



Mai 2024

Dispositions d'exécution concernant la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et entrée en vigueur définitive de la loi fédérale sur les professions de la santé (mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers)

Rapport sur les résultats de la consultation

Table des matières

1	Contexte	3
2	Procédure de consultation et principes d'évaluation	3
2.1	Procédure de consultation.....	3
2.2	Principes d'évaluation	4
3	Avis généraux	4
3.1	Avis généraux sur l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.....	5
3.2	Remarques générales sur la modification de l'ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr)	7
3.3	Remarques générales sur la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)	7
3.4	Remarques générales sur l'ordonnance sur les aides financières visant à promouvoir l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base (OESMB).....	10
3.5	Remarques générales sur l'ordonnance portant dernière mise en vigueur partielle de la loi fédérale sur les professions de la santé	13
4	Prises de position concernant les différentes dispositions	13
4.1	Ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers	13
4.2	Ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr).....	35
4.3	Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)	35
4.4	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).....	38
4.5	Ordonnance sur les aides financières visant à promouvoir l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base (OESMB).....	59
4.6	Ordonnance sur l'entrée en vigueur définitive de la loi fédérale sur les professions de la santé.....	63
5	Consultation	63
6	Annexes	64
6.1	Listes des destinataires et participants à la procédure de consultation.....	64

1 Contexte

Le 28 novembre 2021, l'initiative populaire « Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers) » a été acceptée par le peuple et les cantons¹. En conséquence, le nouvel art. 117b et les dispositions transitoires s'y rapportant ont été inscrits dans la Constitution.

Afin d'accélérer la mise en œuvre de l'art. 117b Cst., le Conseil fédéral a décidé, le 12 janvier 2022, de reprendre la contre-proposition adoptée de manière indirecte par l'Assemblée fédérale le 19 mars 2021 (iv. pa. 19.401)². Le projet de loi comprend une offensive en matière de formation (promotion de la formation dans le domaine des soins infirmiers par le biais de contributions des cantons et de la Confédération), la possibilité pour le personnel infirmier de facturer certaines prestations directement à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ainsi que différentes modifications du code de procédure pénale³, de la procédure pénale militaire⁴ et de la loi sur la formation professionnelle⁵. Dans l'ensemble, la Confédération est en mesure de soutenir les dépenses cantonales en matière de formation dans le domaine des soins infirmiers jusqu'à concurrence de 469 millions de francs pendant huit ans. Afin d'accroître le nombre de diplômés dans les hautes écoles spécialisées (HES) cantonales, l'arrêté fédéral sur les aides financières visant à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers dans les hautes écoles spécialisées cantonales⁶ a été adopté. En outre, la Confédération devrait soutenir financièrement des projets qui concourent à l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base (ESMB) et, en particulier, l'interprofessionnalité. Le Parlement a adopté le projet de loi et les arrêtés fédéraux correspondant le 16 décembre 2022⁷.

Le présent projet mis en consultation comprend les dispositions d'exécution relatives à l'offensive en matière de formation, la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)⁸ et de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)⁹, la modification de l'ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr)¹⁰ ainsi que l'ordonnance sur les aides financières visant à promouvoir l'ESMB. Les bases légales relatives à l'octroi de ces aides financières dans la loi sur les professions de la santé (LPSan)¹¹ et la loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd)¹² devraient également entrer en vigueur. Le projet dans son ensemble devrait entrer en vigueur le 1^{er} juillet 2024.

2 Procédure de consultation et principes d'évaluation

Le 23 août 2023, le Conseil fédéral a ouvert la consultation sur les dispositions d'exécution concernant la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans les soins infirmiers et sur l'entrée en vigueur définitive de la loi fédérale sur les professions de la santé (mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers). Cette consultation s'est déroulée jusqu'au 23 novembre 2023.

2.1 Procédure de consultation

Ont été invités à prendre part à la procédure de consultation les gouvernements des 26 cantons, les Conférences des gouvernements cantonaux, 11 partis politiques, 3 associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui

¹ FF 2022 894

² Disponible sous : www.parlement.ch > Travail parlementaire > Recherche Curia Vista > 19.401

³ RS 312.0

⁴ RS 322.1

⁵ RS 412.10

⁶ FF 2022 1501

⁷ Disponible sous : www.parlement.ch > Travail parlementaire > Recherche Curia Vista > 22.040 > Informations complémentaires > Texte pour le vote final

⁸ RS 832.102

⁹ RS 832.112.31

¹⁰ RS 412.101

¹¹ RS 811.21

¹² RS 811.11

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

œuvrent au niveau national, 8 associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national ainsi que 67 autres organisations.

Parmi les destinataires contactés, les 26 cantons, la CDS, la CDIP, 6 partis politiques (UDC, PS, PLR, les VERT-E-S, Le Centre et PEV), 3 associations faïtières de l'économie (USS, Union patronale suisse, Travail.Suisse) et 22 organisations (notamment des institutions de formation, des organisations professionnelles et des associations de fournisseurs de prestations) ont communiqué une prise de position.

Par ailleurs, 37 autres organisations et institutions, en particulier des organisations professionnelles et des institutions de formation cantonales, ont émis un avis sur le fond.

Au total, 96 prises de position ont été remises.

Catégorie	Nombre total d'invitations	Réponses sur invitation	Réponses spontanées	Total des réponses
Cantons/CdC/CDS/CDIP	29	28	-	28
Partis politiques représentés au sein de l'Assemblée fédérale	11	6	-	6
Associations faïtières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national	3	-	-	-
Associations faïtières de l'économie qui œuvrent au niveau national	8	3	-	3
Autres organisations invitées	67	22	-	22
Organisations et particuliers non sollicités	-	-	37	37
Total	118	59	37	96

Tableau 1 : aperçu des réponses reçues

2.2 Principes d'évaluation

Le présent rapport correspond à un résumé des résultats de la procédure de consultation. Dans l'optique de fournir une vue d'ensemble aussi complète que possible, les nombreuses et diverses prises de position sont résumées dans le présent rapport et classées suivant les différentes ordonnances et dispositions du projet au chap. 4. Il est possible de consulter les prises de position originales (cf. chap. 5 du présent rapport) pour obtenir davantage de précisions. Seuls les avis spécifiques sont présentés ici, c'est-à-dire les prises de position critiques ou défavorables ainsi que les propositions de compléments ou de modifications relatives aux différentes dispositions d'ordonnance. Les prises de position qui approuvent explicitement une ordonnance ou un article en particulier ne sont pas exposées.

Diverses demandes visant à adapter, compléter et préciser le rapport explicatif ont été déposées. Elles ne sont pas présentées dans le présent rapport, mais les avis détaillés peuvent être consultés (cf. chap. 5 du présent rapport).

3 Avis généraux

Fondamentalement, les objectifs de la première étape de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers ont bien été accueillis par la grande majorité des participants à la consultation, y compris par les cantons responsables de la mise en œuvre et par les partis politiques. Les propositions concrètes ont naturellement suscité des réserves et des propositions de modification, qui sont exposées dans ce rapport.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

CDS et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, UR, VD, ZG* et *ZH* relèvent que les cantons ne ménagent aucun effort pour créer les bases légales nécessaires pour mettre en œuvre de la loi fédérale du 16 décembre 2022 relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.

Ils évoquent à cet égard les défis auxquels ils sont confrontés en raison de l'absence de dispositions d'exécution de la Confédération (ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers) et des changements apportés à certaines conditions-cadres (p. ex. l'aide relative aux places de stage, la diminution progressive des contributions fédérales ou le moment à partir duquel les mesures cantonales font l'objet d'un soutien). L'adoption rapide des dispositions d'ordonnance et la clarification de la situation juridique jouent, par conséquent, un rôle décisif dans le rythme de mise en œuvre. Les cantons demandent, en outre, des procédures aussi souples que possible afin de pouvoir limiter la charge administrative.

Par ailleurs, *CDS* et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SZ, TG, TI, UR, VD* et *ZG* font remarquer qu'une concrétisation réussie et efficace de l'offensive en matière de formation dépend notamment du traitement des demandes par la Confédération, qui doit rester aussi simple et pratique que possible. Ils attendent donc de la Confédération qu'elle intègre rapidement les besoins des cantons dans l'organisation de cette procédure et leur fournisse suffisamment tôt les formulaires de demande et les directives correspondantes.

3.1 Avis généraux sur l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers

L'offensive en matière de formation est majoritairement approuvée par les participants à la consultation ; leurs retours concernent des points tels que l'organisation concrète des procédures d'obtention et de répartition des contributions fédérales.

D'après *CDS* (et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* et *ZH*), les cantons sont conscients du rôle central qu'ils jouent dans l'offensive en matière de formation et savent que seul un effort financier commun de la Confédération et des cantons peut permettre d'atteindre les objectifs de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Par conséquent, les cantons ne réduiront en aucun cas les contributions financières octroyées jusqu'à présent pour cette formation. Ils sont donc surpris que le Conseil fédéral demande aux cantons d'expliquer, dans le cadre de la consultation, comment ils comptent utiliser les contributions fédérales pour soutenir l'offensive en la matière. Il s'agit là d'une procédure inhabituelle dans le cadre d'une consultation. De plus, *CDS, CDIP* ainsi que *AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* et *ZH* s'étonnent que la Confédération insinue que les cantons ne prennent pas au sérieux l'offensive et menace d'étudier « d'autres réglementations pour renforcer l'effet de l'encouragement » si les cantons ne prennent pas d'autres mesures avec les contributions fédérales.

CDS, CDIP ainsi que *AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* et *ZH* soulignent que, pour établir le budget de leurs moyens financiers, les cantons ont besoin d'une prévisibilité aussi élevée que possible des contributions fédérales. À cet égard, ils saluent vivement le calcul du montant maximal auquel a droit chaque canton pour augmenter le nombre de diplômes dans les écoles supérieures (ES) sur l'ensemble de la période d'encouragement comme mentionné à l'art. 10 de l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Cependant, ils ne comprennent pas les différences dans la même loi concernant le calcul des contributions et les procédures de demande entre les domaines d'encouragement relatifs à la formation pratique et aux aides à la formation d'une part, et l'encouragement à augmenter le nombre de diplômes dans les ES d'autre part. Les cantons souhaitent que la Confédération harmonise les procédures, calcule le montant maximal total revenant à chaque canton dans le cadre de la loi relative à

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et le communique en temps utile.

Plusieurs cantons soulignent dans leur prise de position l'importance d'une certaine coordination entre eux pour éviter une concurrence trop forte et le débauchage réciproque des personnes en formation.

AR relève que les demandes de contributions fédérales exigent, pour les petits cantons, des ressources humaines proportionnellement importantes et d'un surcroît de travail qui, non indemnisé de manière adéquate par la Confédération, constitue une charge supplémentaire.

GE regrette que la Confédération ne prenne pas en considération les efforts fournis jusqu'à présent par les cantons pour augmenter l'effectif de personnel infirmier. Le canton aurait préféré que les mesures cantonales prises avant l'entrée en vigueur de la loi soient indemnisées par la Confédération, du moins en partie.

En outre, *GE* demande que le chap. 3 (Contributions fédérales aux cantons pour l'augmentation du nombre de diplômes en soins infirmiers dans les écoles supérieures) de l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers ne concerne pas uniquement la formation dans les ES, mais aussi dans les HES.

JU précise qu'il soutient déjà les institutions de formation par le biais d'importantes contributions et qu'il continuera à le faire. Cependant, il compte sur le soutien apporté par les contributions fédérales. Il insiste, en particulier, pour que la liste des priorités soit communiquée rapidement. Les critères pour une répartition régionale adéquate doivent garantir que les cantons peuvent compter sur des contributions fédérales à hauteur de 50 %.

SG propose qu'une surveillance des effets de toutes les mesures d'encouragement soit mise en place. Il regrette l'absence de dispositions concrètes à ce sujet dans les documents soumis à consultation.

VD souligne que la formation de la relève académique au niveau du master et du doctorat est nécessaire pour pouvoir former des professionnels de la santé et du personnel infirmier au niveau des HES. Le canton déplore donc que la 1^{re} étape ne prévoie aucune mesure à ce sujet et espère que ce renforcement fera partie de la 2^e étape.

ZG, quant à lui, demande que les contributions fédérales fassent l'objet d'une clé de répartition qui tienne compte du nombre d'habitants et du besoin en personnel formé au niveau tertiaire, conformément aux planifications cantonales des besoins.

PEV, *PLR*, *PS* et *UDC* approuvent de larges pans du projet.

PEV salue explicitement la volonté d'améliorer la qualité de la formation pratique. Outre l'augmentation des capacités, l'objectif est aussi de réduire le taux d'abandon observé dans la formation et dans lequel la qualité de la formation pratique joue un rôle central. La procédure d'obtention des aides à la formation doit être aussi simple que possible. En outre, *PEV* estime qu'il serait pertinent de soutenir les institutions qui proposent déjà des places de formation de qualité. Cela pourrait inciter davantage les institutions qui forment aujourd'hui déjà le plus d'infirmiers à développer encore leurs capacités.

VERT-E-S ne sont qu'en partie favorables au projet d'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Ainsi, ils demandent que les aides à la formation visées à l'art. 7, al. 1, de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers soient accordées pour toute la durée de la formation. En outre, ils recommandent que la mise en œuvre de l'offensive en matière de formation dans les cantons ne soit pas liée à des limites d'âge arbitraires.

PS se rallie à la prise de position de *SBK* sur les détails du projet.

UDC souligne que les contributions fédérales doivent principalement être utilisées pour enrayer la pénurie de personnel qualifié, mais que l'indépendance des cantons doit être préservée. Elle juge, en outre, indispensable d'améliorer l'attractivité de la formation

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

professionnelle continue pour le personnel infirmier et d'améliorer l'efficacité de la collaboration entre les professions de la santé.

Pour de nombreux participants à la consultation, la procédure permettant aux cantons d'obtenir des fonds pour la formation pratique dans les institutions, des aides à la formation pour les étudiants et des subventions pour les HES est trop compliquée. Ils souhaitent donc que la procédure reste simple, afin d'éviter de décourager les cantons et les institutions de demander des subventions. Ces préoccupations ont été émises par *ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, BSH, BüAeV, Curacasa, FMH, H+, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, Senesuisse, SHV, SIGA, SNL, SNS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia, VPF, VSAO et ZHAW.*

ARTISET, H+, OdASanté, USS et *Unia* demandent que des incitations soient également créées pour les institutions qui forment déjà du personnel infirmier afin que ces dernières augmentent encore leurs capacités ou fassent baisser le taux d'abandon pendant les formations.

