exigences en matière d'enseignement et de formation du personnel infirmier et réserver l'exercice aux personnes qui remplissent les conditions** : l'enseignement et la formation du personnel infirmier seront coordonnés avec l'enseignement et la formation donnés aux autres travailleurs dans le domaine de la santé et les exigences afférentes seront prévues par la législation nationale ou par l'autorité ou les organismes professionnels compétents (art. 3 et 4).
- **Veiller à ce que le personnel infirmier bénéficie de conditions « au moins équivalentes » à celles des autres travailleurs du pays concerné** : cela concerne la durée du travail, les heures supplémentaires, le travail par équipes, le repos hebdomadaire, le congé annuel payé, le congé-éducation, le congé de maternité, le congé de maladie et la sécurité sociale (art. 6) ; il est important de noter ici que cet article de la convention n'entraîne aucune obligation juridiquement contraignante spécifique au personnel infirmier et affirme, au contraire, que les dispositions en vigueur devraient être étendues aux infirmiers conformément à la législation nationale.
- **Veiller à ce que la détermination des conditions d'emploi et de travail se fasse de préférence par négociation ; inclure les organisations d'employeurs et de travailleurs dans la consultation relative à la formulation de la politique de santé et impliquer le personnel infirmier dans les processus participatifs des décisions qui les concernent** : cela s'applique à la fois à la politique nationale relative aux services infirmiers, au personnel infirmier, et à la coordination avec les politiques sanitaires plus globales (art. 2.3 et 2.4) ; à la planification des services infirmiers et aux décisions affectant le personnel infirmier (art. 5.1) ainsi qu'au règlement des conflits survenant à propos des conditions d'emploi (art. 5.3) ; aux termes de la C149, la détermination des conditions d'emploi et de travail se fera « de préférence » par négociation entre les organisations d'employeurs et de travailleurs (art. 5.2).
- **Si nécessaire, s'efforcer d'améliorer les dispositions législatives existantes en matière de SST** : ces améliorations passent par des adaptations qui reconnaissent les « caractéristiques particulières du travail du personnel infirmier et du milieu où il s'accomplit ». Toutefois, rien ne définit cet impératif et aucune précision n'est apportée quant aux obligations en matière de SST (article 7).
- **Prévoir des échappatoires pour le travail infirmier effectué à titre bénévole** : l'autorité compétente peut adopter des dispositions spéciales pour les services infirmiers fournis à titre bénévole, qui ne sont pas liées à la convention à l'exception des articles relatifs à l'enseignement, à la formation et aux dispositions en matière de SST ; les décisions à cet égard sont censées faire l'objet d'une « consultation des organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées, s'il en existe » (article 1.3).

Les recommandations qui l'accompagnent (R157) apportent d'importantes précisions à ce qui précède, en énonçant des orientations politiques et des suggestions concernant l'application

pratique. Cependant, contrairement à la convention, il ne s'agit que d'orientations qui ne sont pas contraignantes juridiquement. Les principaux points abordés dans ces recommandations sont :

- **Une définition large du personnel infirmier qui englobe toutes les catégories d'activités dans l'ensemble des secteurs et qui recommande une structure de classification à trois niveaux.**
- **Les mesures de SST et les dispositions visant à prévenir et à compenser les « risques particuliers » auxquels est exposé le personnel infirmier.**
- **L'organisation du temps et des horaires de travail, notamment le travail par équipes et le service de permanence, et les dispositions relatives au/aux**
 - Périodes de repos
 - Congé annuel
 - Congé de maladie
 - Congé de maternité
 - Compensations pour le travail effectué dans des conditions particulièrement pénibles
- **Un principe pour fixer la rémunération dans le cadre de conventions collectives, de préférence, permettant à la fois de rendre compte de la valeur du travail, de soutenir la comparaison avec d'autres professions exigeant des qualifications, des compétences et des niveaux de responsabilité analogues et de tenir compte des conditions difficiles du travail infirmier et de la nécessité d'attirer et de retenir le personnel.**
- **Des dispositions relatives aux « régimes d'emploi spéciaux », notamment des mesures pour le travail à temps partiel et à titre temporaire afin d'attirer et de retenir le personnel – note : cette question pose un réel problème car elle équivaut à promouvoir le travail précaire.**
- **La participation du personnel infirmier au dialogue social dans le cadre de :**
 - L'élaboration d'une politique de santé globale.
 - La participation du personnel au processus décisionnel sur le lieu de travail.
 - Éviter, par voie de négociation et d'arbitrage, que le personnel infirmier n'ait recours à l'action revendicative.
 - Le personnel infirmier devrait pouvoir se prononcer sur la définition et les décisions relatives au régime disciplinaire qui le concerne.
 - L'exemption de certaines tâches pour des motifs de conviction.
- **Une organisation recommandée en matière d'exercice de la profession, d'enseignement et de formation pour le personnel infirmier, avec deux filières d'enseignement proposées et des dispositions pour la formation continue et le retour sur le marché du travail.**
- **Principes de coopération internationale et personnel infirmier migrant.**

Voir l'annexe B pour une présentation détaillée des points ci-dessus.

Situation actuelle et mise en œuvre de la C149

- La C149 a été adoptée à Genève le 21 juin 1977. Depuis, elle a été ratifiée par 41 pays seulement, dont 5 nouvelles ratifications au cours des 20 dernières années.

Décennie	Ratifications	Pays
Années 1970	8	Suède, Équateur, Bangladesh, Bélarus, Fédération de Russie, Ukraine, Finlande, Philippines
Années 1980	20	Irak, Uruguay, Zambie, Pologne, Danemark, Guinée, Égypte, Guyana, République-Unie de Tanzanie, Venezuela, Jamaïque, France, Italie, Portugal, Ghana, Congo, Malawi, Grèce, Belgique, Norvège
Années 1990	8	Malte, Kenya, Kirghizstan, Azerbaïdjan, Lettonie, Seychelles, Tadjikistan, Guatemala
Années 2000	4	Slovénie, Lituanie, Luxembourg, Fidji
Années 2010	1	Salvador

- Dans nombre des pays qui ont ratifié la C149, l'application de la convention reste problématique. Bon nombre de ces pays ne respectent même pas l'obligation élémentaire de présenter un rapport. Conformément à l'article 22 de la Constitution de l'OIT, les États qui ont ratifié les conventions de l'OIT sont tenus de présenter régulièrement des rapports ponctuels. La Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) demande directement aux gouvernements de fournir des informations et fait part de ses observations. Une analyse des observations de la CEACR recueillies pour l'ensemble des pays ayant ratifié la convention montre que de nombreux gouvernements ne répondent pas complètement aux questions de l'OIT et ne fournissent pas les documents correspondants qui avaient été demandés. Sur les 41 gouvernements qui ont ratifié la convention, 11 ne se sont pas acquittés de leurs obligations les plus récentes en matière de rapports et ont d'ailleurs déjà régulièrement manqué à leurs obligations minimales en la matière par le passé : Congo, France, Ghana, Guinée, Guyane, Jamaïque, Kirghizstan, Malawi, Malte, Fédération de Russie et Tadjikistan (voir annexe A).
- La SST est au cœur du mandat de l'OIT : « la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents résultant du travail figure parmi les buts de l'Organisation internationale du Travail tels qu'énoncés dans sa Constitution » et « la promotion de la sécurité et de la santé au travail est un élément du programme de l'Organisation internationale du Travail pour un travail décent pour tous ». De nouvelles conventions de l'OIT concernant la santé au travail ont été adoptées depuis l'adoption de la C149, notamment :
 - La convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs de 1981 – 69 ratifications ; il convient toutefois de noter que la C155 contient une disposition prévoyant l'exclusion de certaines branches particulières d'activité économique telles que la navigation maritime ou la pêche
 - La recommandation (n° 194) sur la liste des maladies professionnelles, 2002 – la recommandation demande à une autorité compétente d'établir une « liste nationale des maladies professionnelles aux fins de prévention, d'enregistrement, de déclaration et, le cas échéant, de réparation » ; elle comprend une liste annexe des

- maladies professionnelles censée être régulièrement révisée ; elle a été révisée pour la dernière fois en 2010 et devrait l'être prochainement afin d'y inclure la COVID-19
- La convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985 (ratifiée par 33 pays seulement)
 - OIT/OMS : Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires : Un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence, 2018
 - La convention de l'OIT sur la violence et le harcèlement, 2019 (C190)
- Outre la convention (n° 100) sur l'égalité de rémunération, 1951, qui n'est pas suffisamment prise en compte dans la C149, un certain nombre de conventions de l'OIT relatives à l'égalité de genre ont été élaborées depuis l'adoption de cette convention, qui devraient être mentionnées dans toute révision. Parmi celles-ci :
 - La convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981
 - La convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000
 - Voir l'annexe C pour un résumé des 13 conventions pertinentes de l'OIT qui ont été adoptées depuis la C149 ; il convient de noter que la majorité de ces conventions ont été ratifiées par un plus petit nombre de pays encore que la C149, mais on constate un niveau élevé de recoupement avec les pays ayant ratifié cette dernière.

L'étude d'ensemble dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et des développements antérieurs

- En vertu de l'article 19 de la Constitution de l'OIT, les États membres de l'Organisation sont tenus de faire rapport sur les conventions et les recommandations non ratifiées, en indiquant dans quelle mesure il a été donné suite ou il est proposé de donner suite à ces instruments. *L'Étude d'ensemble 2021-2022 de l'OIT (Travail décent pour les travailleurs du soin et des services à la personne dans une économie en évolution)* associe quatre instruments de l'OIT dans le cadre d'une seule procédure de rapport : la convention sur le personnel infirmier, 1977 (C149), la convention sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011 (C189), la recommandation sur le personnel infirmier, 1977 (R157) et la recommandation sur les travailleuses et travailleurs domestiques, 2011 (R201). *L'Étude d'ensemble* se présente sous la forme de 56 questions détaillées relatives aux quatre instruments.
- Elle a été lancée le 25 juin 2019, avant donc la pandémie de COVID-19 et l'urgence qu'une telle crise sanitaire et économique planétaire implique pour cette révision. Compte tenu de ces éléments, en juin 2020, la date limite pour les soumissions des gouvernements a été reportée au 28 février 2021, afin de donner aux États membres la possibilité de rendre compte des évolutions récentes. Les syndicats et les autres partenaires sociaux sont invités à présenter des rapports d'ici juin 2021. Le Bureau des Activités pour les Travailleurs (ACTRAV) de l'OIT publie des directives détaillées afin d'aider les syndicats à répondre à ces questions. L'ISP présentera des orientations plus détaillées pour les affiliés, notamment en ce qui

concerne la Convention de 1977 (C149) et la Recommandation de 1977 sur le personnel infirmier (R157).