3.2 Remarques générales sur la modification de l'ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr)

La modification de l'OFPr est largement approuvée dans le cadre de la consultation ; seuls *AI* et *IMAD* rejettent la proposition. Les participants ont salué, en particulier, le transfert à la Croix-Rouge suisse de la procédure de reconnaissance des diplômes cantonaux et intercantonaux relevant de l'ancien droit dans le domaine de la formation professionnelle dans les professions de la santé.

3.3 Remarques générales sur la modification de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

Dans leur majorité, les participants à la consultation, y compris les cantons et les partis qui se sont exprimés à ce sujet, ont accueilli de manière critique les propositions de modifications de l'OAMal et de l'OPAS.

CDS (ralliée par *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, VS, ZG et ZH*) approuve dans l'ensemble les modifications proposées, mais demande plusieurs précisions et compléments. D'une part, elle estime nécessaire de préciser que le personnel infirmier et les organisations d'aide et de soins à domicile (OSAD) ne pourront, à l'avenir, être admis que sur la base de l'art. 35, al. 2, let. d^{bis}, LAMal (et non plus sur la base de l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal). D'autre part, elle juge indispensable l'ancrage d'une disposition transitoire au niveau de l'OAMal pour clarifier les droits acquis par le personnel infirmier et les OSAD admis jusqu'à présent en vertu de l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal et en établir précisément l'étendue.

GE considère que les restrictions prévues par l'ordonnance allant à l'encontre de la délégation d'acte doivent être supprimées. En effet, les dispositions prévues par les ordonnances selon lesquelles seul le personnel infirmier peut prodiguer des actes sans prescription ou mandat médical vont à l'encontre du principe de délégation développé par le canton. De plus, il faut renoncer aux dispositions proposées relatives à la prescription infirmière qui sont défavorables aux OSAD. La question du lien entre l'autorisation d'exploiter une OSAD (pendant la phase transitoire et après l'entrée en vigueur de la loi) et l'obligation de formation est floue et mérite d'être clarifiée. La marge de manœuvre cantonale en matière d'autorisation d'exploiter une OSAD qui ne souhaite pas former de personnel nécessite notamment d'être précisée. *GE* se demande si les cantons seront en droit de refuser une autorisation d'exploiter à une OSAD qui propose de former des étudiants et, par conséquent, de ne pas lui accorder de mandat.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

TG souhaite un remaniement fondamental des dispositions de l'OAMal et de l'OPAS et souligne le risque de hausse des coûts. En effet, les prestations de soins, du moins celles ne reposant pas sur une prescription médicale, doivent être fournies par un personnel infirmier plus qualifié que ce qui est prévu par les dispositions des contrats administratifs conclus avec les assureurs maladie. Il faut absolument éviter la frustration qui en découle chez le personnel infirmier concerné.

TI estime que les modifications de l'OAMal méritent d'être clarifiées. Il demande notamment une disposition transitoire qui clarifie les droits déjà acquis et définit leur extension au personnel infirmier ainsi qu'aux OSAD et aux établissements médico-sociaux (EMS) actuellement admis selon la LAMal et qui ne sont donc pas des fournisseurs de prestations indépendants, mais des personnes ou organisations fournissant des prestations de soins sur prescription médicale. En outre, il souhaite, en lien avec l'art. 51, al. 1, let. a^{bis}, LAMal, que les exigences relatives au mandat de prestations cantonal visé à l'art. 36a, al. 3, LAMal soient clarifiées.

À l'heure actuelle, les cantons ont déjà la possibilité de limiter le nombre maximal de médecins en s'appuyant sur l'art. 55a LAMal. Cependant, la mise en œuvre de cette réglementation est complexe et délicate. Par analogie, l'art. 55b LAMal permet, désormais, aux cantons de suspendre, à certaines conditions, l'octroi de nouvelles autorisations au personnel infirmier ou aux organisations qui facturent directement à l'AOS. *TI* considère qu'il est indispensable que les détails soient inscrits dans les dispositions d'exécution pour ce nouvel instrument également.

VD soutient les dispositions en faveur d'une plus grande autonomie pour le personnel infirmier, donnée par la possibilité de facturer certaines prestations directement à la charge de l'AOS. Il rappelle que les contrôles auxquels doivent procéder les cantons pour éviter une augmentation injustifiée des coûts nécessitent des ressources financières et en personnel supplémentaires, surtout les premières années. La modification proposée constitue donc un changement important pour le canton, qui pourrait notamment devoir mettre en place une forme de planification des institutions de soins (OSAD, AVASAD, personnel infirmier indépendant). En outre, *VD* est d'avis que les OSAD doivent disposer d'un mandat de prestations si elles souhaitent être admises. À cette fin, le projet de modification de l'OAMal doit contenir une norme minimale sur les prestations de formation requises. Cet aspect a d'ailleurs été expressément mentionné par le législateur dans les nouveaux articles de la LAMal.

PLR a certes conscience de l'utilité d'étendre les compétences par le biais de la facturation directe à la charge de l'AOS sans prescription médicale, qui pourrait améliorer l'attractivité du métier et contribuer à le revaloriser, mais il craint une hausse des coûts et donc des primes d'assurance-maladie. Le parti demande donc qu'un mécanisme de contrôle efficient et une surveillance étroite des coûts accompagnent la mise en œuvre.

UDC approuve également le projet dans son ensemble, mais demande que la possibilité nouvellement créée pour le personnel infirmier de facturer des prestations à la charge de l'AOS sans prescription médicale soit suivie d'un œil critique. Le risque d'abus est considérable et doit être endigué dès le départ. Le mécanisme de contrôle prévu pour éviter une hausse injustifiée des coûts de la santé doit impérativement être mis en place, tout comme l'évaluation prévue doit impérativement être réalisée par le Conseil fédéral.

BüAeV et *BEKAG* approuvent les dispositions autorisant le personnel infirmier à procéder à l'évaluation des soins requis pour les mesures de soins de base sans collaborer avec un médecin. Le personnel infirmier doit pouvoir fournir certaines prestations de soins sans prescription ou mandat d'un médecin et, en fin de compte, être responsable de ses actes, notamment dans le cadre des soins de base. *BüAeV* et *BEKAG* rejettent cependant l'extension des compétences concernant les soins psychiatriques de base. Ceux-ci comportant ces composantes diagnostiques et thérapeutiques, l'évaluation des soins requis correspondante exige la collaboration du personnel infirmier avec le médecin traitant. La prescription ou le mandat médical doit, donc, pouvoir préciser si les mesures de soins de

base ou de soins psychiatriques de base sont prescrites ou mandatées. L'échange d'informations entre les fournisseurs de prestations qui traitent le même patient est indispensable pour renforcer la sécurité des patients et améliorer la qualité des soins. Dans ce contexte, l'ensemble de l'équipe soignante, c'est-à-dire tant le corps médical que le personnel infirmier, doit être au courant des prestations thérapeutiques et de soins fournies. À cet effet, les compétences doivent être clairement réglementées, attribuées et délimitées entre le corps médical et le personnel infirmier. Toute prestation de coordination doit être indemnisée de manière adéquate et appropriée pour toutes les parties concernées.

Groupe Mutuel approuve les conditions que le personnel infirmier doit respecter pour pouvoir facturer les prestations directement à la charge de l'AOS. Toutefois, il juge que les mesures de maîtrise des coûts généralement faibles et demande quelques compléments. Il propose ainsi de déterminer les besoins en personnel infirmier selon une méthode uniformisée à l'échelle nationale. Les cantons seraient, ainsi, en mesure d'adapter le nombre d'admissions à octroyer par l'AOS aux besoins avérés. En outre, cette mesure permettrait d'optimiser la répartition des fournisseurs de prestations, de réduire le risque d'une répartition géographique inégale et d'éviter une offre excédentaire qui ferait augmenter les coûts de l'AOS. À des fins de mise en œuvre du mécanisme de surveillance des coûts par les associations concernées, la facture devrait mentionner si le personnel infirmier agit sur la base d'une prescription, d'un mandat médical ou de son propre chef, via une position *ad hoc*. En cas de prestations de soins fournies deux fois, une fois sur la base d'une prescription médicale et une fois sans prescription médicale, *Groupe Mutuel* estime qu'un ordre de priorité doit être prévu dans l'ordonnance : les prestations basées sur une prescription médicale doivent primer. En outre, il propose que le choix du personnel infirmier ou de l'organisation de soins puisse être limité par de nouvelles formes d'assurance. Dans les cabinets médicaux qui emploient du personnel infirmier, *Groupe Mutuel* suggère que le personnel infirmier puisse effectuer des actes très simples (p. ex. soigner une coupure) et que ces derniers soient facturés à un tarif moins élevé que si le médecin traitait le cas.

L'art. 36, al. 3, LAMal prévoit que les organisations qui emploient du personnel infirmier disposent d'un mandat de prestations délivré par le canton. L'art. 13, al. 3, de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers limite, toutefois, cette obligation à une période de huit ans. *Groupe Mutuel* s'interroge sur l'intérêt de limiter ainsi dans le temps le système de mandats cantonaux et la réglementation valable à partir de la neuvième année.

mfe et *PIP* saluent le projet et la possibilité de facturer directement à l'AOS certaines prestations de soins que le personnel infirmier peut dispenser sous sa propre responsabilité. Conformément à l'approche interprofessionnelle, les professionnels de la santé doivent pouvoir travailler de manière indépendante, c'est-à-dire sans prescription médicale et sous leur propre responsabilité, dans leur domaine de compétences. Les compétences et les limites doivent être clairement définies.

Cette nouvelle compétence donnée au personnel infirmier contribue à une répartition plus efficiente des ressources et permet également de décharger les médecins de famille et les pédiatres de certaines tâches de soins et de coordination, leur permettant ainsi de se focaliser sur leurs compétences spécifiques. Dans ce contexte, *mfe* ne comprend pas que l'évaluation des soins requis réalisée sous la propre responsabilité du personnel infirmier soit renouvelable une seule fois après les neuf premiers mois. Cela signifie qu'après 18 mois au plus, le médecin traitant devra être consulté et, si des soins doivent être poursuivis, une prescription ou un mandat médical sera nécessaire également pour les prestations d'évaluation, de conseils, de coordination et de soins de base. Cette disposition va à l'encontre de l'approche interprofessionnelle selon laquelle chaque profession travaille de manière autonome dans son domaine de compétences. Selon cet article, le corps médical conserve la souveraineté sur le domaine des soins et l'autonomie n'est que superficielle.

mfe et *PIP* sont très critiques par rapport à la compétence qu'il est prévu de donner aux cantons pour limiter les autorisations délivrées au personnel infirmier et aux OSAD. Une

réglementation similaire existe pour le corps médical depuis peu, ce qui ne manque pas de soulever d'énormes difficultés. En effet, les méthodes de calcul pour définir le « taux de couverture » aboutissent à des résultats qui ne correspondent pas à la réalité du terrain, comme le montre par exemple la difficulté, extrême dans certaines régions, pour la population de trouver un médecin traitant. De plus, limiter le droit de facturer à la charge de l'AOS entraîne une baisse des vocations et de la motivation des étudiants et des jeunes professionnels de la santé à continuer d'étudier ou d'exercer, risquant d'aggraver la pénurie de personnel infirmier et la dépendance à l'étranger pour fournir des soins de base à la population.

Pharmasuisse demande au DFI de définir les prestations, en particulier celle de coordination. La coordination étant un élément essentiel du travail interprofessionnel, elle devrait être définie également pour les autres professionnels de la santé (personnel infirmier, pharmaciens, médecins, etc.), en particulier dans la perspective du développement de la collaboration interprofessionnelle, indispensable pour améliorer l'efficacité des soins. Le Conseil fédéral devrait réglementer la coordination entre les médecins traitants et le personnel infirmier ainsi que pour les autres professionnels de la santé qui participent à la prise en charge des patients, y compris pour les pharmaciens. À cet égard, il faudrait également prendre en considération la rémunération de l'ensemble du corps médical et des professionnels de la santé impliqués.

Santésuisse relève que les besoins en personnel infirmier et en OSAD doivent impérativement être déterminés sur la base d'une méthode uniforme à l'échelle nationale, de manière analogue au calcul du nombre maximal de médecins dans le domaine ambulatoire. Les cantons seraient, ainsi, en mesure d'adapter le nombre d'admissions à octroyer par l'AOS aux besoins avérés. Cela permettrait d'optimiser la répartition des fournisseurs de prestations, de réduire le risque d'une répartition géographique inégale et d'éviter une éventuelle offre excédentaire qui ferait augmenter les coûts de l'AOS.

SBK (ainsi que *SBK-BE*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Unia et ZHAW*), *ASPS*, *PBL*, *Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* demandent que le titre de la partie 1, titre 4, section 6, OAMal soit adapté, car il ne reflète pas le domaine autonome des soins infirmiers garanti par la Constitution (« Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et organisations qui les emploient »). Le personnel infirmier est composé de personnes qui ne fournissent pas uniquement leurs prestations sur prescription médicale ou en partie seulement.

SBK-BSBL attire également l'attention sur la nécessité d'adapter le titre du chap. 2 OPAS (« Prestations fournies sur prescription ou mandat médical »), car les modifications le rendent caduc.

USS rejette la mise en œuvre proposée du « domaine sous sa propre responsabilité », c'est-à-dire les prestations d'évaluation, de conseil, de coordination et de soins de base, qui peuvent dorénavant être facturées directement par le personnel infirmier. Le présent projet prévoit une série de conditions pour la mise en œuvre du « domaine sous sa propre responsabilité », qui sont presque prohibitives pour certaines, et reviennent à empêcher ce dernier de voir le jour. *USS* demande donc des corrections en la matière et l'adaptation des dispositions correspondantes dans l'OPAS.

3.4 Remarques générales sur l'ordonnance sur les aides financières visant à promouvoir l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base (OESMB)

La grande majorité des participants à la consultation approuvent l'OESMB, en soulignant l'importance de promouvoir l'interprofessionnalité.

CDS ainsi que *AG*, *BE*, *FR*, *NE*, *OW*, *SZ*, *TG*, *TI*, *UR*, *ZG* et *ZH* saluent la décision de la Confédération de mettre en œuvre la deuxième phase du programme de promotion « Interprofessionnalité » et d'encourager des projets concrets grâce à des aides

financières de la Confédération. Ils soutiennent expressément les objectifs en matière d'augmentation de l'efficacité et d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle, qui pourraient contribuer à réduire la pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé. Ils approuvent les dispositions de l'ordonnance sur les conditions et la procédure d'octroi d'aides financières par la Confédération. Ils considèrent comme particulièrement précieuses les conditions visées à l'art. 2 OESMB, qui imposent la transposition du projet à d'autres contextes ou régions. Cependant, ils demandent que les dispositions soient appliquées avec discernement et que la charge administrative liée au dépôt des demandes et à l'élaboration des rapports et de l'évaluation reste modérée.

VD approuve l'ordonnance et souligne l'importance de la collaboration interprofessionnelle. Le canton souligne également l'importance des projets destinés à promouvoir la pratique infirmière avancée (*advanced practice nurse*, APN) dans les soins de santé. De tels projets pourraient être introduits par les hautes écoles en collaboration avec les directions cantonales de la santé.

VD, BFH, FKG et VPF voient également dans cet instrument de promotion une possibilité de développer et d'étudier des modèles de soins novateurs intégrant de nouveaux rôles du personnel infirmier (p. ex. APN). Ils estiment que la procédure proposée est pertinente et applicable. Toutefois, ils se demandent si huit millions de francs pour quatre ans et une somme maximale de 400 000 francs par projet suffisent. Les projets régionaux et interprofessionnels ayant valeur de modèle requièrent des financements considérables et sont conçus pour le long terme. Par conséquent, la période d'encouragement limitée à huit ans est peut-être trop courte. VD et SNL font remarquer que ces nouveaux modèles de soins peuvent comporter une part de prestations non couvertes dans le contexte actuariel actuel. Les coûts seraient donc considérables.

Du point de vue d'UDC, il ne fait aucun doute, compte tenu de l'évolution démographique en Suisse, les besoins en personnel infirmier continueront d'augmenter. L'augmentation de l'efficacité et la promotion de la collaboration entre les professions de la santé sont, parallèlement à la formation de personnel infirmier supplémentaire, des éléments centraux pour combler la pénurie de personnel. Le but de la Confédération et des cantons doit être de fournir des prestations de santé de la manière la plus efficiente possible et ainsi de freiner, au moins, la hausse des primes d'assurance-maladie. Il faut éviter un gonflement injustifié du système de santé.

Selon ARTISET, les EMS manquent même de fond pour ne serait-ce que pour lancer des projets. La Confédération doit donc en mettre à disposition pour diffuser des projets ayant valeur de modèle et qui sont également adaptés pour ce domaine. En outre, ARTISET et *Innovation sociale* seraient également favorables à l'encouragement de projets visant une réduction de la charge administrative du personnel infirmier.

BEKAG et FMH saluent l'encouragement concret, via des aides financières de la Confédération, de projets qui ciblent notamment une augmentation de l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle. Elles jugent important que la charge liée au dépôt de demandes, à l'élaboration des rapports et à l'évaluation soit raisonnablement proportionnelle à la taille et aux ressources du projet concerné. FMH et BEKAG saluent les dispositions légales de la LPMéd et de la LPSan visant à encourager les projets de soutien à l'efficacité des soins médicaux de base, et en particulier les nouvelles approches novatrices pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. Elles estiment notamment essentiel de publier de manière transparente les critères de sélection des projets par le biais de l'OESMB. De leur point de vue, pour obtenir des « soins infirmiers suffisants et de qualité », il faudrait introduire un ratio entre le nombre d'infirmiers et le nombre de patients par domaine de soins afin de garantir la qualité et la sécurité. Une rémunération appropriée des prestations de soins pour garantir un salaire adapté est indispensable et a un impact direct sur la sécurité des patients et la qualité des soins. FMH et BEKAG estiment souhaitable que les prestations fournies dans le respect de la qualité, de l'efficacité et de l'économicité requises soient rémunérées de manière appropriée.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

BFH, FKG et *VPF* souhaiteraient vivement que le personnel infirmier soit davantage impliqué dans l'évaluation des projets et considèrent que les coûts d'une évaluation approfondie doivent être pris en charge par la Confédération. Il convient de mentionner explicitement ces éléments.

BSH, mfe, PIP, Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* recommandent que la mise en œuvre des aides financières ne soit pas aussi compliquée que celle de l'article relatif aux projets pilotes. Les expériences réalisées en lien avec cet article ont montré que les obstacles étaient trop élevés. Il faut à tout prix éviter de reproduire cette erreur.

IMAD, qui soutient le projet sans réserve, espère que la mise en œuvre sera simple et que les personnes intéressées seront soutenues pendant la procédure de demande, contrairement à la mise en œuvre de l'article relatif aux projets pilotes.

Innovation sociale estime que la collaboration interdisciplinaire devrait, en principe, dépasser le cadre des professions de la santé et être étendue aux métiers du travail social. Ces derniers collaborent, en réalité, déjà étroitement à l'heure actuelle et des systèmes de soins efficaces et novateurs ne peuvent fonctionner de manière fructueuse que sur la base d'une collaboration interdisciplinaire et transdisciplinaire renforcée et reconnue entre les groupes de professions de la santé et du travail social. Les idées en lien avec des projets qui bénéficient d'aides financières dans le cadre de l'OESMB mériteraient d'être partagées. À cette fin, l'OFSP devrait instaurer une plateforme de bonnes pratiques permettant le partage des idées et des résultats.

mfe et *PIP* se réjouissent que l'interprofessionnalité soit reconnue comme un aspect important de soins médicaux de base efficaces. Elles doutent que la contribution de 8 millions de francs sur quatre ans permette d'encourager durablement l'efficacité et l'interprofessionnalité dans les soins médicaux de base. À cet effet, un financement durable dépassant les structures actuelles est, selon elles, indispensable.

En ce qui concerne la liste des priorités, l'accent doit être placé sur d'autres éléments que les soins de longue durée. Il faudrait notamment se concentrer sur les domaines de soins qui souffrent d'une pénurie de personnel (médecine de famille, pédiatrie, psychiatrie) et sur les soins des patients atteints de maladies chroniques. En outre, tous les projets devraient viser à améliorer l'autogestion des patients.

Pharmasuisse approuve les aides financières destinées à promouvoir les soins médicaux de base, en particulier dans le but d'améliorer la collaboration interprofessionnelle entre les différentes professions de la santé. Elle estime toutefois qu'il ne faut pas mettre l'accent uniquement sur les soins (de longue durée). L'aggravation de la pénurie de personnel (qualifié) ne s'observe pas uniquement dans le domaine des soins infirmiers, mais aussi chez les pharmaciens ainsi que chez les assistants en pharmacie et les autres professionnels de cette branche. Elle mérite également d'être prise en considération. Diverses prestations fournies par les pharmaciens ont déjà permis d'améliorer la qualité des traitements, comme dans le cadre du projet myCare Start, qui vise à promouvoir l'adhésion au traitement chez les maladies chroniques, ou des cercles de qualité entre médecins et pharmaciens ainsi qu'entre médecins, personnel infirmier et pharmaciens (p. ex. le modèle fribourgeois d'assistance pharmaceutique dans les EMS).

Santésuisse regrette que la Confédération n'ait elle-même lancé aucun projet visant à améliorer l'efficacité des soins infirmiers. Elle estime important de soutenir des projets dans ce domaine. À son sens, une ligne directrice nationale et un cadre d'orientation à ce sujet font défaut.

Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* rejettent l'idée de limiter les aides financières à 50 % au plus des coûts imputables aux projets au motif qu'elle ne permet pas d'atteindre l'objectif visé. Elle empêche une mise en œuvre judicieuse et suppose que les fournisseurs de prestations se procurent les fonds requis auprès de bailleurs de fonds ou par d'autres moyens, du fait de l'impossibilité de financer de tels projets via les recettes ordinaires.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

3.5 Remarques générales sur l'ordonnance portant dernière mise en vigueur partielle de la loi fédérale sur les professions de la santé

Aucune remarque générale n'a été formulée sur l'ordonnance portant dernière mise en vigueur partielle de la loi fédérale sur les professions de la santé.

4 Prises de position concernant les différentes dispositions

4.1 Ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers

4.1.1 Art. 1

4.1.1.1 Art. 1, al. 1

VD rappelle l'importance de soutenir le Master universitaire en sciences infirmières en raison du rôle primordial de cette formation pour le système de santé.

4.1.1.2 Art. 1, al. 2

VD propose deux nouvelles formulations pour cet alinéa :

- « Les contributions fédérales sont limitées par les moyens financiers disponibles. »
- « Il n'existe pas de droit à des contributions fédérales, elles peuvent être limitées par les moyens financiers disponibles. »

La formulation prévue dans le projet suggère que la Confédération peut refuser d'allouer une contribution sans s'appuyer sur un critère donné, voire sans que les moyens financiers ne soient épuisés. VD estime qu'aucune contribution ne peut être refusée tant que la limite financière n'est pas atteinte.

4.1.2 Art. 2 Conditions préalables

CDS et avec elle CDIP ainsi que AG, AI, BE, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SZ, UR, VD, VS, ZG et ZH saluent le fait que la Confédération veuille allouer des contributions aux cantons pour toutes les dépenses destinées à promouvoir et à garantir des places de formation pratique, autrement dit qu'elle ne fasse pas de différence entre les places de stage existantes et les places supplémentaires ou nouvellement créées. Ce faisant, la Confédération reconnaît que l'offre de places de stage existantes s'accompagne aussi de coûts annuels récurrents et ne pénalise pas les cantons qui ont déjà largement épuisé le potentiel de formation dans les organisations. CDS souligne que, pour les cantons qui ont déjà pris des mesures supplémentaires pour promouvoir la formation dans le domaine des soins après l'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers, il est déterminant que la Confédération soutienne également ces mesures dès le 1^{er} juillet 2024, si elles relèvent de l'un des trois domaines de promotion de la loi fédérale.

BL demande une définition plus précise des notions de semaine de stage, de place de stage et de place de formation.

FR rappelle que les cantons partenaires de la HES-SO alimentent un fonds qui permet de verser des contributions aux organisations offrant des places de stage aux étudiants de la HES-SO. Les contributions cantonales étant donc payées indirectement, il faudrait clarifier si les contributions fédérales peuvent également être versées selon ce système.

4.1.2.1 Art. 2, al. 1

GE et HES-SO constatent que l'art. 2, al. 1, let. a et b, ne donne pas de précisions sur les moyens d'exécution de l'art. 5 de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.1.2.2 Art. 2, al. 1, let. a

Aucune remarque.

4.1.2.3 Art. 2, al. 1, let. b

BL, SO et *VD* saluent l'intention de la Confédération d'allouer également des contributions fédérales pour les dépenses cantonales destinées à promouvoir l'innovation et la qualité dans la formation pratique. Cependant, ils souhaitent des explications supplémentaires à ce sujet concernant les modalités de versement des contributions concernées.

ARTISET demande que le rôle des formateurs soit renforcé, par exemple grâce à une meilleure rétribution et davantage de temps à consacrer au suivi des étudiants. En outre, des formations continues ou d'autres formes d'accompagnement régulières devraient être possibles dans les situations de formation difficiles.

ASPS et *Spitex Schweiz* demandent que cet article englobe également l'indemnisation des prestations des formateurs.

Selon *IMAD*, ce n'est pas seulement la formation au sens strict qui doit être indemnisée, mais aussi différents aspects liés aux formateurs (p. ex. leur formation ou une compensation du temps consacré à la formation).

BFH et *VPF* saluent expressément l'objectif visant à améliorer, ou à renforcer, aussi bien la qualité de la formation pratique que la formation et le rôle des formateurs. Ces mesures d'encouragement devraient, toutefois, s'appliquer de manière équivalente à la formation pratique dans les ES et dans les HES (ainsi que, selon *VPF*, dans les universités) afin d'éviter tout déséquilibre entre les différentes formations.

OST souligne l'importance de faire baisser le taux d'abandon en cours de formation, la qualité de la formation pratique jouant un rôle central dans ce phénomène. Pour ce faire, l'implication des HES est essentielle, ce qui présuppose la mise à disposition d'une rémunération adéquate ou la détermination de la part de travail nécessaire.

PBL demande que le niveau de qualification des responsables de la formation professionnelle soit garanti sur l'ensemble du territoire et que les fonctions cliniques correspondantes soient financées ; de plus, la charge liée à la documentation dans le contexte des accompagnements pratiques doit être significativement allégée. Dans la pratique, une charge supplémentaire notable se profile pour les formateurs amenés à gérer les situations de crise psychique des étudiants. Celles-ci ont des conséquences négatives sur la capacité de travail et la résistance au stress et conduisent régulièrement à des abandons.

Selon *Senesuisse*, il est essentiel que les fonds soient mis à disposition pour garantir un nombre suffisant de formateurs et créer de bonnes conditions-cadres, ce qui devrait permettre de réduire le taux d'abandon en cours de formation.

Pour *SBK-BSBL*, il est difficile de savoir ce que l'on entend par l'amélioration de la qualité, notamment s'il s'agit d'augmenter le nombre d'étudiants ou d'améliorer la qualité des formations elles-mêmes.

4.1.2.4 Art. 2, al. 2

Pour *CDS, CDIP* ainsi que *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VS, ZG* et *ZH*, la réglementation en vertu de laquelle les semaines de stage dans les hôpitaux déjà rémunérées au sens de l'art. 49a LAMal ne doivent pas être indemnisées une nouvelle fois n'a pas sa place dans cette ordonnance. En effet, l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers ne réglemente pas la fixation des tarifs dans le domaine stationnaire.

Pour *GE*, le lien entre les articles de la LAMal (art. 49a et art. 49, al. 3) et le projet mériterait d'être clarifié. Il faut préciser ce qui est couvert ou non par le financement de la LAMal en

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

matière de frais de formation et ce que les cantons peuvent solliciter ou non comme contributions fédérales dans ce contexte.

JU demande de préciser ce que signifie « les hôpitaux doivent retrancher les contributions fédérales avant le calcul du tarif [...] ». Cette formulation n'est pas claire et prête à confusion. En effet, à la connaissance de *JU*, les hôpitaux ne touchent aucune contribution fédérale. Les contributions touchées par les hôpitaux dans le cadre de l'encouragement à la formation proviennent des cantons qui peuvent, de leur côté, bénéficier d'une contribution fédérale sur les montants versés. Il est nécessaire de clarifier le mécanisme voulu par le législateur, notamment lorsqu'il apparaît que les tarifs hospitaliers au sens des art. 49 et 49a LAMal ne couvrent pas les coûts des hôpitaux.

VD demande également deux explications : premièrement, il faudrait clarifier la terminologie pour la concordance avec l'art. 49 LAMal : en effet, s'agit-il de traitements « stationnaires » ou « hospitaliers » ? Deuxièmement, il conviendrait de clarifier le lien entre les art. 49, al. 3, et 49a LAMal et l'ordonnance, en particulier concernant ce que les cantons peuvent solliciter ou non comme contribution. *HES-SO* se joint à cette requête.

VS propose de compléter la première phrase comme suit : « [...] dans la mesure où les dépenses en question ont bien pu être prises en compte dans le calcul du tarif ».