- Le secteur de la santé est une activité économique majeure qui représente une part importante de la croissance économique mondiale ; au cours des cinq années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, le marché mondial de la santé a connu un taux de croissance moyen de 7,3 pour cent par an, nettement supérieur à celui observé dans les autres secteurs, attirant des niveaux records de financement privé grâce à un retour sur investissement élevé. Dans le même temps, il est fortement tributaire des financements publics, et la grande majorité de la population mondiale dépend de la santé publique. Le secteur marchand de la santé devrait représenter 11 900 milliards de dollars en 2022, soit près de 10 pour cent du PIB mondial (dont 42 pour cent en Amérique du Nord). Si la région Asie-Pacifique a connu les taux de croissance les plus élevés, la demande accrue de services de soins due à la tendance au vieillissement de la population dans de nombreux pays à revenu intermédiaire et élevé a également entraîné une mutation de la composition du secteur de la santé, dans la mesure où les multinationales d'établissements de soins en Europe, en Amérique du Nord et de plus en plus en Amérique latine dominent désormais le secteur des soins aux personnes âgées. Cette situation se révèle être un handicap important pour l'ensemble de la société, car elle porte atteinte à la santé en tant que bien public et crée les conditions permettant de tirer profit de la pandémie.

En 44 ans depuis l'adoption de la C149, les professions de soins infirmiers ont connu d'importantes évolutions en raison de l'innovation technologique dans le secteur de la santé. L'automatisation, l'intelligence artificielle (IA) et les technologies de l'information et de la communication (TIC) apportent toujours plus de retombées positives telles que de nouveaux traitements, la télésanté, des outils de diagnostic plus rapides et plus précis et l'intégration en temps réel des données des patients. Toutefois, le virage numérique qu'a connu le secteur de la santé a également fait naître de nouvelles menaces sous la forme d'atteintes à la vie privée, de l'introduction de nouvelles formes de surveillance de la main-d'œuvre et d'évolutions dans l'organisation du travail vers des formes d'emploi plus précaires. Dans certains pays, notamment aux États-Unis, l'économie dite « des petits boulots » ou du « travail sur plateforme numérique » s'est déjà imposée dans les professions infirmières. Le déploiement de plateformes numériques et d'algorithmes pour organiser le travail est particulièrement développé dans le secteur des soins à domicile, mais il s'étend également de plus en plus aux hôpitaux. Dans de bonnes conditions, nombre de ces innovations pourraient contribuer à alléger la tâche des travailleurs en leur faisant gagner du temps, en facilitant le travail et en le rendant plus enrichissant, en contribuant à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée et en prévenant l'épuisement professionnel grâce à des modalités de travail plus souples. Toutefois, lorsqu'il est motivé avant tout par la recherche du profit, la réduction des coûts et la privatisation, le déploiement de plateformes de santé numériques comme vecteur d'emploi menace les services publics, compromet la sécurité de l'emploi et, par voie de conséquence, limite la rétention de la main-d'œuvre, nuit à sa qualification et porte atteinte à la qualité des soins aux patients. Ces implications des plateformes numériques – en particulier pour la sécurité de l'emploi – ne peuvent être ignorées ; la sécurité de l'emploi est un impératif pour garantir des emplois décents dans le secteur des soins infirmiers et elle doit, à ce titre, figurer au cœur de l'Étude d'ensemble.

- La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les failles des systèmes de santé, confrontés au sous-investissement dans la santé publique et soumis à la recherche du profit, ce qui a creusé les inégalités et favorisé les bénéfices réalisés par le secteur privé grâce à la commercialisation de la santé aux dépens du personnel et de la population. C'est dans les établissements de soins pour personnes âgées que la crise a été la plus grave, les décès liés à la COVID-19 chez les résidents des maisons de retraite médicalisées représentant environ 40 pour cent de l'ensemble des décès dans les pays de l'OCDE. Elle a également entraîné la contamination de millions d'infirmiers dans le monde, causant des milliers de décès. Confrontés à une situation d'urgence de plus en plus aiguë, les agents de santé ont vu leurs conditions de travail se détériorer, un grand nombre de membres du personnel infirmier ayant été infectés en raison d'un manque d'équipements de protection adéquats et de mesures de SST défectueuses. Les absences pour cause de maladie ont pesé une pression encore plus grande sur le personnel, entraînant des risques accrus pour les travailleurs et les patients. Toutefois, les conséquences à long terme ne sont pas encore clairement établies – notamment avec l'apparition d'une version de « longue durée » de la COVID, il ne fait aucun doute que le recrutement et la fidélisation du personnel infirmier seront d'autant plus compliqués. Si l'on souhaite que les systèmes de santé soient viables à l'avenir, il est donc d'autant plus urgent de remédier à la pénurie mondiale de personnel infirmier, un objectif largement partagé.
- L'égalité de genre doit être au centre du processus de révision. Les femmes représentent environ 67 pour cent des effectifs dans les secteurs de la santé et du social (contre 41 pour cent du total des emplois).
- Cette crise persistante du personnel de santé n'est pas nouvelle ; la pénurie de main-d'œuvre et l'inégalité d'accès à la santé dans le monde majoritaire existent depuis des décennies. C'était d'ailleurs l'un des postulats clés de la C149 lorsqu'elle a été adoptée en 1977, soulignant la pénurie de personnel infirmier et l'ampleur des inégalités dans le monde. En 2016, la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans la santé et la croissance économique a noté que, dans les pays de l'OCDE, l'emploi dans le secteur de la santé avait augmenté de 48 pour cent entre 2000 et 2014. Malgré les 40 millions de nouveaux emplois prévus dans le secteur mondial de la santé d'ici 2030, ceux-ci seront principalement concentrés dans les pays à revenu élevé et intermédiaire. Le déficit de personnel de santé atteindra 18 millions en 2030, si aucune mesure énergique et immédiate n'est prise pour investir dans ces travailleuses et travailleurs. Ces inégalités sont également manifestes en matière de capacité de formation du personnel de santé, puisque les trois quarts de cette capacité sont concentrés dans les pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Selon le rapport 2020 de l'OMS sur la situation du personnel infirmier dans le monde, la pénurie planétaire de personnel infirmier était estimée à 5,9 millions, dont 5,3 millions (89 pour cent) sont concentrés dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure.
- Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé « S'engager pour la santé » : le Plan d'action quinquennal (2017-2022) adopté dans ce cadre a été salué comme un changement de paradigme en reconnaissant la valeur économique de l'investissement dans le secteur de la santé – il appelle à investir dans le personnel de santé en considérant que des conditions de

travail décentes sont essentielles pour attirer et retenir la main-d'œuvre, renforcer la qualité des services de santé et lutter contre l'inégalité entre les genres. Le Plan d'action propose une collaboration entre l'OIT, l'OCDE et l'OMS en vue d'un dialogue social tripartite entre les gouvernements, les employeurs et les syndicats, de renforcer ou d'élaborer des stratégies nationales en matière de personnel de santé, d'améliorer les données et le suivi, d'aligner les ressources nationales et l'aide au développement sur les stratégies en matière de personnel et d'intensifier les programmes de formation professionnelle et d'enseignement des métiers pour le personnel de santé.

- On peut s'attendre à ce que le processus d'étude d'ensemble présente dans les moindres détails les insuffisances structurelles des systèmes de santé, l'incapacité des dispositifs existants à répondre aux besoins mondiaux en matière de soins de santé, l'inégalité entre les pays riches et le monde majoritaire, l'absence de mesures visant à garantir l'investissement dans des conditions décentes pour le personnel infirmier et l'inadéquation des mesures destinées à protéger les travailleurs de la santé contre tout préjudice dans le contexte d'une urgence sanitaire mondiale. Il est essentiel que l'ISP et ses affiliés s'appuient sur ce processus pour proposer des solutions.

Principales recommandations

PERTINENCE

- Les principes fondamentaux de la convention restent plus que jamais d'actualité. En tant que seul instrument de l'OIT traitant du secteur de la santé, ces dispositions sont propres à la C149 et ne sont reprises dans aucun autre instrument de l'OIT.
 - Une structure de classification professionnelle pour le personnel infirmier déterminée en fonction de l'éducation et de la formation, du niveau des fonctions et de l'autorisation d'exercer.
 - Des normes spécifiques relatives au temps de travail, au travail par équipes, au service de permanence, etc., notamment concernant les restrictions et les compensations.
 - Une approche du règlement des conflits qui reconnaît le rôle central des syndicats dans l'élaboration de la politique sectorielle et la définition des conditions de travail par la négociation, notamment en ce qui concerne la SST, les politiques relatives aux risques spéciaux, la détermination des exemptions d'urgence et l'organisation du temps de travail avec l'accord et la participation des syndicats.
- ➔ À cette fin, les éléments essentiels des instruments devraient être conservés et, le cas échéant, actualisés et renforcés.

CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

- La convention a adopté une définition large de la notion de personnel infirmier. En principe, elle étend la couverture à tous les travailleurs, tant pour les qualifications de base que pour les qualifications supérieures, qui exercent une activité de soins infirmiers dans les secteurs public et privé de la santé, y compris non seulement les hôpitaux mais aussi les maisons de retraite médicalisées, les soins à domicile et les services de santé de proximité. Les questions clés de l'étude d'ensemble visent à déterminer si la législation nationale correspond effectivement à cette définition du personnel infirmier fixée par la convention.
 - ➔ Identifier les incohérences et évaluer quels groupes de travailleurs de la santé sont inclus et exclus, dans le cadre des lois nationales, de la définition du « personnel infirmier » énoncée dans la C149.
 - ➔ Élaborer un argumentaire qui consolide la convention. L'accent doit être mis sur les changements majeurs qui se sont produits dans le secteur de la santé depuis 1977 :
 - Les modifications de la composition du secteur de la santé, en particulier la progression de l'emploi du personnel infirmier en dehors des établissements hospitaliers (maisons de retraite médicalisées et soins à domicile).
 - Les évolutions de l'organisation du travail, notamment la hausse du travail précaire et temporaire.
 - Les modifications des structures de classification professionnelle et des programmes de formation et de développement des compétences.
 - L'augmentation des effectifs en personnel infirmier migrant mondialisé, avec notamment le phénomène de la « migration en chaîne ».
 - ➔ Encourager l'OIT à publier des orientations claires faisant explicitement référence à tous les secteurs couverts par les conventions, afin d'éliminer toute possibilité d'ambiguïté.
 - ➔ Exiger que la convention insiste sur la nécessaire sécurité de l'emploi et des revenus dans le secteur des soins infirmiers (pour faire reculer la précarité et les réductions ou gels de salaires

qui se sont généralisés au cours de la dernière décennie). Cette question est particulièrement pertinente à la lumière des évolutions dans le domaine de la numérisation des soins de santé, du développement de ce qu'il est convenu d'appeler « l'économie des petits boulots » et de l'essor du travail de plateforme dans les professions infirmières qui menacent les services publics, la sécurité de l'emploi et le droit à la vie privée.

SANTÉ AU TRAVAIL

- La question de la santé et de la sécurité du personnel infirmier est d'une importance capitale, la pandémie exerçant une pression et des risques accrus pour le personnel. Elle a révélé la disparité manifeste entre les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée dans de nombreux pays.
 - ➔ Les dispositions relatives à la SST dans la C149 (article 7) et la R157 (paragraphes 24-26) doivent être renforcées afin d'y inclure la prévention et l'indemnisation des blessures, des maladies et des risques spéciaux, en particulier l'exposition aux maladies infectieuses.
 - ➔ Un certain nombre d'instruments adoptés depuis la C149 ont trait à la santé et à la sécurité au travail, aux services de santé au travail et aux maladies professionnelles ; ils devraient être pris en compte dans le cadre de la révision de la convention.

CONDITIONS DE TRAVAIL

- *Des recommandations détaillées sur les conditions de travail sont énoncées dans la R157 (paragraphes 21-61). Pour un résumé détaillé, voir l'annexe B.*
- Ces normes doivent être préservées, conservées et renforcées dans tout instrument révisé ; il est indispensable qu'elles soient applicables à l'ensemble du personnel infirmier. Dans l'idéal, elles devraient faire partie de la convention en tant que normes juridiquement contraignantes plutôt que comme recommandations et suggestions pour la mise en œuvre.
- Sous sa forme actuelle, la R157 offre un cadre pour les conventions collectives sectorielles. Toutefois, dès lors qu'elle a été élaborée il y a plus de 40 ans et que de nombreuses conventions collectives plus récentes vont au-delà de ces normes, ces dispositions devraient être mises à jour.
 - ➔ Les normes énoncées dans la R157 devraient être comparées à un échantillon des pratiques de référence en matière de convention collective dans trois secteurs : a) hôpitaux publics, b) hôpitaux privés et c) maisons de retraite médicalisées. Cet échantillon devrait être comparé à la R157 afin d'évaluer si les conventions respectent, dépassent ou sont en contravention avec les dispositions énoncées dans la recommandation. Par exemple, une comparaison avec le Public Health System Nurses' & Midwives' (State) Award 2019, un instrument de travail sectoriel qui couvre tout le personnel infirmier employé dans les organismes de santé publique en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie :
 1. Mesures reflétées dans la R157 :
 - Structure de classification tenant compte de l'éducation et des responsabilités exercées
 - Limitation du temps de travail
 - Congé annuel
 - Congé de maladie
 - Congé de maternité
 - Restriction et indemnisation des services de permanence
 - Organisation du travail par équipes
 - Périodes de repos minimales
 - Primes de risque

- Droit à la représentation syndicale dans les procédures disciplinaires
 - Participation du syndicat à la planification des services de santé
 - Consultation avec le syndicat en cas de changements importants ayant des implications pour le personnel infirmier
 - Dérogations en cas d'urgence
2. Mesures qui dépassent la R157
- Charges de travail raisonnables et ratio minimum personnel-patient
 - Proportion maximale d'infirmiers ou d'infirmiers auxiliaires par rapport aux infirmiers en chef
 - Logement et pension subventionnés pour le personnel infirmier résident, les dispensant des tâches ménagères
 - Aménagements pour le personnel tels que toilettes, vestiaires et casiers
 - Congé pour le personnel et les soignants
 - Congé pour violence domestique et familiale
 - Congé pour longs états de service
 - Régime d'interruption de carrière
 - Indemnités de déplacement
 - Allocation de formation continue
 - Prime d'éloignement
 - Indemnités kilométriques
 - Indemnités de communication
 - Indemnités de vêtements de travail et de blanchisserie
 - Autres indemnités de sujétions spéciales
 - Crédit de temps syndical et absence pour conférences et formation syndicales
3. Mesures en contravention avec la R157
- Limitation de la durée des contrats à durée déterminée
 - Conversion des employés occasionnels en employés permanents

➔ Concernant le ratio minimum infirmier-patient, il est important de souligner qu'il s'agit d'un plancher qui devrait être respecté, et non d'une limite.

« RÉGIMES D'EMPLOI SPÉCIAUX » : INFIRMIERS BÉNÉVOLES ET TRAVAILLEURS TEMPORAIRES

- Les aspects les plus problématiques de la C149 et de la R157 concernent les dispositions relatives aux « régimes d'emploi spéciaux », qui prévoient notamment le travail à temps partiel et temporaire comme moyen d'attirer et de retenir les travailleurs, ainsi que l'autorisation d'employer des infirmiers bénévoles, qui ne sont pas soumis à la plupart des dispositions de la convention.
- Les instruments de l'OIT posent un problème plus large, dès lors qu'une seule convention traite de la sécurité de l'emploi, à savoir la convention (n° 158) sur le licenciement, 1982. L'OIT a élaboré une politique relative aux « formes atypiques d'emploi » et sa Commission d'experts a publié ses conclusions les plus récentes en 2015. Toutefois, si elle dénote une sensibilité à de nombreuses questions pertinentes soulevées par les syndicats, notamment la précarité de l'emploi, l'expression « formes atypiques d'emploi » constitue néanmoins un terme générique inadéquat : il englobe tous les types d'emploi qui ne sont pas permanents et à temps plein, c'est-à-dire « le travail à durée déterminée, le travail temporaire et intérimaire, le travail indépendant économiquement dépendant

et le travail à temps partiel ». Cependant, il n'existe pas de convention traitant de la sécurité de l'emploi elle-même, une faiblesse spécifique compte tenu de l'essor de l'économie des petits boulots / du travail de plateforme. Il est important de noter que le travail de plateforme connaît également une tendance à la hausse dans le secteur de la santé, le personnel infirmier étant de plus en plus touché, en particulier dans les maisons de retraite médicalisées et les soins à domicile.

- Les dispositions relatives au travail temporaire dans le cadre des « régimes d'emploi spéciaux » (paragraphe 57 et 58 de la R157) devraient être supprimées.
- Les dispositions relatives aux infirmiers bénévoles et leur exemption de la convention devraient également être supprimées (article 1.3 de la C149) ; il convient de tenir compte des *Directives de l'OIT sur le travail décent dans les services publics d'urgence* (2018) qui comprennent des dispositions relatives aux bénévoles participant aux actions menées en réponse aux situations de crise. Les dispositions clés stipulent d'examiner attentivement les activités spécifiques qui devraient être attribuées aux travailleurs bénévoles non rémunérés et énoncent que « le recours à des bénévoles ne devrait pas nuire à la coordination des [Services Publics d'Urgence (SPU)], se substituer à l'emploi de travailleurs des SPU, ou porter atteinte aux salaires ou aux conditions de travail des autres travailleurs des SPU, ou être utilisé pour justifier les sous-effectifs ou le sous-financement des SPU ».

DIALOGUE SOCIAL ET RÈGLEMENT DES CONFLITS

- La convention contient des dispositions importantes pour la consultation des partenaires sociaux dans le contexte de la politique nationale de santé ainsi que des décisions qui affectent le personnel infirmier sur le lieu de travail, notamment la négociation collective et le règlement des conflits.
- Ni la convention ni la recommandation n'interdisent aux travailleurs d'exercer leur droit de grève. Toutefois, étant donné que les infirmiers sont des travailleurs essentiels dont le retrait du travail peut mettre des vies en danger, les gouvernements sont censés veiller à ce que des mécanismes soient mis en place pour résoudre les conflits par le biais du dialogue social et des mécanismes d'arbitrage avant qu'une action revendicative ne s'impose. Le risque existe que cette disposition soit utilisée pour empêcher le personnel infirmier de s'engager dans une action revendicative au motif fallacieux de « services essentiels ».
- Les dispositions de la C149 et de la R157 relatives au dialogue social avec les représentants des travailleurs, y compris au niveau de la politique nationale de santé et dans le processus décisionnel sur le lieu de travail, doivent être considérées comme des droits et défendues à chaque fois qu'elles sont contestées.
- L'article 5.3 de la C149 et le paragraphe 19.2.c de la R157 doivent être renforcés pour lever toute ambiguïté qui pourrait autoriser les gouvernements à interdire l'exercice du droit de grève au personnel infirmier.

RESPECT DE LA CONVENTION

- Seuls 41 pays ont ratifié la convention ; et selon l'OIT, nombre des pays qui l'ont ratifiée ne la respectent pas.
- Retracer l'historique du (non)respect de la C149 par les gouvernements qui l'ont ratifiée, recenser les principaux problèmes qui empêchent certains gouvernements d'appliquer les dispositions ;
- Répertorier les obstacles qui dissuadent les gouvernements de ratifier la convention.