SBK ainsi que *BFH*, *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNL*, *SNS*, *PS*, *SSPH+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Syna*, *Unia*, *VPF*, *VSAO* et *ZHAW* sont d'avis que des incitations pour les hôpitaux (qui sont déjà les premiers formateurs de personnel infirmier) doivent être créées afin que ces derniers augmentent encore leurs capacités, dans la mesure du possible, ou réduisent le taux d'abandon de la formation. Les hôpitaux ont nettement moins de possibilités de profiter de contributions supplémentaires en intensifiant les efforts consacrés à la formation et, par conséquent, sont moins incités à le faire. Il faudrait également proposer des solutions permettant aux hôpitaux de bénéficier de l'encouragement à la formation tout en évitant un double financement. Ces acteurs proposent donc que les coûts standards nets (qui datent de 2011) soient adaptés à la réalité actuelle et relevés (renchérissement, hausse des coûts salariaux et du prix de l'énergie). En outre, un nouvel article devrait disposer que les institutions peuvent solliciter, en plus des demandes d'encouragement de projets, un montant forfaitaire correspondant à la différence entre les coûts standards nets réévalués et ceux existants. *PBL* et *Senesuisse* sont également favorables à cette proposition.

SNL et *VPF* demandent, de plus, de ne pas désavantager les institutions qui disposent déjà d'une convention de formation et peuvent justifier des prestations de formation rémunérées au sens de la LAMal par rapport aux institutions qui n'en possèdent pas encore.

H+ juge également problématique que les normes relatives aux coûts recommandées par la CDS soient restées les mêmes depuis 2015. Les données à ce sujet datent de l'année 2012 et des années précédentes et ne constituent donc pas une base actualisée et fiable. En raison du renchérissement général, il faut partir du principe que les coûts actuels sont nettement plus élevés que les coûts standards nets et ne sont, par conséquent, pas couverts par les contributions normatives dans le cas des hôpitaux. *H+* demande donc que, dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, le financement des prestations de formation pratique des hôpitaux et la couverture actuellement insuffisante des coûts soient compensés par les contributions normalisées nettes et que les moyens supplémentaires nécessaires soient garantis. Ce serait admissible, car les prestations de formation ne sont pas des prestations médicales, de soins et thérapeutiques au sens strict. Elles doivent être utilisées au sens de l'art. 2, al. 1, et donner droit à des subventions. *H+* demande donc que l'art. 2, al. 2, soit adapté comme suit : « Ne sont considérées comme dépenses cantonales engagées pour des hôpitaux que les dépenses qui ne sont pas déjà compensées au sens de l'art. 49a de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal). Les hôpitaux doivent retrancher les contributions fédérales avant le calcul du tarif pour la rémunération du traitement stationnaire selon l'art. 49 LAMal. Les cantons définissent conjointement avec leurs fournisseurs de prestations les moyens financiers

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

supplémentaires nécessaires pour atteindre les objectifs de l'initiative sur les soins infirmiers fixés à l'art. 2, al. 1, let. a et b. Ces coûts peuvent être subventionnés à hauteur de 50 % par la Confédération en vertu de l'art. 1 de l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. » KOGS soutient cette proposition de modification.

OdASanté constate aussi une inégalité de traitement des hôpitaux. Ces derniers étant d'importants pourvoyeurs de places de formation, il y a lieu de les inciter, eux aussi, à proposer encore plus de places de formation. Les hôpitaux qui fournissent des prestations supplémentaires d'un point de vue quantitatif au sens de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers doivent également pouvoir les facturer en vertu de cette loi. Ces hôpitaux peuvent être identifiés sur la base des obligations de formation.

4.1.3 Art. 3 Détermination

TI demande l'introduction d'un nouvel art. 1^{bis} formulé comme suit : « Les contributions fédérales sont validées en particulier par rapport aux contributions allouées par les cantons depuis le 1^{er} janvier 2021. »

4.1.3.1 Art. 3, al. 1

VD demande une clarification : l'art. 8, al. 2, de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers prévoit que le montant des contributions fédérales s'élève à la moitié au plus des contributions allouées par les cantons, mais cet alinéa ne reprend pas le « au plus ». C'est à l'avantage du canton, mais il ne faudrait pas que cela crée une confusion, car selon VD c'est bien la moitié au plus qui s'appliquera (comme cela figure dans la loi) et, par conséquent, la contribution fédérale pourrait être inférieure à 50 % du montant pris en charge par le canton.

OST demande que la Confédération verse une contribution minimale indépendamment de la décision des cantons.

4.1.3.2 Art. 3, al. 2

CDS et avec elle CDIP ainsi que AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG et ZH rejettent catégoriquement l'échelonnement dégressif des contributions fédérales de 5 % prévu dès le 1^{er} janvier 2030 et ne comprennent pas sa raison d'être. Ils demandent donc la suppression de l'art. 3, al. 2. Les cantons ont soutenu la formation des professionnels de la santé (et non seulement le diplôme en soins infirmiers) avant même l'entrée en vigueur de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, par exemple en mettant en place des obligations de formation et en participant au financement des coûts de formation par le biais des tarifs et du financement résiduel ainsi qu'en soutenant financièrement d'autres activités ou offres. Ils poursuivront naturellement ces efforts à l'échéance de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Cependant, la plupart des cantons ne peuvent pas se permettre de poursuivre indéfiniment les mesures visées par la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers au-delà de la durée prévue et de pérenniser les moyens financiers nécessaires sans subventions de la Confédération. Ils pourraient, au mieux, le faire pour certaines mesures spécifiques se rapportant non seulement au personnel infirmier diplômé, mais aussi à d'autres professions de la santé. Des contributions fédérales échelonnées à la fin de la période d'encouragement ne changeraient rien à cette situation dans les cantons ; au contraire, elle pourrait compliquer la planification financière de ces derniers et, par conséquent, limiter l'effet de l'offensive en matière de formation durant les dernières années. De plus, la réglementation est incohérente, car l'échelonnement ne concerne que deux des trois domaines encouragés par la loi fédérale. Enfin, les cantons soulignent que le nouvel article constitutionnel exige des cantons et de la Confédération qu'ils veillent à avoir suffisamment de personnel infirmier diplômé.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{er} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

De ce point de vue, ils jugent incompréhensible la durée de huit ans fixée dans la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.

BE demande également la suppression de l'art. 3, al. 2, et ajoute que le canton indemnise déjà, depuis le 1^{er} janvier 2012, les fournisseurs de prestations de tous les domaines de soins pour leurs prestations de formation pratique dans le cadre des formations ES et HES en soins infirmiers, sur la base de l'obligation de formation inscrite dans la loi. Cette indemnisation ainsi que les aides à la formation déjà versées actuellement aux étudiants pour assurer leurs moyens d'existence doivent se poursuivre à la fin du cofinancement. *BE* estime que l'échelonnement dégressif prévu est un manque de considération à l'égard des importantes prestations financières fournies par le canton avant même l'initiative sur les soins infirmiers.

SH rejette également l'échelonnement dégressif des contributions fédérales. Ce dernier n'incite pas à la continuité, mais complique davantage la mise en œuvre de l'offensive en matière de formation pour les années 2030-2032.

Selon *ARTISET*, *BGS*, *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *PEV*, *VERT-E-S*, *H+*, *IDS*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PBL*, *PH CH*, *SBK*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *USS*, *Senesuisse*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *PSS*, *SSPH+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Unia*, *VSAO* et *ZHAW*, l'échelonnement dégressif des contributions fédérales est inutile, car ces dernières sont limitées dans le temps.

ASPS, *KOGS*, *OdASanté* et *Spitex Schweiz* sont défavorables à l'échelonnement dégressif des contributions fédérales et recommandent la suppression de cet article.

MFÄF préférerait une durée limitée dans le temps, jusqu'en 2030, pour les contributions et une reconduction des mesures de soutien après analyse de la situation sur le marché du travail à une diminution de 5 % dès 2030. Cela représente de facto un transfert de charges sur les cantons.

4.1.3.3 Art. 3, al. 3

AR juge important que l'élaboration de la liste de priorités tienne compte de la répartition régionale et donc également des petits cantons. Le dépôt des demandes engage beaucoup de ressources humaines pour les petits cantons et, sans reconnaissance de ce fait, le risque de retard dans les demandes est réel et peut représenter un désavantage lors de l'octroi des contributions fédérales.

GL demande l'introduction d'un al. 4 supplémentaire sans, toutefois, proposer de formulation. Pour le canton, il convient d'éviter, dans la mesure du possible, l'introduction et l'application d'une liste de priorités telle que visée à l'art. 8, al. 5, de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, et tout au moins, les annoncer plusieurs années à l'avance afin de permettre aux cantons de procéder aux adaptations légales. En outre, il convient de garantir un certain montant de base (réparti proportionnellement à la population ou aux besoins) de manière fiable pour toute la période.

JU estime que la liste de priorités doit être publiée et mise à disposition des cantons dès la mise en œuvre de la loi. Il ne faut pas attendre de se retrouver dans une situation où la demande excède l'offre pour définir les priorités. Les cantons doivent pouvoir connaître ces éléments afin de définir leurs plans d'action et d'allouer les budgets aux différentes mesures prévues par la loi. En effet, ce n'est pas aux cantons de fixer des priorités, et d'en assumer les risques, entre les contributions à la formation pratique, les aides aux étudiants en soins infirmiers et les subventions allouées aux ES. Cette liste de priorités doit être communiquée au plus tard au moment de la publication des ordonnances définitives.

SH demande que la répartition du budget soit planifiable et critique le manque de valeurs de référence concernant les moyens à disposition. Il juge également important de faire la lumière sur les moyens financiers à disposition pour les coûts de formation non couverts. En outre, la

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

période entre le printemps 2024 et le 1^{er} juillet 2024 est trop courte pour concevoir tous les détails avec les personnes concernées.

VD demande plus de transparence sur les critères appliqués pour établir cette liste de priorités. Une telle liste doit, en outre, respecter l'équilibre entre la formation pratique de niveau ES et celle de niveau HES afin de garantir que cette dernière ne soit pas préteritiée.

ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, H+, IG swissAPN, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, Senesuisse, SHV, SIGA, SNS, PSS, Spitex Schweiz, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, Unia, VPF, VSAO et ZHAW estiment que si une liste de priorités est nécessaire pour répartir les contributions, les critères appliqués doivent être communiqués aux cantons et au public.

ASPS, BroteggPraxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, Senesuisse, SHV, SIGA, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO et ZHAW proposent d'ajouter un alinéa à cet effet.

H+, KOGS, OdASanté, Travail.Suisse et Syna exigent que l'alinéa soit complété de manière adéquate.

IDS demande d'ajouter dans l'ordonnance les critères qui doivent être observés par le DFI et le DEFR pour établir la liste de priorités.

Selon *OST*, le type de liste de priorités dont il s'agit n'est pas clair ; le texte de loi n'est pas explicite.

SBK-BSBL demande qu'une telle liste de priorités soit établie à l'avance et regrette l'absence d'autres données concernant le temps et le contenu. Cet alinéa complique la planification des cantons.

SNL et VPF demandent, en outre, que l'équilibre soit garanti au niveau de la répartition régionale, mais aussi entre les formations pratiques des ES et des HES afin que ces dernières ne soient pas désavantagées. Un traitement de faveur pour les formations ES serait une source de discrimination flagrante pour la Suisse romande et le Tessin, où la majorité du personnel infirmier est formée dans les HES.

4.1.4 Art. 4 Conditions préalables

4.1.4.1 Art. 4, al. 1

GE, JU, VD et VS ainsi que *HES-SO, Travail.Suisse et Syna* attirent l'attention sur une erreur dans la version française de l'ordonnance et proposent la correction suivante: « Des contributions cantonales fédérales aux aides cantonales à la formation selon l'art. 7 [...] ».

SG souhaite que les cantons puissent réclamer la restitution de contributions déjà octroyées en cas d'abandon de la formation.

SH attend une concrétisation de la notion de « contribution ». Des questions d'efficacité se posent également sur la procédure de versement des contributions. En effet, s'il s'agit d'un versement en tant qu'allocation, les aspects fiscaux et les déductions sociales engendrent un ratio net/brut différent de celui calculé lors d'un versement direct par un service cantonal.

VD salue le mécanisme prévu pour l'octroi des contributions fédérales aux aides cantonales à la formation. En ce qui concerne le public cible qui pourrait recevoir ces aides à la formation, il est d'avis que les cantons sont compétents pour définir l'effectif d'étudiants ayant un besoin de soutien avéré pour assurer leurs moyens d'existence, en tenant compte du fait que le but de ces aides est de permettre aux étudiants de suivre la formation en soins infirmiers.

PEV et VERT-E-S se prononcent contre la prescription d'un âge limite et demandent sa suppression.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

Par ailleurs, *VERT-E-S* souhaitent que l'article soit adapté et mentionne que les aides à la formation nécessaires pour assurer les moyens d'existence soient versées pendant toute la durée de la formation.

OST aimerait qu'autant d'étudiants que possible soient aidés pour subvenir à leurs besoins dans le but d'augmenter l'attractivité. Par conséquent, prendre en considération les reconversions, les formations précédentes ou les obligations familiales tombe sous le sens. Toutefois, quelques cantons souhaitent associer la mise en œuvre à une limite d'âge arbitraire, ce qui est irrationnel et inutile. En particulier l'art. 4, al. 1, let. b, de l'ordonnance doit être réexaminé, éventuellement adapté, voire supprimé.

4.1.4.2 Art. 4, al. 1, let. a

CDS et avec elle *CDIP* ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG* et *ZH* proposent de supprimer la deuxième partie de la phrase : « a. les cantons démontrent l'efficacité des aides à la formation, ~~notamment que celles-ci encouragent l'accès à la filière de formation ES et à la filière d'études HES en soins infirmiers, et que~~ ». *CDS* et les cantons mentionnés soutiennent l'objectif d'encourager l'accès aux filières de formation ES et HES et estiment qu'il s'agit d'une mesure (potentiellement) efficace pour recruter davantage d'étudiants. De leur point de vue, cette mesure devrait être comprise aussi largement que possible, dans le sens où une amélioration générale des conditions-cadres financières pendant la formation peut également faire augmenter le nombre d'étudiants dans les filières de formation ES et HES. Il serait compréhensible que la Confédération rattache le versement de ses contributions à l'efficacité de cette mesure. Toutefois, le rapport explicatif n'explique malheureusement pas comment l'efficacité des aides à la formation doit être présentée par les cantons. Une stricte chaîne de cause à effet ne peut pas servir de preuve, car c'est souvent un ensemble de facteurs qui fait pencher pour ou contre une formation. La part des personnes qui renoncent à une formation en soins infirmiers uniquement pour des raisons financières est faible. La Confédération devrait donc accepter comme preuve suffisante que le nombre d'étudiants se stabilise, au moins, au niveau existant ou (comme espéré) augmente.