Annexe A : Obligation de rapport des États membres de l'OIT sur l'application de la C149 – Synthèse de la procédure

En vertu de l'article 22 de la Constitution de l'OIT, des rapports sont demandés périodiquement aux États ayant ratifié les conventions de l'OIT. Les pays qui ratifient la C149 utilisent un formulaire de rapport (datant de 1986) afin de rendre compte à l'OIT, sur une base annuelle, des mesures prises en vue de donner effet à la convention.¹ Les gouvernements sont invités à :

- décrire la politique nationale des services et du personnel infirmiers, en indiquant quels sont les organes responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de cette politique
- indiquer les dispositions spéciales adoptées à l'intention du personnel infirmier à titre bénévole et de quelle manière les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées ont été préalablement consultées
- indiquer les mesures qui ont été prises en matière d'éducation et de formation, de conditions d'emploi et de travail, y compris les perspectives de carrière et la rémunération, et de quelle manière sont assurées la coordination et la consultation
- indiquer de quelle manière sont fixées les exigences de base en matière d'enseignement et de formation, comment cet enseignement et cette formation sont contrôlés et comment la coopération est assurée
- indiquer les dispositions législatives ou autres fixant les conditions auxquelles est subordonné le droit d'exercer en matière de soins et de services infirmiers
- fournir des informations sur les secteurs public et privé concernant :
 - o la participation du personnel infirmier à la planification des services infirmiers et la consultation de ce personnel sur les décisions le concernant
 - o les méthodes par lesquelles sont déterminées les conditions d'emploi et de travail du personnel infirmier
 - o les procédures de règlement des conflits en usage pour le personnel infirmier
 - o les procédures autres que la négociation, et si les parties intéressées ont été consultées
- indiquer si le personnel infirmier bénéficie de conditions au moins équivalentes à celles des autres travailleurs en ce qui concerne la durée du travail, les heures supplémentaires, le travail par équipe, le repos hebdomadaire, le congé annuel payé, le congé-éducation, le congé de maternité, le congé de maladie et la sécurité sociale
- indiquer les mesures éventuellement prises pour donner effet aux adaptations des dispositions relatives à l'hygiène et la sécurité du travail pour le personnel infirmier
- indiquer à quelles autorités est confiée l'application des dispositions de la convention ainsi que les méthodes par lesquelles le contrôle de cette application est assuré
- indiquer si des tribunaux judiciaires ou autres ont rendu des décisions portant sur des questions de principe relatives à l'application de la convention et fournir le texte de ces décisions
- fournir des indications générales sur le personnel infirmier, y compris les effectifs de personnel infirmier par secteur et par activité, par niveau de formation et de fonctions ainsi que par rapport à la population, au nombre de malades et au nombre de personnes qui abandonnent la profession. Fournir des indications générales sur la manière dont la convention est appliquée dans la pratique ainsi que sur les difficultés pratiques éventuellement rencontrées dans la mise en œuvre de la convention

¹ <https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:14002:0::NO::>

- indiquer les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs auxquelles une copie du rapport a été communiquée ou, si aucune copie n'a été communiquée, expliquer les raisons. Indiquer si des observations ont été reçues de ces organisations, en lien avec l'application des mesures législatives ou l'application pratique des dispositions de la convention.

Une analyse des observations de la CEACR recueillies pour l'ensemble des pays indique que 11 des 41 gouvernements ayant ratifié la convention ne se sont pas acquittés de leurs obligations les plus récentes en matière de rapports et ont d'ailleurs déjà régulièrement manqué à leurs obligations minimales en la matière par le passé. Ces pays sont les suivants :

- **Congo** : a ignoré la demande de rapport en 2018 et 2019 ; a fourni un rapport partiel en 2014 ; n'a pas fourni de rapport en 2013 ; a fourni un rapport en 2011 ; a ignoré les demandes de rapport en 2010, 2009, 2008, 2007 et 2006 ; a fourni un rapport en 2005, mais uniquement des informations que le pays avaient déjà communiquées ; a ignoré la demande de rapport en 2003 ; a fourni un rapport partiel en 1999 et 1995, mais n'a pas transmis les informations demandées ; a ignoré la demande de rapport en 1994 ; a fourni un rapport partiel en 1993 ; a ignoré la demande de rapport en 1992 après avoir adressé un premier rapport en 1991.
- **France** : a ignoré la demande de rapport en 2018 ; a fourni un rapport en 2014 et 2011 ; a ignoré la demande de rapport en 2010, 2009 et 2008 ; a fourni un rapport en 2005 ; n'a pas fourni les informations demandées pendant 10 ans.
- **Ghana** : a ignoré les demandes de rapport en 2019 et 2018 ; a fourni un rapport en 2015 ; a ignoré la demande de rapport en 2013 ; a fourni un rapport en 2009 et 2005 ; a ignoré les demandes de rapport en 2004 et 2003 ; a fourni un rapport en 2002 ; a ignoré les demandes de rapport en 2000 et 1999 ; a fourni un rapport en 1996 ; a ignoré les demandes de rapport en 1995 et 1994 ; a fourni un rapport en 1992 ; a ignoré les demandes de rapport en 1991 ; a fourni un premier rapport en 1990.
- **Guinée** : a ignoré les demandes de rapport en 2019 et 2018 ; a fourni un rapport en 2015 ; a ignoré la demande de rapport en 2014 ; a fourni un rapport en 2013 ; a ignoré les demandes de rapport en 2012, 2011, 2010, 2009, 2006, 2002, 2001, 2000, 1999 ; a fourni un rapport en 1995 ; a ignoré la demande de rapport en 1994 ; a fourni un rapport en 1992 et 1991.
- **Guyana** : a ignoré les demandes de rapport en 2019 et 2018 ; a fourni un rapport en 2015 ; a ignoré les demandes de rapport en 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008 ; a fourni un rapport en 2005 ; a fourni des rapports partiels en 2000, 1995, 1994, 1993 ; a fourni un rapport mais n'a pas répondu aux observations en 1992 ; a fourni un rapport partiel en 1991 et 1990.
- **Jamaïque** : a ignoré la demande de rapport en 2018 ; a fourni un rapport en 2013 et 2009 ; a fourni un rapport en 2004, mais contenant les informations déjà communiquées l'année précédente ; a fourni un rapport en 2002 mais n'a pas répondu aux observations ; a ignoré les demandes de rapport en 2001, 2000, 1999 ; a fourni un rapport en 1995 et 1992 ; a fourni un premier rapport détaillé en 1990.
- **Kirghizstan** : a ignoré la demande de rapport en 2018 ; a fourni un rapport succinct en 2017 ; a fourni un rapport en 2013 ; demandes ignorées pendant treize années consécutives en 2011, 2010, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001, 2000, 1999 ; a fourni un premier rapport en 1995.

- **Malawi** : a ignoré la demande de rapport en 2018 ; a fourni un rapport en 2015 ; a ignoré les demandes de rapport en 2014 et 2013 ; a fourni un rapport en 2009 ; a ignoré la demande de rapport en 2008 ; a fourni un rapport en 2005 ; a ignoré la demande de rapport en 2003 ; a fourni un rapport en 2001, 1999, 1995 ; a ignoré les demandes de rapport en 1994, 1993, 1992 ; a fourni un premier rapport en 1990.
- **Malte** : a ignoré la demande de rapport en 2018 ; a fourni un rapport succinct en 2014, sans répondre aux observations ; a ignoré la demande de rapport en 2013 ; a fourni un rapport en 2009 ; a ignoré la demande de rapport en 2008 ; a fourni un rapport en 2004 et en 2001 ; a ignoré la demande de rapport en 1999 ; a fourni un rapport en 1996 ; a ignoré la demande de rapport en 1995.
- **Fédération de Russie** : a fourni pour la dernière fois des renseignements dûment étayés sur l'application de la convention en 2003 et avait préalablement transmis des rapports détaillés ; a fourni un rapport très succinct en 2010 ; a ignoré la demande de rapport en 2008.
- **Tadjikistan** : a ignoré les demandes de rapport en 2019 et 2018 ; a fourni un rapport en 2017 ; a ignoré les demandes de rapport en 2014 et 2013 ; a fourni un rapport en 2010.

Un certain nombre de rapports de la CEACR renvoient à l'article 5, paragraphe 3, de la C149, en cas de conflits du travail collectifs majeurs : « *Le règlement des conflits survenant à propos de la détermination des conditions d'emploi sera recherché par voie de négociation entre les parties ou, d'une manière telle qu'elle bénéficie de la confiance des parties intéressées, par une procédure donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité, telle que la médiation, la conciliation ou l'arbitrage volontaire.* » Cette disposition est également liée au paragraphe 19.2.c de la R157 : « *le règlement des conflits survenant à propos de la détermination des conditions d'emploi devrait être recherché par voie de négociation entre les parties ou par une procédure donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité telle que la médiation, la conciliation ou l'arbitrage volontaire, pour que les organisations représentatives du personnel infirmier n'aient pas besoin de recourir aux autres moyens d'action dont disposent normalement les organisations d'autres catégories de travailleurs pour la défense de leurs intérêts légitimes* ». En citant ces dispositions, la CEACR met en exergue les problèmes sous-jacents dans le cadre du différend et questionne le gouvernement au sujet des mesures qu'il déploie pour assurer un règlement négocié et résoudre les problèmes sous-jacents.
Exemples :

- Azerbaïdjan : faisant observer que l'action collective est interdite au sein des hôpitaux, et la CEACR souhaitait une explication sur les modalités de règlement des différends en recourant à l'arbitrage obligatoire.
- Jamaïque : à la lumière de l'ordonnance interdisant toute nouvelle action revendicative, la CEACR a fait observer que le gouvernement n'était pas parvenu à une solution négociée au sujet des conditions de travail, ce qui avait entraîné des pénuries de personnel et différentes formes de désobéissance civile au sein des effectifs comme le port de brassards noirs ou les grèves prenant la forme d'absences pour maladie. Une situation qui aujourd'hui s'exacerbe. La CEACR a donc prié le gouvernement de fournir des informations sur les mesures prises ou envisagées pour parvenir à une solution négociée du conflit de travail.
- Malte : face à l'escalade des conflits, l'OIT a proposé de servir de médiateur afin d'éviter une action revendicative

- Pologne : manifestations contre le problème chronique des bas salaires, la charge de travail, la restructuration et la commercialisation des hôpitaux. La CEARC souhaite connaître les mesures déployées par le gouvernement en vue de renforcer le dialogue social.
- Finlande, 2009 : « Article 5, paragraphe 3 de la convention. Règlement des conflits. La commission prend note des observations formulées par la Commission des employeurs des collectivités locales (KT) concernant l'action collective menée par le Syndicat des professionnels de la santé (TEHY) pendant les négociations collectives de l'automne 2007. Selon ces observations, le TEHY a essayé d'obtenir par la force une hausse salariale de 25 pour cent en menaçant de démissionner en bloc, ce qui a directement et gravement mis en danger la vie et la santé des patients. L'action du TEHY aurait affecté des unités et des opérations de secours d'urgence, en complète violation des directives ministérielles et des pratiques établies du travail. La commission prie le gouvernement de transmettre toute observation qu'il souhaitera formuler au sujet des observations de la KT, compte tenu en particulier de l'article 5, paragraphe 3, de la convention qui dispose que le règlement des conflits collectifs du travail doit être recherché par une procédure donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité, telle que la médiation, la conciliation ou l'arbitrage volontaire, pour que les organisations représentatives du personnel infirmier n'aient pas besoin de recourir à une action collective susceptible de compromettre des activités de soins de santé délicates. »

Annexe B : Aperçu de la recommandation (n° 157) sur le personnel infirmier, 1977

Définition étendue du personnel infirmier, qui englobe toutes les catégories de travail dans l'ensemble des secteurs et recommande une structure de classification à trois niveaux : un système de classification moderne est recommandé pour le personnel infirmier, qui devrait être appliqué dans l'ensemble des établissements, domaines et secteurs d'emploi du personnel infirmier (paragr. 6.2). Les fonctions du personnel infirmier devraient être classées d'après le niveau de jugement requis, le pouvoir de prendre des décisions, la complexité des relations avec d'autres fonctions, le niveau nécessaire des qualifications techniques et le degré de responsabilité pour les services infirmiers fournis (paragr. 6.1). Une structure à trois niveaux est proposée (5.2) :

l'infirmier diplômé, ayant l'instruction et la formation reconnues nécessaires pour assurer des fonctions hautement complexes et responsables, et habilité à cet effet ;

l'infirmier auxiliaire, ayant au minimum l'instruction et la formation reconnues nécessaires pour assurer des fonctions moins complexes -- sous le contrôle, le cas échéant, de l'infirmier diplômé -- et habilité à cet effet ;

l'aide-infirmier, ayant reçu une instruction préalable ou une formation en cours d'emploi, ou l'une et l'autre, lui permettant d'accomplir certaines tâches déterminées sous le contrôle de l'infirmier diplômé ou auxiliaire.

NOTE : la convention s'applique à « tout le personnel infirmier, où qu'il exerce ses fonctions », sans toutefois définir explicitement dans quel cadre ces fonctions sont exercées. La structure précédemment décrite devrait s'appliquer de façon égale aux aides-infirmiers dans les hôpitaux comme aux agents de santé communautaires (ASC), aux soins au long cours et à tous les autres services de santé.

Les suggestions pour l'application pratique appellent à opérer le classement des fonctions en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs intéressées (annexe 5) et à développer quatre domaines d'exercice des fonctions du personnel infirmier : les soins et les services infirmiers, l'administration des services infirmiers, l'enseignement infirmier ainsi que la recherche et le développement dans le domaine infirmier (annexe 3). Les suggestions pour l'application pratique indiquent en outre que les systèmes de classement devraient être liés à des échelles de rémunération et être suffisamment ouverts pour inciter le personnel infirmier à passer d'un niveau à l'autre, en fournissant des incitations en vue d'une promotion équitable (annexe 12).

Les fonctions impliquant des relations directes avec les malades et avec le public doivent être reconnues (paragr. 21.2), mais le personnel infirmier devrait avoir accès à toute une gamme de possibilités de progression professionnelle vers des postes de direction, l'administration des services infirmiers, l'enseignement infirmier ainsi que la recherche et le développement dans le domaine infirmier ; la structure de rémunération devrait en tenir compte (paragr. 22.1).

Participation du personnel infirmier au dialogue social dans le contexte de l'élaboration d'une politique globale en matière de santé : le personnel infirmier devrait prendre part « à la planification et aux décisions concernant la politique nationale de santé en général et celles concernant la profession en particulier, à tous les niveaux et selon des méthodes appropriées aux

conditions nationales » (paragr. 19.1). La politique de santé devrait être élaborée en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs et comprendre des mesures en vue (paragr. 4.2.c) :

de faciliter l'utilisation efficace de la main-d'œuvre infirmière sur le plan national ; et
de favoriser le plein emploi de ses qualifications dans les divers établissements, domaines et secteurs où elle est employée.

Des représentants du personnel infirmier devraient être associés « à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des principes généraux applicables à la profession infirmière, notamment dans les domaines de l'enseignement et de la formation et de l'exercice de la profession » (paragr. 19.2.a)

Participation des travailleuses et travailleurs à la prise de décisions sur le lieu de travail : le personnel infirmier devrait être représenté par l'organisation syndicale afin de déterminer les conditions d'emploi et de travail par négociation avec les employeurs (paragr. 19.2.b). Au niveau de l'établissement d'emploi, le personnel infirmier ou ses représentants devraient être associés aux décisions relatives à la vie professionnelle du personnel infirmier (19.2.d). Sont incluses ici les décisions concernant l'organisation du travail, le temps de travail et le repos, qui devraient être prises en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou les organisations représentant le personnel infirmier. Elles devraient en particulier porter sur l'organisation des horaires de travail ; les heures qui devront être considérées comme des heures inconfortables ou contraignantes ; les conditions dans lesquelles le service de permanence sera compté comme temps de travail ; la durée et les modalités des pauses prévues ; les modalités de la compensation en cas d'heures supplémentaires, de travail posté et d'heures inconfortables ou contraignantes ; les conditions dans lesquelles les dérogations d'urgence peuvent être accordées (43).

Instrument pertinent pour la protection des représentants du personnel infirmier : convention et recommandation concernant les représentants des travailleurs, 1971 (paragr. 20).

La rémunération des membres du personnel infirmier devrait de préférence être fixée par la négociation collective et refléter la valeur du travail, être proportionnelle à d'autres professions nécessitant des qualifications, des compétences et des niveaux de responsabilité comparables, et tenir compte des conditions difficiles inhérentes à la profession et de la nécessité d'attirer et retenir le personnel dans la profession: les recommandations comportent un certain nombre de principes en vue d'augmenter la rémunération du personnel infirmier : la rémunération devrait être fixée à des niveaux qui correspondent « à leurs besoins socio-économiques, à leurs qualifications, à leurs responsabilités, à leurs fonctions et à leur expérience, qui tiennent compte des contraintes et des risques inhérents à la profession et qui soient de nature à attirer et retenir le personnel dans la profession » (paragr. 25.1) ; soutenir la comparaison avec d'autres professions exigeant des qualifications analogues ou équivalentes et comportant des responsabilités analogues ou équivalentes (25.2) ; être comparable quels que soient les établissements, domaines ou secteurs dans lesquels le personnel infirmier est occupé (25.3) ; être ajustée de temps à autre (25.4) ; et être fixée, de préférence, par conventions collectives (25.5). Les suggestions pour l'application pratique sont toutefois insuffisantes, indiquant qu'en attendant que soient fixés des niveaux de rémunération comparables à ceux pratiqués dans d'autres professions, la rémunération devrait être portée à des niveaux « de nature à attirer et retenir le personnel dans la profession » (annexe 16). Les suggestions pour l'application pratique indiquent en outre que des accroissements de rémunération devraient

être prévus à chaque niveau de fonctions, sur la base de l'accroissement de l'expérience et de la compétence (annexe 13).

La totalité de la rémunération devrait être payable en espèces (paragr. 28.1) et des retenues sur les salaires ne seront autorisées que conformément à la législation nationale ou fixées par une convention collective ou une sentence arbitrale (28.2). Le personnel infirmier devrait être libre de choisir ou non les services fournis par l'employeur (28.3) et ne devrait pas avoir à payer pour les vêtements de travail, trousse de soins, moyens de transport et autres fournitures qui devraient être fournis et entretenus sans aucun frais par l'employeur (29).

Les suggestions pour l'application pratique appellent à l'allocation de crédits suffisants (annexe 1) et à la fourniture de ressources appropriées du point de vue technique et matériel pour le bon accomplissement des tâches du personnel infirmier (annexe 4).

Travail précaire – le travail temporaire et le travail à temps partiel sont traités comme une même catégorie au titre des « régimes d'emploi spéciaux » : en vue d'utiliser plus efficacement les ressources en personnel infirmier et de lutter contre l'abandon de la profession par le personnel qualifié, des mesures devraient être prises afin de rendre possible l'emploi du personnel infirmier à titre temporaire ou à temps partiel (paragr. 57). Les conditions d'emploi devraient être équivalentes à celles du personnel permanent et du personnel employé à plein temps, ses droits étant déterminés sur une base proportionnelle (58).

Normes de pratique professionnelle, d'éducation et de formation du personnel infirmier : l'exercice de la profession infirmière devrait être limité aux personnes autorisées qui ont atteint le niveau d'instruction et de formation requis ou qui ont été autorisées à exercer par un organisme habilité (paragr. 13). Les travailleurs d'une catégorie inférieure ne devraient pouvoir remplacer ceux d'une catégorie supérieure qu'en cas d'urgence particulière (6.3 et 15.1). Les conditions dans lesquelles ces dérogations d'urgence sont accordées devraient être déterminées en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou les organisations représentant le personnel infirmier (43.c).

L'enseignement et la formation de base reconnus devraient être dispensés à deux niveaux (paragr. 9.2) :

- (a) *un niveau avancé, visant à préparer des infirmiers diplômés, possédant la formation étendue et approfondie nécessaire pour leur permettre d'administrer les soins infirmiers les plus complexes et d'organiser et d'évaluer les soins infirmiers, dans les établissements hospitaliers et autres établissements au service de la collectivité dans des domaines liés à la santé; les étudiants admis à suivre le programme d'enseignement et de formation à ce niveau devraient autant que possible avoir atteint le niveau d'instruction générale requis pour entreprendre des études universitaires ;*
- (b) *un niveau moins avancé, visant à préparer des infirmiers auxiliaires capables de pratiquer des soins infirmiers généraux de caractère moins complexe demandant à la fois une compétence technique et l'aptitude aux relations humaines; les étudiants admis à suivre le programme d'enseignement et de formation à ce niveau devraient avoir atteint un degré d'instruction aussi avancé que possible dans le cadre du programme d'études secondaires.*

Le travail des étudiants en stage pratique devrait être organisé en fonction de leurs besoins de formation et ne devrait en aucun cas être utilisé comme un moyen de faire face aux besoins normaux de personnel (paragr. 60.1) ; les étudiants ne devraient être affectés qu'à des tâches

correspondant à leur niveau de préparation (60.2). Ils devraient bénéficier de la même protection sanitaire que le personnel infirmier (60.3) et bénéficier d'une protection juridique adéquate (60.4). Les étudiants devraient recevoir des informations précises et détaillées sur les conditions d'emploi, de travail et de carrière du personnel infirmier (61).

Le personnel infirmier suivant des programmes d'enseignement infirmier supérieur devrait être préparé aux responsabilités les plus élevées « dans la pratique des soins et des services infirmiers, l'administration des services infirmiers, l'enseignement infirmier, ainsi que la recherche et le développement dans le domaine infirmier » (paragr. 10), tandis que les aides-infirmiers devraient « recevoir une formation théorique et pratique appropriée à leurs fonctions » (11). Lorsque des membres du personnel infirmier ne sont pas qualifiés pour les fonctions qu'ils occupent déjà, ils devraient être formés aussitôt que possible en vue d'obtenir les qualifications requises (15).