SO se rallie à cette argumentation, sans toutefois demander la suppression de la deuxième partie de la phrase.

SG souligne, en outre, que l'effet des mesures de formation se manifeste de manière différée. Il est pratiquement impossible d'adapter des mesures prises au cours des huit ans de financement.

Par ailleurs, *TG* renvoie au programme de promotion HF 25plus introduit en 2012 déjà et qui permet à environ un quart des étudiants du canton de suivre la filière en soins infirmiers au niveau ES grâce aux contributions à l'encouragement, ce qui prouve l'efficacité de la mesure. La hausse ultérieure des taux de formation suppose diverses mesures supplémentaires dans les champs thématiques « formation attractive et durable », « conditions d'embauche attractives et durables » et « profession infirmière attractive et durable ». Les effets des aides à la formation sur les acteurs, un facteur parmi d'autres, ne peuvent pas être démontrés, d'autant que la promesse des mesures de la loi sur l'encouragement montre déjà un effet positif en Thurgovie.

SH demande la suppression complète de la preuve de l'efficacité, car celle-ci doit toujours tenir compte de nombreux critères de décision et ne peut être apportée qu'au prix d'un immense investissement scientifique. Atteindre de manière efficace les groupes de personnes qui ont renoncé à une telle formation malgré les contributions semble peu réalisable. Établir un lien causal entre la décision de suivre une formation au niveau tertiaire et l'incitation financière est donc particulièrement difficile.

VS ainsi que *ARTISET* et *ASPS* demandent la suppression de l'art. 4, al. 1, let. a.

VD indique que la formulation actuelle prévoit un encouragement à « l'accès à la filière de formation ES et à la filière d'études HES » alors qu'il faudrait écrire « l'accès à la filière de

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

formation ES et ou à la filière d'études HES » afin de ne pas exclure les cantons n'offrant une formation que dans l'un des deux niveaux. *BFH, H+ et VFP* partagent cet avis.

IDS constate que la disposition ne précise pas de quelle manière les cantons doivent démontrer l'efficacité de l'affectation des contributions fédérales. Par conséquent, une disposition dans ce sens doit être ajoutée.

Selon *KOGS* et *OdASanté*, les critères concernant la preuve de l'efficacité ne sont pas clairement définis. Afin de pouvoir constater à partir de quand l'initiative peut être qualifiée de réussite, des critères simples doivent être appliqués. *KOGS* et *OdASanté* renvoient aux chiffres déjà relevés annuellement tels que le nombre de diplômés, le taux d'abandon, etc.

SAV fait remarquer que l'encouragement envisagé de la formation contient des éléments étrangers au système qui pourraient susciter des revendications de la part d'autres branches. Elle demande donc que les mesures d'encouragement soient également assorties d'un suivi de la Conférence tripartite de la formation professionnelle (CTFP) et que, à la rigueur, certaines questions puissent être traitées dans le cadre d'une étude externe. *SAV* s'intéresse à l'effet à court terme de l'accès aux filières de formation, mais aussi aux diplômés, au maintien des diplômés dans la branche et à un éventuel phénomène d'exclusion des contributions des employeurs et des employés.

SBK ainsi que *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *PSS*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF* et *VSAO* sont d'avis que les cantons peuvent uniquement présenter l'efficacité planifiée des aides à la formation. L'examen de l'efficacité peut donc se retrouver dans le rapport annuel des cantons à l'intention de l'OFSP.

Spitex Schweiz et *Senesuisse* proposent le complément suivant : « a. les cantons démontrent l'efficacité planifiée des aides à la formation, notamment que celles-ci encouragent l'accès à la filière de formation ES et à la filière d'études HES en soins infirmiers, et que [...] »

Travail.Suisse et *Syna* estiment que la notion d'« accès » mentionnée à la let. a n'est pas suffisamment concrète et se demandent ce qu'entend le DFI par « accès aux filières » ? Dans le rapport explicatif, il est fait mention « d'accroître le recrutement » dans ces filières. Qu'entend le DFI par « recrutement » ? S'agit-il de campagnes ? De moyens publicitaires ? De moyens marketing ? Si tel est le cas, utiliser les ressources publiques à cet effet est inacceptable. Il revient aux associations faïtières ou professionnelles d'engager les moyens nécessaires.

Pour *ZHAW* et *SSPH+*, cette requête, ou prescription, est irréaliste. La preuve de l'efficacité ne peut être démontrée qu'après plusieurs années et l'établissement d'un lien de causalité dans des procédures complexes demande beaucoup d'investissements et est souvent infructueux. *ZHAW* et *SSPH+* estiment qu'il ne peut s'agir ici que d'une efficacité planifiée ou potentielle. L'examen de l'efficacité peut donc se retrouver dans le rapport annuel des cantons à l'intention de l'OFSP et servir d'indication pour l'évaluation d'autres requêtes ou projets, mais est loin de constituer une preuve scientifique fiable.

4.1.4.3 Art. 4, al. 1, let. b

CDS, *CDIP* ainsi que *AG*, *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *GL*, *GR*, *LU*, *NE*, *NW*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TG*, *TI*, *UR*, *VD*, *ZG* et *ZH* demandent la suppression de l'art. 4, al. 1, let. b. La loi fédérale dispose à l'art. 7, al. 2, que les cantons déterminent eux-mêmes les conditions, l'étendue des aides à la formation et la procédure d'octroi. La disposition de l'art. 4, al. 1, let. b, de l'ordonnance restreint, en revanche, sensiblement le fonctionnement de ce modèle. En effet, la Confédération ne définit pas la notion de « subvenir à leurs besoins » ni comment les mesures des aides à la formation doivent être distinguées des bourses existantes, qui visent également à subvenir aux besoins d'existence.

BS et *SO* s'accordent à penser que les subventions doivent être ciblées et non pas versées à l'ensemble des étudiants. Ils demandent, toutefois, des clarifications sur les bourses cantonales.

Par ailleurs, *SO* regrette l'absence de définition du « principe de l'arrosoir » et des « besoins ». Une certaine schématisation, ou généralisation, doit absolument être admise dans le cadre de l'octroi des aides à la formation. Il serait tout à fait inapproprié de réaliser un vaste examen des demandes au cas par cas, parfois en raison d'enjeux liés à la citoyenneté et à l'économie administrative, comme c'est le cas pour les bourses. Cela pourrait empêcher des personnes intéressées d'entamer une formation en soins infirmier ES ou HES en raison des contraintes administratives considérables relatives à l'octroi des aides. Prévoir de fixer une limite d'âge déterminée ou éventuellement d'autres critères (p. ex. obligation d'entretien parentale) comme conditions d'octroi des aides devrait suffire.

FR est d'avis que les bourses ordinaires doivent rester les aides principales, et les aides à la formation visées ici n'intervenir que de manière subsidiaire, cela notamment afin d'éviter l'effet arrosoir redouté. Cet effet mériterait, en outre, d'être plus amplement expliqué dans le commentaire de l'ordonnance. Même si les cantons sont autonomes pour fixer les conditions, des critères doivent être définis. Une cohérence intercantonale sur ce point est, en effet, indispensable.

GE demande que le niveau de détail à fournir au titre de preuve soit considéré globalement. La Confédération devrait valider la demande de financement global du canton (le principe) afin d'éviter de justifier ou de réexaminer les demandes nominatives, ce qui alourdirait le processus de contrôle.

VS propose l'ajout suivant : « [...] conformément à des principes et conditions minimales à définir en commun par les cantons dans le cadre de la coordination intercantonale ». *VS* demande que le principe de la coordination intercantonale soit formellement intégré dans le texte de l'ordonnance. Si tel ne devait pas être le cas, il attend de la Confédération qu'elle fixe elle-même dans le texte de l'ordonnance les conditions minimales telles que l'âge ou la situation professionnelle, et garantisse et surveille que l'effet arrosoir soit évité.

PLR demande la suppression de l'art. 4, al. 1, let. b, ou une formulation plus ouverte, car celle-ci restreint trop fortement les possibilités de mise en œuvre des cantons. D'après lui, les contributions fédérales doivent subventionner différents modèles, du moment que ces derniers contribuent à faire augmenter le nombre d'étudiants. Elles doivent soutenir aussi bien des modèles qui encouragent l'accès à un groupe restreint et clairement défini que des modèles qui cherchent à toucher une grande partie des étudiants par des contributions forfaitaires et, ainsi, à renforcer globalement l'attractivité de la formation en soins infirmiers.

PS demande l'adaptation de l'art. 4, al. 1, let. b, parce que de nombreux cantons ont prévu des limites d'âge pour les aides à la formation. Il ne formule pas de proposition d'adaptation concrète.

BFH et *VPF* demandent d'examiner dans quelle mesure l'art. 4, al. 1, let. b, doit être adapté, voire supprimé. La disposition est formulée de manière trop vague pour les cantons. Les efforts devraient tendre vers une réglementation uniforme à l'échelle nationale pour soutenir financièrement les personnes qui envisagent une formation en soins infirmiers (ES ou HES) et vers des mécanismes de mise en œuvre afin que le besoin de soutien financier ne fasse pas obstacle à une formation en soins infirmiers (en particulier pour les personnes en reconversion ayant des obligations familiales et pour les personnes plus âgées devant assurer leurs besoins). Définir un âge limite n'est, en soi, pas un critère pertinent.

BGS et *H+* demandent que l'art. 4, al. 1, let. b, soit examiné et, éventuellement, adapté ou supprimé. Des modèles basés sur des paramètres collectifs tels que l'âge ou la situation familiale doivent également être admis et pouvoir être financés par des contributions forfaitaires. *H+* rejette, par principe, une preuve exclusivement individuelle.

KOGS et *OdASanté* proposent de supprimer l'art. 4, al. 1, let. b ; car des solutions liées à l'âge peuvent amener des personnes intéressées à reporter leur formation tertiaire. Des méthodes de vérification individuelles engendrent souvent un investissement important pour toutes les parties prenantes. Elles peuvent aboutir à un long délai de traitement ou décourager les étudiants face à la charge supplémentaire. Cela pourrait également menacer l'accès au niveau tertiaire. Par conséquent, il faut chercher des solutions pratiques et simples et laisser aux cantons le choix des critères qu'ils appliquent pour octroyer les aides à la formation. Ainsi, des critères individuels, mais aussi collectifs seraient acceptables.

SBK et avec elle *ARTISET*, *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF* et *VSAO* souhaitent qu'autant d'étudiants que possible soient soutenus pour assurer leurs moyens d'existence dans le but d'augmenter l'attractivité de la formation. Par conséquent, prendre en considération les reconversions, les formations précédentes ou les obligations familiales tombe sous le sens. Quelques cantons souhaitent associer la mise en œuvre à une limite d'âge arbitraire, ce qui est irrationnel et inutile. En particulier l'art. 4, al. 1, let. b, de l'ordonnance doit être réexaminé, éventuellement adapté, voire supprimé. *ZHAW* et *SSPH+* rejoignent l'avis de *SBK* et ajoutent que les étudiants des HES devraient recevoir des aides plus importantes que les étudiants des ES, dont les salaires sont bien plus élevés.

SBK-GR demande la suppression de l'art. 4, al. 1, let. b, car il va à l'encontre de l'objectif de permettre l'accès à une formation en soins infirmiers à autant de personnes que possible.

Senesuisse propose soit de supprimer complètement l'art. 4, al. 1, let. b, soit de l'adapter de manière à indiquer que le versement de forfaits à tous les étudiants soit la norme.

L'augmentation nécessaire de l'attractivité ne sera pas atteinte si les cantons doivent entièrement clarifier, au cas par cas, les moyens d'existence individuels. Il doit plutôt être question de soutenir, si possible, toutes les personnes désireuses de suivre une formation pour assurer leurs moyens d'existence. Selon *Senesuisse*, cela doit passer par des versements forfaitaires adaptés. Pouvoir prendre en considération les reconversions, les formations précédentes ou les obligations familiales lors du calcul du montant de ces versements forfaitaires tombe sous le sens. Par contre, une limite d'âge arbitraire (comme certains cantons le réclament) constitue un frein absurde.

USS souligne que l'âge ne devrait pas être un critère exclusif imposé par les cantons pour l'obtention d'aides à la formation ; seuls les besoins effectifs devraient être déterminants. Concernant la preuve des besoins, la Confédération ne devrait pas appliquer le critère de l'âge, ou alors de la manière la plus étendue possible, dans le sens d'un apprentissage tout au long de la vie.

SNL estime que les dispositions sont très vagues et qu'il manque des directives pour les cantons. Ainsi, définir une limite d'âge, par exemple, n'est pas un critère pertinent en soi. Les personnes en reconversion et celles ayant des obligations familiales doivent, en particulier, être prises en considération. Le risque que la mise en œuvre varie fortement selon les cantons existe et, par conséquent, les personnes visées à l'art. 4, al. 1, let. b, qui bénéficient de l'encouragement, seraient traitées très différemment selon leur canton de domicile. *SNL* propose comme alternative que les (grandes) institutions puissent soumettre au canton un concept leur permettant d'attribuer les contributions individuellement.

Unia demande que les aides à la formation bénéficient au plus grand nombre d'étudiants possible. Il faut éviter que les contributions soient perçues uniquement comme un type d'aide sociale ou d'aide pour les plus démunis et que les bénéficiaires soient ainsi stigmatisés. Parallèlement à la subvention des besoins, en particulier dans le cas des obligations familiales qui doivent avoir la priorité, les contributions doivent également être comprises comme un engagement de la société envers des soins infirmiers forts et comme une incitation à entreprendre une formation ou des études.

4.1.4.4 Art. 4, al. 2

CDS et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AI, BL, BS, GL, GR, LU, NE, OW, SO, SZ, TI, UR, VD, ZG* et *ZH* estiment que la notion de domicile doit être précisée. Ni la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers ni son ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et les commentaires s'y rapportant ne définissent la notion de domicile, de sorte qu'on peut supposer qu'il s'agit du domicile légal visé à l'art. 23 ss. du Code civil suisse (CCS ; RS 210). Une précision à ce sujet serait appréciée, surtout qu'une définition de la notion de domicile uniforme sur le plan intercantonal est indispensable pour exécuter la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.

SH partage cet avis et souligne que cette définition est importante pour clarifier les doubles exigences de contributions de la part d'étudiants hors canton et les versements entre les cantons. De telles questions sont surtout pertinentes lorsque des entreprises sises hors du canton doivent verser des contributions pour les étudiants domiciliés dans leur propre canton, car le canton qui octroie les aides n'aurait aucun pouvoir d'exécution dans une telle constellation.