L'enseignement et la formation devraient être dispensés « le cas échéant », dans le cadre du système général d'enseignement et à un niveau semblable à celui de l'enseignement destiné à des groupes professionnels comparables (paragr. 7.2) ; ils devraient être à la fois théoriques et pratiques (8.1), dispensés « dans des services préventifs, curatifs et de réadaptation dûment autorisés et sous la surveillance d'infirmiers qualifiés » (8.2) ; ils devraient être organisés en fonction des besoins reconnus de la collectivité et être coordonnés avec l'enseignement et la formation donnés aux autres travailleurs dans le domaine de la santé (7.4) ; en outre, les suggestions pour l'application pratique appellent à utiliser les programmes d'enseignement et de formation infirmiers pour compléter l'instruction générale des étudiants qui n'auraient pas atteint le niveau requis (annexe 6).

L'enseignement et la formation continus devraient faire partie intégrante des programmes d'enseignement et de formation infirmiers afin d'assurer la mise à jour des connaissances et des compétences (paragr. 12.1) ; des dispositions devraient être prises en faveur de la progression professionnelle des aides-infirmiers et des infirmiers auxiliaires (12.2) ; dans la mesure du possible, le personnel infirmier désireux de suivre des programmes d'enseignement et de formation continus devrait bénéficier de congés-éducation payés conformément à la convention sur le congé-éducation payé, 1974 (24.2) ; d'autres formes de soutien pourraient consister en l'octroi de congés-éducation payés ou non payés, l'adaptation des horaires de travail et le paiement des frais d'études ou de formation (24.2). Les suggestions pour l'application pratique indiquent en outre que les périodes de congé-éducation payé devraient être assimilées à des périodes de travail pour déterminer le droit à des prestations sociales et les autres droits découlant de la relation de travail et que, dans la mesure du possible, les périodes de congé-éducation non payé devraient être prises en considération pour le calcul de l'ancienneté, en particulier afin de déterminer la rémunération et les droits à pension (annexe 15).

Cet enseignement et cette formation continus devraient également comporter des programmes facilitant la rentrée dans la profession après une période d'interruption (paragr. 12.3 et 22) en tenant compte de l'expérience antérieure dans la profession infirmière et de la durée de l'interruption (paragr. 23). Les suggestions pour l'application pratique indiquent que la vérification des qualifications peut être nécessaire dans certaines circonstances et que le renouvellement de l'autorisation d'exercer pourrait être subordonné à des exigences de formation continue (annexe 8). La rentrée dans la profession après une période d'interruption pourrait être facilitée par des méthodes telles que l'emploi en doublure pendant une durée déterminée en amont d'un contrôle des qualifications (annexe 9).

Le personnel infirmier devrait pouvoir se prononcer sur la définition et les décisions relatives au régime disciplinaire qui les concerne : tout régime disciplinaire auquel le personnel infirmier peut être soumis devrait être défini avec la participation de représentants dudit personnel. Les personnes soumises à une procédure disciplinaire devraient bénéficier d'un jugement équitable et de voies de recours satisfaisantes, le tout assorti du droit d'être représentées, à tous les stades de la procédure, par une personne librement choisie (paragr. 17). Les suggestions pour l'application pratique précisent en outre que tout régime disciplinaire auquel le personnel infirmier peut être soumis devrait comporter une définition de la faute professionnelle, l'indication des sanctions applicables, qui devraient être proportionnées à la gravité de la faute, et devrait être établi dans le cadre des règles applicables à l'ensemble du personnel de santé (annexe 10).

L'exemption de certaines tâches pour des motifs de conviction : les membres du personnel infirmier devraient pouvoir, sans subir aucun préjudice de ce fait, être exemptés d'accomplir certaines tâches qui seraient en conflit avec « leurs convictions religieuses, morales ou éthiques », étant entendu qu'ils informeront en temps utile leur supérieur hiérarchique de leur objection, afin d'éviter de compromettre la qualité des soins (paragr. 18).

Éviter, par voie de négociation et d'arbitrage, que le personnel infirmier n'ait recours à l'action revendicative : sans exempter expressément le personnel infirmier du droit d'engager une action revendicative, les recommandations sont les suivantes : « le règlement des conflits survenant à propos de la détermination des conditions d'emploi devrait être recherché par voie de négociation entre les parties ou par une procédure donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité telle que la médiation, la conciliation ou l'arbitrage volontaire, pour que les organisations représentatives du personnel infirmier n'aient pas besoin de recourir aux autres moyens d'action dont disposent normalement les organisations d'autres catégories de travailleurs pour la défense de leurs intérêts légitimes » (paragr. 19.2.c).

Organisation du temps et des horaires de travail, y compris le travail par équipes et le service de permanence : le recours aux heures supplémentaires, aux heures incommodes et astreignantes et au service de permanence devrait être réduit au minimum ; les heures supplémentaires et le travail les jours fériés devraient donner lieu à une compensation sous forme de temps libre, sous forme d'une majoration du taux de salaire ou sous l'une et l'autre formes ; les heures incommodes ou astreignantes devraient également donner lieu à un supplément de salaire (paragr. 37). Les suggestions pour l'application pratique indiquent que les heures supplémentaires devraient être accomplies volontairement sous réserve des cas où l'intérêt des malades est en jeu et où il n'y a pas assez de volontaires (annexe 19.2). Les suggestions pour l'application pratique indiquent en outre que le recours aux heures supplémentaires, aux heures incommodes et astreignantes et au service de permanence devrait être limité autant que possible et la planification devrait tenir compte du personnel infirmier absent ou en congé afin de ne pas surcharger le personnel présent (annexe 19.1).

Le temps pendant lequel le personnel infirmier est à la disposition de l'employeur devrait être compté comme temps de travail, « sous réserve des dispositions spéciales éventuelles concernant le service de permanence » (paragr. 31). Toutefois, les suggestions pour l'application pratique indiquent également que toute période de service de permanence pendant laquelle le personnel est tenu de rester sur le lieu de travail ou a été occupé effectivement devrait être considérée intégralement comme temps de travail et rémunérée comme telle (annexe 21).

La durée normale hebdomadaire du travail du personnel infirmier ne devrait pas être plus élevée que celle des autres travailleurs en général ; dans les cas où la semaine normale de travail dépasse quarante heures, des mesures devraient être prises pour la réduire progressivement mais aussi rapidement que possible, sans réduction de salaire (paragr. 32). La durée normale du travail quotidien devrait ne pas dépasser huit heures et être accomplie suivant un horaire continu ; la journée de travail ne devrait pas être supérieure à douze heures, y compris les heures supplémentaires. Toutefois, des dérogations peuvent être admises en vertu de la législation, de conventions collectives, de règlements d'entreprise ou de sentences arbitrales, ou des dérogations temporaires autorisées en cas d'urgence particulière (33). Les conditions d'octroi de ces dérogations d'urgence devraient être déterminées en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou avec les organisations qui le représentent (43.c).

Les suggestions pour l'application pratiques indiquent que tous les efforts doivent être déployés en vue de répartir équitablement le travail parmi les effectifs, en tenant compte des préférences individuelles et des considérations spéciales, et que l'organisation des heures de travail du personnel infirmier devrait être fondée sur la nécessité d'assurer le service des soins infirmiers plutôt qu'être subordonnée aux besoins des autres catégories de personnel de santé (annexe 18).

Les changements des horaires de travail devraient être portés à la connaissance des travailleurs suffisamment à l'avance, et des dérogations à ces horaires ne devraient être autorisées qu'en cas d'urgence particulière (paragr. 35). Selon les suggestions pour l'application pratique, un délai de notification d'au moins deux semaines devrait être respecté (annexe 20).

Le travail par équipes devrait être compensé par une majoration de salaire qui ne devrait pas être inférieure à celle accordée aux autres travailleurs par équipes dans d'autres professions ; le personnel travaillant par équipes devrait bénéficier d'une période de repos ininterrompue d'au moins douze heures ; les périodes de travail par équipes interrompues devraient être évitées (paragr. 38). Les décisions concernant les modalités de la compensation devraient être prises en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou les organisations qui le représentent (43.e).

Repos : la durée du repos hebdomadaire ne devrait en aucun cas être inférieure à trente-six heures consécutives et, lorsqu'il est de moins de quarante-huit heures consécutives, des mesures devraient être prises pour porter la durée du repos hebdomadaire à ce niveau (paragr. 36). Des pauses d'une durée raisonnable devraient être ménagées pour permettre au personnel infirmier de prendre ses repas et de se reposer – ces dernières étant comprises dans la durée normale du travail (34). Les décisions relatives à la durée des pauses devraient être prises en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou les organisations qui le représentent (43.d). Les suggestions pour l'application pratique indiquent que les membres du personnel infirmier devraient avoir la liberté de se restaurer et de passer les pauses de repos ailleurs que sur le lieu même de travail (annexe 22).

Congé annuel : le personnel infirmier devrait avoir le droit – *et le devoir (!)* de prendre un congé annuel payé d'une durée au moins égale à celle dont bénéficient les autres travailleurs ; lorsqu'il est d'une durée inférieure à quatre semaines, la durée du congé annuel payé devrait être augmentée progressivement, mais le plus rapidement possible, à quatre semaines (paragr. 39). Selon les suggestions pour l'application pratique, les dates de congé annuel devraient être fixées sur une base équitable en tenant dûment compte des obligations familiales et des préférences individuelles, ainsi que des nécessités du service (annexe 23).

Congé de maladie : les travailleurs absents pour cause de maladie ou d'accident devraient avoir droit au maintien de la relation de travail et à la garantie d'un revenu selon les modalités fixées par la législation, la réglementation ou les conventions collectives ; il conviendrait de distinguer trois catégories : les cas où la maladie ou l'accident a une origine professionnelle, les cas où l'absence est nécessaire pour protéger la santé d'autrui, et les cas où la maladie ou l'accident est sans rapport avec le travail (paragr. 41).

Congé de maternité : le personnel infirmier devrait avoir droit au congé de maternité, lequel ne devrait pas être considéré comme congé de maladie, et sans aucune distinction entre personnes mariées et non mariées. Les instruments pertinents devraient être appliqués : la convention sur la protection de la maternité (révisée), 1952, et la recommandation sur la protection de la maternité, 1952, ainsi que la recommandation sur l'emploi des femmes ayant des responsabilités familiales, 1965 (paragr. 42).

Compensation en cas de conditions particulièrement pénibles : le personnel infirmier « occupé dans des conditions particulièrement pénibles » devrait recevoir une compensation pécuniaire de ce fait (paragr. 27). Il devrait bénéficier d'une réduction de la durée du travail, d'une augmentation des périodes de repos ou des deux, sans diminution de la rémunération totale (40). Les décisions concernant les conditions à considérer comme particulièrement pénibles devraient être prises en accord ou en consultation avec les représentants librement choisis du personnel infirmier ou les organisations représentant le personnel infirmier (43.g).

SST et dispositions visant à prévenir et à compenser les « risques particuliers » auxquels est exposé le personnel infirmier : toute maladie contractée par le personnel infirmier du fait de son travail doit donner droit à réparation à titre de maladie professionnelle, en vertu des lois ou règlements nationaux (paragr. 56). Les suggestions pour l'application pratique indiquent en outre que ces lois ou règlements nationaux devraient « établir une liste des maladies dont l'origine professionnelle est présumée lorsqu'elles affectent le personnel infirmier et adapter périodiquement cette liste en tenant compte des développements scientifiques et techniques intéressant le travail du personnel infirmier » ; une telle liste devrait également être complétée par une définition générale des maladies professionnelles, permettant au personnel infirmier d'établir l'origine professionnelle de maladies qui ne sont pas présumées professionnelles (annexe 28).

Les risques particuliers pour le personnel infirmier doivent être éliminés ou, lorsqu'une telle exposition est inévitable, réduits au minimum (paragr. 49.1). La collaboration du personnel infirmier et des organisations le représentant devrait être recherchée dans ce contexte (51). Le personnel infirmier devrait disposer de services de médecine du travail ; en l'absence de tels services, leur mise en place devrait être assurée (45). Des études de SST devraient être effectuées et mises à jour pour déterminer les risques particuliers auxquels le personnel infirmier peut être exposé dans l'exercice de sa profession, afin d'assurer la prévention de ces risques et d'en réparer, le cas échéant, les conséquences (48.1).

Le personnel infirmier exposé à des risques particuliers devrait recevoir une compensation financière (paragr. 49.3). Les suggestions pour l'application pratique fournissent des éclaircissements sur le fait que les groupes à risque englobent le personnel « régulièrement exposé à des radiations ionisantes ou à des substances anesthésiques ou en contact avec des personnes souffrant de maladies contagieuses ou de maladies mentales » (annexe 24). Les mesures visant à réduire l'exposition à ces risques particuliers comprennent les EPI, l'immunisation, une durée du travail réduite, des pauses plus fréquentes, un éloignement provisoire du risque ou un congé annuel plus

long (paragr. 49.2). Le personnel infirmier exposé à des risques particuliers devrait subir des examens médicaux à l'entrée en service et à la fin de l'engagement, ainsi qu'à des intervalles réguliers en cours de service, selon les conditions de risque pour sa santé ou celle de son entourage ; les examens médicaux devraient être confidentiels et ne pas être effectués par des médecins avec lesquels les personnes examinées collaborent étroitement (paragr. 47).

Les risques pour les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants devraient être atténués en transférant le personnel concerné à des postes convenant à leur état, sans préjudice de leurs droits (paragr. 50). Les suggestions pour l'application pratique précisent en outre que cela concerne spécifiquement les travaux exposant à des radiations ionisantes ou à des substances anesthésiques ou mettant en contact avec des personnes souffrant de maladies infectieuses (annexe 26).

Instruments pertinents : recommandation sur les services de médecine du travail, 1959 ; recommandation sur la protection de la santé des travailleurs, 1953 ; convention et recommandation sur la protection contre les radiations, 1960 ; recommandation sur la protection de la maternité, 1952.

Coopération internationale et personnel infirmier migrant : le personnel infirmier devrait être encouragé à utiliser les possibilités d'enseignement, de formation et de recrutement offertes dans son propre pays (paragr. 63). Le recrutement du personnel infirmier étranger devrait être autorisé s'il n'existe pas dans le pays d'emploi de personnel dûment qualifié pour les postes à pourvoir et en l'absence de pénurie de personnel infirmier dans le pays d'origine (67). À qualifications équivalentes, le personnel infirmier devrait bénéficier de conditions d'emploi qui soient aussi favorables que celles du personnel national (66.3). Le personnel infirmier étranger en formation ou en emploi devrait bénéficier de l'égalité de traitement avec le personnel national (69.a). Ces personnes devraient bénéficier de toutes les facilités nécessaires lorsqu'elles désirent être rapatriées (68). Les pays employeurs devraient participer à des arrangements bilatéraux ou multilatéraux visant à assurer à ce personnel infirmier migrant le maintien de ses droits (69.b).

Des arrangements multilatéraux et bilatéraux devraient être trouvés en vue de favoriser les échanges de personnel, d'idées et de connaissances et de promouvoir ainsi l'amélioration des soins infirmiers. Ces arrangements devraient porter sur l'organisation de programmes d'échange de personnel infirmier, l'établissement de conditions de reconnaissance mutuelle des qualifications acquises à l'étranger et l'harmonisation de l'enseignement et de la formation ainsi que des conditions d'autorisation d'exercice de la profession, sans abaisser les normes (paragr. 62).

Le personnel infirmier qui suit un enseignement ou une formation à l'étranger devrait pouvoir bénéficier d'aides financières appropriées (paragr. 64.1), pouvant être subordonnées à un engagement de rentrer dans leur pays pour occuper, pendant une période minimum déterminée, un emploi correspondant aux qualifications nouvellement acquises (64.2). Les suggestions pour l'application pratique proposent par ailleurs que cette aide financière puisse inclure le paiement des frais du voyage, le paiement des frais d'études, des bourses d'études et le maintien total ou partiel de la rémunération, dans le cas du personnel infirmier déjà employé (annexe 29).

Instruments pertinents: convention et recommandation sur les travailleurs migrants (révisées), 1949

Annexe C : Synthèse des autres instruments pertinents de l'OIT

Convention (n° 151) sur les relations de travail dans la fonction publique, 1978

- Ratifiée par 57 pays, dont 20 ont également ratifié la C149 (Biélorus, Belgique, Danemark, Fédération de Russie, Finlande, Ghana, Grèce, Guinée, Guyana, Italie, Lettonie, Luxembourg, Philippines, Pologne, Portugal, Seychelles, Slovénie, Suède, Uruguay, Zambie)
- S'applique aux fonctionnaires – toutes les personnes employées par les autorités publiques – dans la mesure où des dispositions plus favorables d'autres conventions internationales du travail ne leur sont pas applicables (article 1)
- Protection des agents publics contre tous actes de discrimination antisyndicale ; les actes ayant pour but de subordonner l'emploi d'un agent public à la condition qu'il ne s'affilie pas à une organisation d'agents publics ou cesse de faire partie d'une telle organisation ; ou de congédier un agent public ou lui porter préjudice par tous autres moyens, en raison de son affiliation syndicale (article 4)
- Indépendance des syndicats, protection contre l'ingérence des pouvoirs publics, y compris à travers la création de syndicats contrôlés ou financés par l'État (article 5)
- Des facilités doivent être accordées aux représentants des organisations d'agents publics reconnues, afin de remplir leurs fonctions aussi bien pendant leurs heures de travail qu'en dehors de celles-ci (article 6)
- Mesures permettant la négociation des conditions d'emploi entre les autorités publiques intéressées et les syndicats, ou toute autre méthode permettant aux représentants des agents publics de participer à la détermination desdites conditions (article 7)
- Le règlement des différends sera recherché par voie de négociation entre les parties ou par une procédure donnant des garanties d'indépendance et d'impartialité, telle que la médiation, la conciliation ou l'arbitrage (article 8)
- Les agents publics doivent bénéficier des droits civils et politiques qui sont essentiels à l'exercice normal de la liberté syndicale, « sous la seule réserve des obligations tenant à leur statut et à la nature des fonctions qu'ils exercent » (article 9)

Convention (n° 171) sur le travail de nuit, 1990

- Seuls 17 pays l'ont ratifiée, mais six d'entre eux ont également ratifié la C149 (Uruguay, Portugal, Belgique, Slovénie, Lituanie, Luxembourg)
- Couvre les personnels de santé par défaut (en excluant les travailleurs occupés dans l'agriculture, l'élevage, la pêche, les transports maritimes et la navigation intérieure) mais d'autres catégories limitées de travailleurs peuvent également être exclues (article 2)
- Des mesures doivent être prises en faveur des travailleurs de nuit en vue de protéger leur santé, de leur faciliter l'exercice de leurs responsabilités familiales et sociales, de leur assurer des chances de développement de carrière et de leur accorder les compensations appropriées (article 3)
- Les travailleurs de nuit ont le droit d'obtenir sans frais une évaluation de leur état de santé et de recevoir des conseils sur la façon de réduire ou d'éviter les problèmes de santé associés à leur travail (article 4)

- Des moyens adéquats de premiers secours doivent être mis à leur disposition (article 5)
- Les travailleurs de nuit qui, pour des raisons de santé, sont certifiés inaptes au travail de nuit doivent être transférés à un poste similaire ou bénéficier des mêmes prestations que les autres travailleurs qui sont dans l'incapacité de travailler ; en cas d'inaptitude temporaire au travail de nuit, le travailleur doit recevoir la même protection en matière de licenciement que les autres travailleurs qui sont empêchés de travailler pour des raisons de santé (article 6)
- Protection des travailleuses de nuit en leur proposant une alternative au travail de nuit pendant seize semaines avant et après l'accouchement ; cette période peut être prolongée sur présentation d'un certificat médical (article 7)
- Les compensations accordées aux travailleurs de nuit en matière de durée du travail, de salaire ou d'avantages similaires doivent reconnaître la nature du travail de nuit (article 8)
- Services sociaux appropriés (article 9)
- Avant d'introduire des horaires de travail exigeant les services de travailleurs de nuit, l'employeur doit consulter les représentants des travailleurs intéressés et devra le faire régulièrement, sur les détails de ces horaires, sur les formes d'organisation du travail de nuit, sur les mesures de SST et sur les services sociaux (article 10)