BE propose que le domicile déterminant pour l'octroi d'une bourse fasse foi dans l'ordonnance pour allouer les aides à la formation aux étudiants et éviter le « tourisme étudiant ». Appliquer la définition du domicile légal revient à créer une incitation à déposer ses papiers dans les cantons qui versent les aides à la formation les plus généreuses. Cette forme de tourisme étudiant est impossible si le domicile déterminant pour l'octroi d'une bourse fait foi. Ce dernier a fait ses preuves pour régler le tourisme étudiant intercantonal et serait appliqué à toutes les conventions scolaires significatives. Pour *GL* également, il semble évident que le domicile déterminant pour l'octroi d'une bourse doit faire foi afin d'éviter un « tourisme des contributions ». *JU* et *VS* estiment également que le domicile déterminant pour l'octroi d'une bourse doit être privilégié afin d'éviter des incitations négatives et de garantir une égalité de traitement.

FR redoute les contributions doubles si ce n'est pas le même canton qui est responsable des bourses ordinaires et des aides à la formation. Il est donc indispensable que le canton compétent soit le même pour les deux types d'aides. Il faudrait retenir de préférence le domicile déterminant qui prévaut dans le Concordat, car les cantons y sont habitués. Cela permettrait d'éviter un « tourisme », car il ne suffirait pas de déménager dans le canton le plus généreux pour obtenir l'aide à la formation la plus avantageuse.

GE demande d'ajouter la catégorie « étudiants frontaliers » à l'art. 4, al. 2. Selon l'art. 7, al. 1, let. b, de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, les cantons peuvent accorder des aides à la formation aux personnes avec un statut de travailleur frontalier. Dans le cas genevois, par définition, un frontalier est une personne qui travaille dans le canton de Genève et retourne vivre quotidiennement en France. Dès lors que cette personne est en études, elle n'a probablement pas ou plus d'emploi dans le canton de Genève. Sans emploi en Suisse, elle ne peut plus être considérée comme frontalière.

VS et *HES-SO* relèvent que selon l'art. 7, al. 1, let. a, de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, les cantons peuvent accorder des aides à la formation aux personnes avec un statut de travailleur frontalier. En introduisant l'admissibilité aux aides ciblées à la formation pour des étudiants avec le statut de frontaliers, ce qui n'est pas possible dans les dispositifs cantonaux des bourses ordinaires, le risque de concurrence déloyale vis-à-vis des institutions de formation étrangères semble important à évaluer.

SBK-BSBL se joint à la demande de définition de la notion de domicile et demande de clarifier s'il s'agit du domicile légal ou du domicile déterminant pour l'octroi d'une bourse.

Par ailleurs, *SBK-GR* demande que les pendulaires qui suivent une formation en Suisse puissent profiter des contributions.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

VAS AG propose que le personnel infirmier étranger reçoive des contributions pour obtenir l'équivalence de leurs diplômes.

4.1.5 Article 5 Détermination et plafond de la contribution fédérale

Aux yeux de *VERT-E-S*, si certains cantons n'épuisent pas les contributions qui leur sont destinées, le montant en question doit être débloqué pour profiter à d'autres cantons après un certain délai.

Selon *HES-SO*, les cantons doivent pouvoir bénéficier d'une marge de manœuvre suffisante. Ceci soulève, cependant, le risque de voir apparaître une concurrence intercantonale en matière d'attractivité des formations. Il semble également nécessaire de mettre en place des conditions pour garantir une cohérence intracantonale et intercantonale en ce qui concerne les aides à la formation aux niveaux ES et HES.

4.1.5.1 Art. 5, al. 1

VD avertit que la possibilité d'une contribution fédérale de 20 000 francs, soit un montant total de 40 000 francs par an, risque de créer une distorsion par rapport à d'autres formations professionnalisantes, notamment du domaine des soins, qui sont également en situation de pénurie.

Par conséquent, *GE* et *VD* souhaitent que la Confédération mette en place un système de soutien harmonisé entre les cantons, afin de garantir la cohérence pour les étudiants et d'éviter une forme de concurrence.

TI demande d'ajouter un al. 1^{bis} formulé ainsi : « I contributi federali sono riconosciuti in particolare in relazione a tutti i contributi accordati dai Cantoni a partire dal 1° gennaio 2021. »

VS souhaite que l'ordonnance fixe des critères ciblés et précis tels que l'âge, la situation professionnelle ou le statut de reconversion, pour déterminer le droit aux aides à la formation. En guise d'alternative, ces critères pourraient également être fixés dans le cadre de la coordination intercantonale dirigée par la CDIP. Les marges de manœuvre laissées aux cantons semblent nécessaires. Elles soulèvent, cependant, le risque de voir apparaître une concurrence intercantonale en matière d'attractivité des formations.

VERT-E-S réclament des aides à la formation nettement plus élevées. Celles-ci devraient, par exemple, être alignées sur les salaires des policiers en formation ; ainsi, le plafond devrait se situer à 30 000 francs minimum par personne et par an.

Il est capital aux yeux de *PSS* de déterminer un plafond, mais aussi un plancher. D'une part, il faut éviter de notables différences cantonales et, d'autre part, les étudiants doivent pouvoir compter sur un montant minimum. Par conséquent, *PSS* suggère d'ajouter un alinéa à cet effet à l'art. 5.

L'art. 5 prévoit la possibilité d'une contribution fédérale aux aides cantonales à la formation pouvant aller jusqu'à 20 000 francs par personne et par an. *HES-SO* considère que ce type de soutien matériel aux étudiants, en fonction de son ampleur et des modalités fixées pour l'attribution, peut s'avérer problématique pour plusieurs raisons. Elle doute que cette contribution soit un incitatif judicieux pour encourager de futurs étudiants à entreprendre une formation et à la terminer. Le montant annuel de 20 000 francs étant conséquent, *HES-SO* perçoit le risque d'introduire une distorsion dans le système de formation tertiaire. De plus, s'il peut renforcer l'attractivité des études, l'effet peut être seulement temporaire et, donc, limité dans sa portée. Pour *HES-SO*, la motivation des étudiants à poursuivre leurs études doit rester l'élément central. Dans ce sens, même en cas d'introduction d'une telle mesure, elle est d'avis qu'une procédure simplifiée d'accès aux aides pour chaque année de formation est essentielle pour que le projet d'étude soit réalisable. Au vu de ces différents éléments, elle est relativement sceptique sur la durabilité des mesures envisagées pour le soutien financier à la formation.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

Selon *IMAD*, le montant maximal est trop bas pour certains cantons tels que GE, même s'il tient compte des différences dans le coût de la vie, conformément au rapport explicatif.

SHV et *Stillförderung Schweiz* demandent d'ajouter un alinéa disposant que les cantons ont toujours la possibilité de verser une contribution plus élevée.

4.1.5.2 Art. 5, al. 2

CDS et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* et *ZH* refusent l'échelonnement dégressif des contributions et demandent la suppression de l'art. 5, al. 2.

PEV, VERT-E-S et *PSS* refusent l'échelonnement dégressif des aides à la formation. *PSS* demande, par conséquent, la suppression de l'art. 5, al. 2.

ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, IDS, H+, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, OST, PBL, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, Senesuisse, SHV, SIGA, SNL, SNS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia, VPF, VSAO et *ZHAW* s'opposent au caractère dégressif des aides à la formation et demande la suppression pure et simple de l'art. 5, al. 2.

Aux yeux de *BFH, BroteggPraxis, Curacasa, IG swiss ANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, Senesuisse, SHV, SIGA, SNLeaders, SNS, SP Schweiz, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, Unia, VFP, VSAO* et *ZHAW*, les aides à la formation pour les étudiants ES et HES, une fois décidées, doivent couvrir les coûts d'existence pour toute la durée des études (c'est-à-dire trois ans). En outre, *PSS* demande que les contributions soient versées pendant cinq ans si les études en soins infirmiers sont suivies à temps partiel. Il demande l'ajout d'un alinéa à ce sujet.

Pour *Syna* et *Travail.Suisse*, il est difficile de savoir si les contributions versées avant l'échéance de la validité de la loi sont également garanties après l'échéance et jusqu'à la fin de la formation entamée ou si, le cas échéant, les versements sont susceptibles d'être interrompus au milieu de la formation. Ils souhaitent des clarifications à ce sujet.

MFÄF préférerait une durée limitée dans le temps, jusqu'en 2030, pour les contributions et une reconduction des mesures de soutien après analyse de la situation sur le marché du travail à une diminution de 5 % dès 2030. Cela représente de facto un transfert de charges sur les cantons.

4.1.5.3 Art. 5, al. 3

GL demande l'introduction d'un al. 4 supplémentaire sans, toutefois, proposer de formulation. À son sens, il faudrait, dans la mesure du possible, éviter l'introduction et l'application d'une liste de priorités telle que visée à l'art. 8, al. 5, de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et, à tout le moins, les annoncer plusieurs années à l'avance afin de permettre aux cantons de procéder aux adaptations légales. En outre, il convient de garantir un certain montant de base (réparti proportionnellement à la population ou aux besoins) de manière fiable pour toute la période.

VD demande plus de transparence sur les critères appliqués pour établir cette liste de priorités. Une telle liste doit, en outre, respecter l'équilibre entre la formation pratique de niveau ES et celle de niveau HES afin de garantir que cette dernière ne soit pas préteritiée.

SBK et avec elle *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, PH CH, SHV, SIGA, SNS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO* et *ZHAW* ainsi que *ARTISET, ASPS, BFH, H+, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, Senesuisse, PSS, Spitex Schweiz, Syna* et *Travail.Suisse* demandent la publication des critères appliqués par l'OFSP pour établir la liste de priorités si une telle liste doit voir le jour. En outre, de l'avis de ces acteurs, les étudiants en soins infirmiers doivent pouvoir planifier. Cela signifie qu'ils doivent avoir la garantie de recevoir, pendant toute la durée des études, des aides à la formation qui

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

couvrent leurs coûts d'existence. Si une liste de priorités des contributions fédérales était nécessaire pour les aides à la formation, il reviendrait aux cantons de garantir que les étudiants reçoivent dans tous les cas des aides à la formation qui couvrent leur minimum vital pendant toute la durée des études.

OdASanté et KOGS demandent des critères transparents pour la liste de priorités et, par conséquent, une adaptation de l'art. 5, al 3.

BFH, OST, Senesuisse et *VPF* soulignent que si une liste de priorités est établie, il revient aux cantons de garantir que les étudiants reçoivent dans tous les cas des aides à la formation qui couvrent leur minimum vital pendant toute la durée des études.

IDS demande d'ajouter dans l'ordonnance les critères à observer par le DFI et le DEFR lorsqu'ils établissent la liste de priorités.

4.1.6 Article 6 Demande

FR insiste pour que les al. 1 et 2 ne soient applicables qu'à partir de 2025 ou 2026. Pour les aides probablement effectives dès l'été 2024, une coordination des demandes pour les deux domaines n'est pas réaliste. Il faut éviter que cette exigence de coordination ne retarde le dépôt de projets partiels ou empêche le dépôt de demandes complémentaires.

USS demande que la procédure de traitement soit simplifiée pour les cantons. Les aides à la formation doivent, dans toute la mesure possible, être allouées sur la base de critères uniformes et publiés.

De l'avis de *H+*, les réglementations et les prescriptions contractuelles ainsi que celles relatives au dépôt des demandes doivent garantir aux cantons autant de flexibilité que possible pour la mise en œuvre. En outre, la preuve de l'efficacité des mesures demandée à l'art. 6 doit rester aussi simple que possible dans les demandes. Dans le cas contraire, *H+* craint une nette augmentation des tâches administratives pour les hôpitaux et les cliniques.

4.1.6.1 Art. 6, al. 1

CDS et avec elle *CDIP* ainsi que *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SH, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* et *ZH* proposent de supprimer le mot « conjointement » : « [...] doivent être déposées ~~conjointement~~ auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). » La possibilité de déposer les demandes séparément doit exister, car au niveau cantonal, des services distincts peuvent être compétents en la matière.

SNL juge exigeante la condition imposant que les deux demandes soient déposées conjointement et craint qu'elle ne crée des difficultés pour certains cantons. À plus forte raison, la possibilité que des contributions fédérales non « retirées » en 2024 soient mises à disposition en sus en 2025 doit exister. Dans le cas contraire, les contributions non versées doivent être débloquées après un certain délai au bénéfice des cantons qui investissent cet argent dans les mesures visées à l'art. 9, al. 1, let. a à c.

4.1.6.2 Art. 6, al. 2

SG propose une attribution des moyens pluriannuelle et à un rythme régulier au lieu de prévoir un dépôt annuel des demandes par les cantons. Ainsi cadencées, les conventions-programmes permettent de garantir la planification financière à tous les niveaux. La manière de procéder à la répartition entre les cantons en cas d'attribution annuelle n'est pas expliquée. En outre, la manière de répartir les moyens doit être précisée si une liste de priorités est établie.

SO demande également que les demandes puissent être déposées pour une période d'au moins deux ans.

VD propose l'ajout suivant : « Les demandes peuvent être déposées une fois par an. *L'OFSP communique les délais pour le dépôt des demandes.* »

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

PSS propose de compléter l'art. 6, al. 2, de sorte que les demandes puissent être déposées pour plusieurs années et non chaque année. Le dépôt annuel des demandes constitue une contrainte administrative inutile. De plus, *PSS* demande d'ajouter un alinéa imposant aux cantons d'offrir le nombre de places de formation correspondant à l'analyse des besoins.

SBK-BSBL rejette l'idée que les demandes doivent être reconduites chaque année. La charge administrative doit rester modérée.

4.1.6.3 Art. 6, al. 3

JU souhaite une clarification quant à la procédure par échelons pour le dépôt des demandes.

4.1.6.4 Art. 6, al. 3, let. a

VD propose une nouvelle formulation : « ~~la preuve du respect des conditions préalables des informations permettant de vérifier le respect des dispositions légales~~ selon les art. 2 à 5 de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et selon l'art. 2 de la présente ordonnance ; [...] »

ARTISET demande la suppression de l'art. 6, al. 3, let. a, car les prestataires de formation exigeraient des plans de formation, ce qui constituerait automatiquement une preuve.

Pour *HES-SO*, la coordination aux différents échelons du gouvernement paraît indispensable. À ce titre, elle souligne l'importance de bien calibrer les différentes mesures et souhaite mettre l'accent sur deux points en particulier. D'une part, s'il est évident que la planification des besoins incombe aux cantons, il paraît nécessaire qu'une vue d'ensemble des besoins soit également consolidée à l'échelle nationale. D'autre part, il est essentiel de veiller à la cohérence entre les planifications cantonales et la planification nationale. Ce souhait fait, notamment, écho à la réalité actuelle du marché du travail dans le domaine des soins, caractérisé par une forte mobilité professionnelle.

4.1.6.5 Art. 6, al. 3, let. b

GE demande la précision suivante : « b. le montant global de la contribution fédérale demandé. »

4.1.6.6 Art. 6, al. 4

JU souhaite une clarification quant à la procédure par échelons pour le dépôt des demandes.

VERT-E-S souhaitent que toutes les personnes en formation reçoivent des aides à la formation et que l'obligation de déposer des demandes individuelles soit abandonnée. Par conséquent, ils demandent au Conseil fédéral d'introduire une modification dans ce sens au niveau fédéral et, parallèlement, d'inviter les cantons à renoncer à des prescriptions inutiles relatives aux demandes individuelles lors de la mise en œuvre cantonale.

4.1.6.7 Art. 6, al. 4, let. a

AR suggère que la suppression de la deuxième partie de la phrase demandée pour l'art. 4, al. 1, let. a, soit également appliquée à l'art. 6, al. 4, let. a.

VD propose une nouvelle formulation : « ~~la preuve du respect des conditions préalables des informations permettant de vérifier le respect des dispositions légales~~ selon l'art. 7 de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et selon l'art. 4 de la présente ordonnance ; [...] ».

4.1.6.8 Art. 6, al. 4, let. b

JU souhaite une précision sur l'estimation du nombre d'étudiants ayant besoin de soutien. Lors du dépôt de la demande, ce nombre d'étudiants ne sera pas forcément connu de manière définitive. Par ailleurs, les demandes des étudiants seront certainement traitées en fonction de la rentrée académique (par semestre) et non par année civile.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

VAS AG fait observer que le montant des aides devrait également prendre en compte les besoins du terrain.

4.1.6.9 Art. 6, al. 4, let. c

Aucune remarque.

4.1.6.10 Art. 6, al. 5

SO salue la volonté de la Confédération de concrétiser et de publier des modalités sur le dépôt des demandes au moyen d'un guide et de formulaires. Les documents envisagés par la Confédération doivent être mis à la disposition des cantons au minimum deux à trois mois avant le premier dépôt des demandes.

VS souhaite que les formulaires de demande soient disponibles simplement en ligne et qu'ils puissent être déposés en ligne également.

4.1.7 Article 7 Contrat

SG déplore que les modalités de versement des contributions fédérales aux cantons ne soient réglementées que dans les contrats de prestations, en particulier parce que les documents relatifs à la présentation du 6 septembre 2023 à Berne mentionnent que les contributions fédérales seront versées seulement après examen du rapport annuel. Cela signifie que les cantons doivent préfinancer les contributions fédérales pendant presque une année. L'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers devrait prévoir explicitement des versements anticipés.

4.1.7.1 Art. 7, al. 1

Aucune remarque.

4.1.7.2 Art. 7, al. 2, let. a

Aucune remarque .

4.1.7.3 Art. 7, al. 2, let. b

Aucune remarque.

4.1.7.4 Art. 7, al. 2, let. c

Aucune remarque.

4.1.7.5 Art. 7, al. 2, let. d

Aucune remarque.

4.1.7.6 Art. 7, al. 2, let. e

BFH, H+, SBK-BSBL, Syna, Travail.Suisse, UNIA et VPF ainsi que *SBK* et avec elle *Bro-teggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, PH CH, SBK-BE, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, FNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO* et *ZHAW* demandent l'introduction d'un nouvel alinéa imposant la publication du rapport annuel des cantons à l'intention de l'OFSP. Concrètement, les indicateurs mentionnés dans les commentaires généraux et conclus entre l'OFSP et les cantons afin de mesurer les effets des mesures financées devraient être publiés chaque année. Par ailleurs, Unia souhaite une standardisation des rapports afin de permettre une comparaison entre cantons.

4.1.7.7 Art. 7, al. 3

Aucune remarque.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.1.7.8 Art. 7, al. 4

Aucune remarque.

4.1.8 Article 8 Déclaration de modifications

Aucune remarque.

4.1.9 Article 9 Mesures cantonales

LU relève que les autres possibilités d'encouragement cantonales sont également pertinentes, en particulier la perspective de coordination des formations théorique et pratique. Dans le cadre d'une approche systémique, d'autres possibilités telles que l'inclusion de modèles de soins intégrés et la mise en œuvre de cadres d'apprentissage interprofessionnels pourraient suivre et représenter également des perspectives attrayantes pour les futurs étudiants.

H+ demande que le financement visé à l'art. 9 couvre, en particulier, les places de formation auprès des fournisseurs de prestations. Elle approuve la possibilité offerte aux cantons de définir des mesures ciblées pour promouvoir les diplômes en soins infirmiers sur la base de leur planification des besoins. De manière générale, le domaine de la santé a besoin de davantage de personnel infirmier possédant une formation de base qualifiée, ce qui est le cas des diplômés des ES et des HES. *H+* suggère d'appliquer rapidement l'arrêté fédéral du 28 novembre 2022 sur les aides financières visant à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers dans les hautes écoles spécialisées cantonales édicté pour augmenter le nombre de bachelors en soins infirmiers conformément à l'art. 59 de la loi fédérale sur l'encouragement des hautes écoles et la coordination dans le domaine suisse des hautes écoles (LEHE) et, par ailleurs, de rendre les travaux de mise en œuvre de Swissuniversities publics et transparents.

Concernant l'augmentation du nombre d'étudiants HES en soins infirmiers, *H+* et *SNL* demandent, en outre, une position cohérente vis-à-vis de l'initiative sur les soins infirmiers. Cela signifie que la Conférence suisse des hautes écoles doit impérativement impliquer les associations professionnelles concernées et les représentants des centres de formation pratique en cas de modification des conditions d'admission à la filière bachelor dans le domaine de la santé selon la LEHE (art. 73, al. 3, let. a). Les études dans le domaine de la santé dans une HES, donc également en soins infirmiers, ne doivent pas perdre en attractivité pour les titulaires d'une maturité gymnasiale en raison de contraintes supplémentaires lors de l'admission telles qu'une expérience du monde du travail d'au moins un an requise à l'art. 25 LEHE. Sinon, il existe un risque réel que les efforts déployés pour encourager la formation n'aboutissent pas.

H+ recommande, par ailleurs, que les organisations cantonales du monde du travail en santé soient intégrées activement dans les projets et, le cas échéant, puissent aussi fournir des prestations pour décharger les institutions des tâches de coordination et d'administration. Ainsi, ces organisations pourraient assumer des tâches de coordination interentreprises en matière de formation dans les institutions, qui permettraient de conclure des partenariats tout en soutenant et encadrant des effectifs de formateurs. Ces mesures déchargeraient également les fournisseurs de prestations des tâches de coordination et d'administration qui ne sont en aucun cas couvertes par les tarifs actuels.

SBK-BSBL demande que les let. a et b mentionnent que les formations de base et continue effectuées dans la pratique par les formateurs puisse également être cofinancée par des contributions.

SSPH+ et *ZHAW* se demandent où les cantons enverront le compte rendu sur les diplômes HES, parce que le compte rendu complet concerne tous les diplômes de formation ES et que, dans la planification des besoins selon l'art. 2 de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, le nombre de diplômes de formation HES est également défini.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.1.9.1 Art. 9, al. 1

NW signale que cet article est formulé comme si les cantons élaboraient les mesures. Or, ce sont les ES qui élaborent les mesures, qui sont (co)financées par les cantons.

VD propose l'ajout suivant : « Sur la base de leur planification des besoins au sens de l'art. 2 de la loi fédérale relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers, les cantons qui connaissent déjà cette filière élaborent des mesures visant à augmenter le nombre de diplômés en soins infirmiers dans leurs écoles supérieures (ES) qui notamment : [...] »

BSH estime que la compétence, en particulier celle relative aux mesures décrites à l'art. 9, al. 1, revient aux deux lieux de formation. Par conséquent, le lieu de formation pratique devrait également pouvoir solliciter des contributions pour les mesures de formation pratique.

BFH, FKG et *VPF* proposent de modifier le texte ainsi : « Les mesures visant à augmenter le nombre de diplômés sont élaborées pour les ES et les HES. » En Suisse romande, la formation HES est considérée comme le niveau d'entrée dans la profession. Il est impératif de garantir que, pour les contributions d'encouragement, le niveau HES ne soit pas désavantagé par rapport au niveau ES, pour ne pas affaiblir considérablement les soins infirmiers en Suisse romande. Il faut s'assurer que les mesures visant à faciliter l'accès à la formation en soins infirmiers ES n'entraînent pas une réduction du contenu de la formation ES effectuée ensuite et ne réduisent pas l'attractivité de la formation HES par des stages à effectuer impérativement avant les études ou des stages sous-payés pour les titulaires d'une maturité gymnasiale. Cela affaiblirait les soins infirmiers.

IMAD insiste sur l'importance capitale de prévoir des soutiens concernant les HES, rappelant que les cantons romands (et plus spécifiquement Genève) ont un taux de titulaires de maturité gymnasiale (30 % des étudiants infirmiers à Genève) ou professionnelle supérieur aux cantons alémaniques. Ce public ne s'intéresse pas à une formation ES, mais préfère s'inscrire dans une formation HES, qui offre davantage de perspectives professionnelles. La formation HES correspond aux développements en cours dans les pays limitrophes et est l'une des réponses à la pénurie de médecins ; il est donc absolument nécessaire de tenir compte de cette spécificité romande. Ce niveau de formation s'inscrit dans la perspective indispensable d'une évolution professionnelle et d'une augmentation du niveau d'expertise dans les institutions de santé (notamment de maintien à domicile) d'un système de qualité et efficient.

SNL insiste également sur le fait qu'en Suisse romande, la formation HES est considérée comme le niveau d'entrée dans la profession et qu'il est impératif de garantir que, pour les contributions d'encouragement, le niveau HES ne soit pas désavantagé par rapport au niveau ES. Elle se demande quelle est la procédure relative aux contributions pour les HES, car elle ne figure pas dans l'arrêté fédéral mentionné (FF 2022 1501).

BGS et *K-HF* constatent que, d'après cet article, les HES ne recevraient pas de contributions et ne devraient pas reconsidérer leur admission. Elles se demandent si cet alinéa est pertinent ou s'il est rattaché à des modèles de financement différents. Néanmoins, elles soutiennent les mesures recommandées.

OST demande que la coordination entre les lieux de formation s'applique également aux cursus des HES dans la perspective d'une formation de qualité.

Pour *HES-SO*, il semble nécessaire de préciser que c'est également la planification des besoins à l'échelle nationale, et non seulement à l'échelle d'un canton, qui permettra de déterminer les planifications des besoins cantonaux. L'extrait suivant du rapport éclaire ce point (p. 12) : « Le calcul du montant maximal par canton pour l'ensemble de la période d'encouragement est effectué sur la base des planifications des besoins des différents cantons ». Il paraît fondamental de penser à l'échelle nationale, car la mobilité professionnelle est inévitable et nécessaire.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

ZHAW et SSPH+ proposent une adaptation du texte : « Sur la base de leur la planification des besoins réalisée par la Confédération, fondée sur des chiffres actuels et sur l'équilibre nécessaire entre expérience et formation pour des soins infirmiers sûrs et adaptés, [...] » Dans les statistiques de nombreuses institutions, aucune distinction n'est effectuée entre ES et HES, même si la plus-value du personnel infirmier titulaire d'un bachelor est reconnue depuis longtemps dans tous les domaines d'intervention. Cette distinction est essentielle pour planifier correctement le *skill and grade mix* et la planification des besoins qui en découle et doit représenter, en plus du *skill and grade mix*, la base de la planification des besoins. À noter que les références à la littérature internationale sur la définition de la planification des besoins des HES sont limitées, car dans de nombreux pays, le diplôme infirmier passe nécessairement par l'obtention d'un bachelor.

4.1.9.2 Art. 9, al. 1, let. a

BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-NE-JU, USS, SHV, SIGA, SNS, PSS, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF et VSAO demandent que les mesures visant à faciliter l'accès à la formation en soins infirmier ES n'entraînent pas une réduction du contenu de la formation ES effectuée ensuite ; la formation pourrait alors ne plus correspondre à la durée minimale des enseignements théoriques et pratiques visée à l'art. 31, ch. 3, de la directive 2005/36/CE de l'UE.

Syna et Travail.Suisse considèrent que la notion de « faciliter l'accès à la formation » n'est pas claire. Si « faciliter l'accès » débouche sur une baisse de la qualité de la formation ou un raccourcissement des études ES en aval, cela n'est pas acceptable. Dans le document « Commentaires généraux » (p. 11), il est clairement fait mention de « l'adaptation de filières de formations existantes et la mise sur pied de nouvelles filières ». Cela peut laisser supposer des formations raccourcies et péjorées et la « tentation » d'augmenter à tout prix le nombre de diplômes en baissant, s'il le faut, la qualité des formations. *Travail.Suisse* est clairement opposé à toute possibilité offerte par la loi d'augmenter le nombre de diplômes en baissant la qualité des formations.

4.1.9.3 Art. 9, al. 1, let. b

VAS AG demande de garantir que, dans le cadre de la formation continue, une possibilité d'évolution soit offerte au personnel du secteur médical (ASSC, ambulanciers, techniciens) pour accéder, par une formation en alternance, à un diplôme en soins infirmiers.

4.1.9.4 Art. 9, al. 1, let. c

Pour *HES-SO*, il semble nécessaire de clarifier les éléments mentionnés à la let. c, en particulier leur articulation avec les mesures qui pourront découler des articles relatifs au soutien à la formation pratique. Il paraît également indispensable de garantir que le programme spécial destiné aux HES pourra couvrir le même type de mesures, selon un calendrier comparable.

4.1.9.5 Art. 9, al. 2

ARTISET, ASPS, BroteggPraxis, Curacasa, H+, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, Psychiatrie BL, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-GR, SBK-NE-JU, Senesuisse, USS, SHV, SIGA, SNL, SNS, PSS, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO et ZHAW demandent qu'il soit possible de financer ou de soutenir la formation pratique des formateurs à l'aide des contributions fédérales.

OST juge important de pouvoir financer, au moyen de contributions fédérales, la formation pédagogique professionnelle et didactique des formateurs dans le cadre d'une formation continue au niveau HES.

Unia exige que les contributions devraient aussi servir à la formation et à la mise en œuvre appropriée de cette dernière.