Convention (n° 158) sur le licenciement, 1982

- Ratifiée par 36 pays, dont 11 ont également ratifié la C149 (Finlande, France, Lettonie, Luxembourg, Malawi, Portugal, Slovénie, Suède, Ukraine, Venezuela, Zambie)
- Interdiction de licencier sans un motif valable ou fondé sur les nécessités du fonctionnement de l'entreprise (article 4)
- Interdiction de licencier pour les motifs suivants : l'affiliation syndicale ; le fait d'exercer un mandat de représentation des travailleurs ; le fait d'avoir déposé une plainte contre un employeur ; la race, la couleur, le sexe, l'état matrimonial, les responsabilités familiales, la grossesse, la religion, l'opinion politique, l'ascendance nationale ou l'origine sociale ; l'absence du travail pendant le congé de maternité (article 5)
- Interdiction de licencier pour cause d'absence temporaire du travail en raison d'une maladie ou d'un accident (article 6)
- En cas de licenciement pour des motifs liés à sa conduite, l'employé a la possibilité de se défendre contre les allégations formulées (article 7)
- Droit de recourir devant un tribunal contre toute mesure de licenciement injustifiée, etc. (article 8)
- Droit à un préavis d'une durée raisonnable ou à une indemnité en tenant lieu, à moins que le travailleur ne se soit rendu coupable d'une faute grave (article 11)
- Indemnités de départ (article 12)
- Consultation avec les représentants des travailleurs en cas de licenciements pour des motifs de nature économique ou structurelle (article 13)

Convention (n° 175) sur le travail à temps partiel, 1994

- Ratifiée par seulement 18 pays, dont 10 ont ratifié la C149 (Belgique, Fédération de Russie, Finlande, Guatemala, Guyana, Italie, Luxembourg, Portugal, Slovénie, Suède)

- Des modalités de travail flexibles pour promouvoir l'égalité de genre et permettre aux travailleurs de concilier leurs responsabilités professionnelles et familiales
- Principe de l'égalité de traitement des travailleurs à temps partiel et à temps plein en ce qui concerne
 - Le droit d'organisation, la SST et la discrimination dans l'emploi et la profession (article 4)
 - La rémunération (article 5)
 - Les conditions (article 6)
 - Les droits – maternité, cessation d'emploi, congé annuel, congé de maladie (article 7)
- Les travailleurs à temps partiel dont la durée du travail est inférieure à des seuils déterminés pourront être exclus du champ d'application de l'une quelconque des mesures ci-dessus – exige la consultation des organisations représentatives (article 8)
- Faciliter l'accès au travail à temps partiel, en supprimant les dispositions de la législation susceptibles de l'empêcher ou de le décourager, en l'incluant dans les services de placement, en accordant une attention particulière aux besoins et aux préférences de groupes spécifiques de travailleurs (article 9)
- Garantir le caractère volontaire du transfert d'un travail à plein temps à un travail à temps partiel, ou vice versa

Convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982

- Ratifiée par seulement 4 pays, dont le Kirghizstan, les Philippines et la Suède qui ont ratifié la C149
- Révise la convention sur la conservation des droits à pension des migrants, 1935
- Dispositions relatives à la conservation ou au transfert des droits des travailleurs migrants en matière de sécurité sociale ainsi que de leurs prestations et droits à pension

Convention (n° 156) sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales, 1981

- Ratifiée par 45 pays, dont 18 ont également ratifié la C149 (Azerbaïdjan, Belgique, Équateur, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Guatemala, Guinée, Lituanie, Norvège, Portugal, Salvador, Slovaquie, Suède, Ukraine, Uruguay, Venezuela)
- Vise à permettre l'emploi des personnes ayant des responsabilités familiales, sans qu'elles fassent l'objet de discrimination et sans conflit entre leurs responsabilités professionnelles et familiales (article 3)
- Tenir compte des responsabilités familiales des travailleurs dans la planification, y compris dans le développement des services communautaires tels que des services et installations de soins aux enfants et d'aide à la famille (article 5)
- Orientation et formation professionnelles pour permettre aux travailleurs de continuer à faire partie de la population active et de reprendre un emploi après une absence due à ces responsabilités (article 7)
- Les responsabilités familiales ne peuvent constituer un motif valable pour mettre fin à la relation de travail (article 8)

Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000

- Ratifiée par 39 pays, dont seulement 8 ont aussi ratifié la C149 (Azerbaïdjan, Bélarus, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Portugal, Slovénie)
- La convention s'applique à toutes les femmes employées, y compris les femmes qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail, bien que les États puissent exclure certaines catégories de travailleuses (article 2)
- Dispositions relatives à la protection des femmes enceintes (article 3)
- Dispositions relatives au congé de maternité – période minimale de 14 semaines et période de congé obligatoire de six semaines après l'accouchement (article 4)
- Prestations en espèces d'au moins deux tiers du gain antérieur de la femme (article 6)
- Il est interdit à l'employeur de licencier une femme pour cause de grossesse ou d'absence en congé ; la femme doit être assurée de reprendre son travail au même poste ou à un poste équivalent rémunéré au même taux (article 8)
- Droit à des pauses ou à une réduction journalière de la durée du travail pour allaiter l'enfant (article 10)

Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981

- Ratifiée par 69 pays, dont 20 ont également ratifié la C149 (Bélarus, Belgique, Danemark, Fédération de Russie, Fidji, Finlande, Guyana, Lettonie, Malawi, Norvège, Portugal, Salvador, Seychelles, Slovénie, Suède, Tadjikistan, Ukraine, Uruguay, Venezuela, Zambie)
- L'objectif est de réduire au minimum les accidents et les atteintes à la santé qui résultent du travail, sont liés au travail ou surviennent au cours du travail (article 4)
- Système d'inspection (article 9)
- « Un travailleur qui s'est retiré d'une situation de travail dont il avait un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un péril imminent et grave pour sa vie ou sa santé devra être protégé contre des conséquences injustifiées, conformément aux conditions et à la pratique nationales. » (article 13)
- Responsabilités de l'employeur quant à la sécurité des lieux de travail (article 16)
- Les mesures de sécurité et d'hygiène du travail ne doivent entraîner aucune dépense pour les travailleurs (article 21)

Protocole de 2002 relatif à la convention sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981

- Ratifié par 14 pays, dont six ont également ratifié la C149 (Fidji, Finlande, Luxembourg, Portugal, Salvador, Suède)
- Établir des procédures d'enregistrement et de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui feront l'objet d'un réexamen périodique en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs (articles 2 à 5)
- Recueillir des statistiques nationales (articles 6 et 7)

Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006

- Ratifiée par 49 pays, dont 13 ont également ratifié la C149 (Belgique, Danemark, Fédération de Russie, Finlande, France, Guinée, Iraq, Malawi, Philippines, Portugal, Slovénie, Suède, Zambie)
- Promotion de l'amélioration continue de la sécurité et de la santé au travail (article 2)
- Nécessité d'élaborer une politique nationale (article 3)
- Le système national doit inclure : la législation, les accords collectifs et tout autre instrument pertinent en matière de sécurité et de santé au travail ; une autorité responsable aux fins de la sécurité et de la santé au travail ; des mécanismes d'inspection ; des mesures pour promouvoir, au niveau de l'établissement, la coopération entre la direction, les travailleurs et leurs représentants, en tant qu'élément essentiel de prévention en milieu de travail ; un organe tripartite consultatif ; des services d'information ; l'offre d'une formation en matière de sécurité et de santé au travail ; la recherche en matière de sécurité et de santé au travail ; un mécanisme de collecte et d'analyse des données sur les lésions et maladies professionnelles ; des dispositions en vue d'une collaboration avec les régimes d'assurance ou de sécurité sociale ; des mécanismes de soutien pour l'amélioration progressive des conditions de sécurité et de santé au travail dans les micro-entreprises, les petites et moyennes entreprises et l'économie informelle (article 4)
- Des programmes nationaux de sécurité et de santé au travail à élaborer, mettre en œuvre, contrôler et évaluer en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives (article 5)

Recommandation (n° 194) sur la liste des maladies professionnelles, 2002

- La recommandation appelle les autorités compétentes à établir une « liste nationale des maladies professionnelles aux fins de prévention, d'enregistrement, de déclaration et, le cas échéant, de réparation »
- La liste des maladies professionnelles annexée à la recommandation devrait être périodiquement réexaminée
 - ➔ *Note : cette liste a été révisée pour la dernière fois en 2010 et devrait l'être prochainement afin d'inclure la maladie à coronavirus (COVID-19)*

Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985

- Ratifiée par seulement 33 pays, mais 10 de ces pays ont également ratifié la C149 (Belgique, Suède, Finlande, Guatemala, Luxembourg, Pologne, Seychelles, Slovénie, Suède, Uruguay)
- Établit une politique nationale cohérente sur les services de santé au travail en consultation avec les représentants (article 2)
- Les services de santé au travail doivent être proposés à tous les travailleurs (article 3)
- Décrit en détail les fonctions des services de santé au travail, y compris l'évaluation des risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail, la surveillance des facteurs de risque dans le milieu de travail, les conseils sur la planification et l'organisation du travail, les programmes d'amélioration des pratiques, l'essai et l'évaluation de nouveaux équipements, les conseils en matière d'EPI, la surveillance de la santé des travailleurs en relation avec le travail, les mesures de réadaptation professionnelle, les premiers secours et les soins d'urgence, etc. (article 5)

- L'intégration avec les autres services concernés (article 9)
- L'indépendance professionnelle complète du personnel qui fournit des services en matière de santé au travail à l'égard des employeurs et des syndicats (article 10)

Convention (n° 190) sur la violence et le harcèlement, 2019

- Pas encore en vigueur, ratifiée par seulement trois pays jusqu'à présent, dont Fidji et l'Uruguay qui ont ratifié la C149
- En consultation avec les représentants des employeurs et des travailleurs, adopter une approche inclusive, intégrée et tenant compte des considérations de genre afin de prévenir et éliminer la violence et le harcèlement sur le lieu de travail, y compris émanant de tiers (article 4)
- Les mesures de protection s'appliquent uniquement à la violence et au harcèlement dans le monde du travail. Bien que la convention mette particulièrement en avant la protection contre la violence fondée sur le genre et la sensibilité des personnes appartenant à des groupes vulnérables (article 6) et qu'elle appelle à reconnaître les effets de la violence domestique (article 10.g), elle ne couvre pas les faits survenant en dehors du lieu de travail (en prévoyant par ex. un congé pour violence domestique)
- La recommandation qui l'accompagne (R206) demande aux employeurs de mettre en œuvre des mesures visant à soutenir les survivants de la violence domestique au travers de dispositions prévoyant un congé, des modalités de travail flexibles et une protection contre le licenciement ; toutefois, elle n'évoque à aucun moment un congé payé (paragraphe 18)
- Note : selon l'OMS, 37 pour cent à peine des pays ont mis en place des mesures de lutte contre la violence à l'encontre du personnel infirmier sur le lieu de travail