4.1.10 Article 10 Calcul

AG ne comprend pas qu'une même loi fasse une différence pour le calcul des contributions et les procédures de demande selon qu'il s'agisse des domaines d'encouragement relatifs à la formation pratique et des aides à la formation, d'une part, et l'encouragement à augmenter le nombre de diplômes dans les ES d'autre part. Il souhaite que la Confédération harmonise les procédures, calcule le montant maximal total auquel a droit chaque canton dans le cadre de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et le communique en temps utile.

4.1.10.1 Art. 10, al. 1

CDS et avec elle CDIP ainsi que AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG et ZH proposent la suppression suivante : « Le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) calcule le montant maximal auquel chaque canton a droit pour l'ensemble de la période d'encouragement [...] ». Si les contributions fédérales ne sont pas encore épuisées au terme de la période d'encouragement, les cantons qui investissent davantage de contributions cantonales pour l'encouragement des ES que ce qu'il leur revient selon la planification des besoins (p. ex. parce qu'une ES est sise dans le canton) devraient pouvoir profiter des contributions fédérales encore à disposition ; cela signifierait que les contributions fédérales ne sont pas plafonnées par canton.

GE estime nécessaire de préciser qu'il s'agit de la planification cantonale des besoins. Celle-ci devrait, néanmoins, être considérée en regard de la planification à l'échelle nationale en raison de la mobilité professionnelle.

ARTISET, ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, FKG, VERT-E-S, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, Senesuisse, USS, SHV, SIGA, SNS, PSS, Spitex Suisse, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia, VFP, VSAO et ZHAW demandent, s'il est prévisible que certains cantons n'épuisent pas le montant qui leur est réservé ou qu'ils ne le réclament pas, que ces contributions soient débloquées après un certain délai pour des cantons qui investiraient cet argent dans des mesures visées à l'art. 9, al. 1, let. a à c. L'article devrait être adapté dans ce sens. Le SEFRI doit indiquer quand les contributions réservées peuvent être débloquées et les mesures doivent être hiérarchisées selon des critères clairement définis.

OST demande également que le SEFRI hiérarchise les mesures selon des critères clairement définis et demande une adaptation de l'article dans ce sens. En outre, elle relève que la planification des besoins de certains cantons s'appuie sur les chiffres de l'OBSAN de 2019. Cela peut entraîner une distorsion lors de la prise en considération des besoins réels.

Pour HES-SO, il semble nécessaire de préciser qu'il s'agit de la planification cantonale des besoins, qui doit être cohérente avec la planification nationale des besoins.

KOGS demande que les cantons puissent déterminer si un autre service peut reprendre des tâches cantonales. Ainsi, ces services, par exemple une organisation cantonale membre d'OdASanté, pourraient être autorisés à déposer des demandes.

Syna et Travail.Suisse demandent de clarifier la procédure concernant les moyens non perçus par les cantons. Cet argent peut-il être débloqué pour d'autres cantons ou est-il conservé par la Confédération ?

4.1.10.2 Art. 10, al. 2

Aucune remarque.

4.1.11 Article 11 Demande

De manière analogue à son avis sur l'art. 6, H+ demande que la procédure et les rapports restent aussi simples que possible afin d'investir réellement les ressources dans la mise en œuvre de projets visant à encourager la formation et non dans les tâches administratives.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

Les réglementations et les prescriptions contractuelles concernant le dépôt des demandes doivent garantir aux cantons autant de flexibilité opérationnelle que possible.

4.1.11.1 Art. 11, al. 1

GE est d'avis qu'il conviendra d'accorder la même flexibilité en matière de dépôt de projets formulés par les ES et par les HES.

VD estime que la flexibilité pour les demandes formulées par les ES (soumises en tout temps) ne doit pas nuire aux demandes des HES qui, elles, doivent respecter le programme spécial pour leur demande. En outre, il demande de clarifier quel est son rôle dans la hiérarchisation des projets alors que toutes les demandes se basent sur l'évaluation des besoins cantonaux.

HES-SO demande que cette flexibilité pour les demandes formulées par les ES ne préterite pas les HES qui devront respecter le calendrier fixé dans le programme spécial pour leurs demandes. Quel arbitrage sera réalisé entre les besoins et les développements des ES et des HES ? Est-ce le rôle des cantons de hiérarchiser les projets ?

4.1.11.2 Art. 11, al. 2, let. a

Aucune remarque.

4.1.11.3 Art. 11, al. 2, let. b

Aucune remarque.

4.1.11.4 Art. 11, al. 3

Aucune remarque.

4.1.12 Art. 12 Contrat

4.1.12.1 Art. 12, al. 1

Aucune remarque.

4.1.12.2 Art. 12, al. 2, let. a

Aucune remarque.

4.1.12.3 Art. 12, al. 2, let. b

Aucune remarque.

4.1.12.4 Art. 12, al. 2, let. c

Aucune remarque.

4.1.12.5 Art. 12, al. 2, let. d

Aucune remarque.

4.1.12.6 Art. 12, al. 2, let. e

Aucune remarque.

4.1.12.7 Art. 12, al. 2, let. f

Aucune remarque.

4.1.12.8 Art. 12, al. 3

OST demande de renoncer à une limitation temporelle dans un premier temps.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.1.12.9 Art. 12, al. 4

Aucune remarque.

4.1.13 Article 13 Interlocuteur cantonal

NE constate que l'art. 13 de l'ordonnance relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers prévoit que chaque canton désigne un interlocuteur pour le SEFRI (al. 1) et que si plusieurs cantons se regroupent, ils désignent alors un interlocuteur unique (al. 2). Or, dans le cadre de la collaboration entre BE, JU et NE, l'un des trois partenaires (BE) est un canton bilingue et héberge dans sa partie francophone l'ES dans laquelle les étudiants des deux autres cantons vont étudier. NE, présidant actuellement le groupe de concertation BEJUNE, souhaite s'assurer de la possibilité qu'un canton, en l'espèce BE, puisse disposer de deux conventions différentes : une pour sa partie germanophone et une autre comme cosignataire avec JU et NE pour sa partie francophone.

4.1.13.1 Art. 13, al. 1

Aucune remarque.

4.1.13.2 Art. 13, al. 2

Pour SG, il est difficile de savoir si le canton doit définir un interlocuteur par demande ou par année de contribution et suppose que l'interlocuteur s'entend par année de contribution, car s'il s'agissait d'un interlocuteur par demande, cela serait mentionné à l'art. 12. Cependant, déterminer à l'avance un interlocuteur unique selon l'art. 13, al. 2, peut se révéler compliqué si des projets cantonaux et intercantonaux sont regroupés. Il se peut qu'au début de l'année de contribution, les projets qui seront déposés et les cantons qui participeront à des projets communs ne soient pas encore connus. Par conséquent, SG suggère de supprimer l'art. 13, al. 2. Ainsi, chaque canton peut définir son propre interlocuteur et si deux cantons déposent un projet conjointement, ils désignent l'interlocuteur pour ce projet dans le contrat.

4.1.14 Art. 14 Rapport

4.1.14.1 Art. 14, al. 1

SH juge essentiel d'évaluer l'efficacité des moyens employés. Il demande néanmoins de simplifier la forme du rapport annuel transmis à la Confédération afin d'en contenir les coûts.

4.1.14.2 Art. 14, al. 2

ASPS, BFH, BroteggPraxis, Curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, OST, PH CH, SBK, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, Senesuisse, SGB, SHV, SIGA, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, VFP, VSAO et ZHAW demandent que l'article soit complété par la phrase suivante : « Le rapport annuel des cantons à l'intention du SEFRI sera publié. »

ARTISET, Spitex Schweiz et Spitex Zürich partagent cet avis et proposent la formulation suivante : « Les cantons rendent compte tous les ans et publiquement de l'utilisation des contributions fédérales au SEFRI . »

4.1.15 Art. 15 Déclaration de modifications

Aucune remarque.

4.1.16 Art. 16

SO serait favorable à ce que la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers entre en vigueur dès le 1^{er} juillet 2024, mais que l'obligation de formation ne soit appliquée qu'à partir du 1^{er} janvier 2025. Cela permettrait d'assurer une transition harmonieuse entre les différents systèmes de formation initiale et continue.

4.2 Ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr)

Aucun retour n'a été formulé concernant le préambule du projet d'OFPr.

4.2.1 Art. 73a Reconnaissance des diplômes cantonaux et intercantonaux selon l'ancien droit

À l'exception de deux acteurs (*AI* et *IMAD*), tous les participants à la consultation qui se sont exprimés concernant cet article étaient d'accord avec la proposition. *GE*, *SH* et *BGS* saluent explicitement le transfert de la mise en œuvre des procédures à la CRS. *VS* partage lui aussi cet avis et fait observer que le contrat de droit public entre la CRS et le SEFRI doit être clair et reprendre les principes de reconnaissance appliqués par le SEFRI dans d'autres professions.

AI demande que l'OFPr soit complétée par un nouvel article attribuant clairement à la Confédération la compétence en matière de reconnaissance des diplômes cantonaux et intercantonaux selon l'ancien droit. En principe, la compétence pour toutes les procédures de reconnaissance dans le domaine des professions de la santé doit être attribuée au SEFRI, comme il est déjà d'usage pour tous les autres domaines professionnels. Il incombera au SEFRI de se procurer le savoir-faire auprès de la CRS ou d'OdASanté.

IMAD souligne l'importance de permettre aux personnes titulaires de diplômes cantonaux et intercantonaux selon l'ancien droit de faire reconnaître leurs diplômes selon la nouvelle systématique. Elle demande que la compétence en matière de reconnaissance de ces diplômes selon l'ancien droit soit transférée au SEFRI.

4.3 Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

4.3.1 Art. 49, al. 2

BFH, *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *FKG*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK*, *SBK-BE*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *PSS*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Unia*, *VFP* et *ZHAW* regrettent que la forme masculine « infirmiers » soit placée devant la forme féminine « infirmières ». À leur sens, il faudrait, tant dans l'OPAS que dans l'OAMal, que la forme neutre « personnel infirmier » soit utilisée ou, à défaut, que la désignation féminine soit mentionnée en premier. *SBK* déplore en outre l'utilisation du seul masculin dans la version française.

4.3.2 Art. 51

4.3.2.1 Art. 51, al. 1, let. a^{bis}

CDS, *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *FR*, *GL*, *GR*, *VD*, *SG*, *LU*, *NW*, *OW*, *UR*, *JU*, *SZ*, *TI*, *VS*, *ZG* et *ZH* ainsi qu'*IDS* demandent que l'article soit complété comme suit : « disposer d'un mandat de prestations cantonal conformément à l'art. 36a, al. 3, LAMal ». L'objectif est de préciser que la condition d'admission est remplie s'il existe un mandat de prestations cantonal qui définit l'obligation de formation. Ce mandat de prestations cantonal ne doit pas nécessairement régler d'autres éléments tels que des prescriptions sur les soins à dispenser, le rayon d'activité ou la planification des soins pour que la condition d'admission soit remplie. *CDS* propose également que le mandat de prestations cantonal pour toutes les organisations et institutions puisse être défini dans un acte législatif (p. ex. sous forme de tableau).

GE déplore le manque de clarté des conditions proposées en matière de pilotage. Il estime que le lien avec la LAMal n'est pas clair : selon les motifs visés à l'art. 36a LAMal, ce nouvel alinéa oblige les cantons à établir, lors de l'admission des organisations d'aide et de soins à domicile (art. 35, al. 2, let. d^{bis}), un mandat de prestations devant indiquer les soins à dispenser, le champ temporel et territorial d'activité et les prestations de formation requises, en tenant compte des critères fixés à l'art. 3 du projet de loi fédérale sur l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers et du plan de formation mentionné à l'art. 4 de ce projet. Les cantons, responsables de garantir les soins, chargent les institutions de fournir des prestations de formation à l'aide de mandats de prestations ciblés, dans lesquels ils peuvent aussi définir les types de soins à dispenser ou le rayon d'activité ainsi que le début et la fin

des prestations. Ils peuvent, par exemple, prévoir qu'une seule organisation d'aide et de soins à domicile dispense non seulement les soins de base, mais aussi l'ensemble des soins. Pour les cantons, le mandat de prestations est donc également un outil de gestion des admissions à pratiquer à la charge de l'AOS, puisqu'ils la pourront retirer à un fournisseur de prestations en cas de non-respect du mandat de prestations. Dans le même temps, l'art. 55b LAMal prévoit la possibilité pour les cantons de refuser l'admission à pratiquer à la charge de l'AOS si les coûts augmentent. Pour *GE*, cela soulève donc deux questions : les cantons doivent-ils attribuer des mandats uniquement aux organisations d'aide et de soins à domicile qui souhaitent dispenser une formation ? Et si oui, cela signifie-t-il que le mandat ne sert qu'à obtenir le financement de la formation ? Les motifs susmentionnés semblent indiquer qu'il sert également à gérer les admissions. En outre, *GE* se demande si les cantons pourraient refuser l'admission d'une organisation d'aide et de soins à domicile pour d'autres raisons que l'augmentation des coûts (art. 55b LAMal), et si oui, lesquelles.

SH souhaite que l'article soit complété par la formule suivante : « [...] dans la mesure où elles sont concernées par une obligation cantonale de formation. ». Il y a lieu de distinguer les contrats de prestations relatifs aux formations d'autres mandats de prestations, notamment des contrats de prestations des communes concernant la sécurité de l'approvisionnement. Les entreprises ne sont probablement pas toutes concernées par une obligation de formation et, par conséquent, par la nécessité de présenter un concept de formation, puisque le canton fixe lui-même les paramètres en vertu de la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers. Pour *SH*, il est donc nécessaire de clarifier le traitement à l'égard des entreprises (généralement petites) qui n'assument pas de fonction de formation. Il faudrait préciser le contenu concret d'une convention de prestations avec le canton selon l'art. 36a, al. 3, LAMal pour ces entreprises. Selon *SH*, il y a lieu de préciser si l'art. 35, al. 2, LAMal limite de facto l'agrément sanitaire ou si celui-ci reste possible sans mandat de prestations lorsque les entreprises ne souhaitent volontairement pas recourir à la facturation directe à l'AOS et continuent à fournir leurs prestations sur prescription médicale au sens de l'art. 35, al. 2, let. e, LAMal. Le canton se demande aussi pourquoi l'obligation de formation est liée à l'autorisation de facturer directement à l'AOS. À ses yeux, l'autorisation de facturation directe devrait plutôt être liée aux agréments sanitaires, car c'est dans ce cadre que les qualifications sont vérifiées. En outre, il faudrait préciser la forme du mandat de prestations, d'autant plus qu'on ne comprend pas, concernant ce dernier, s'il s'agit d'un contrat bilatéral à conclure avec chaque fournisseur de prestations ou d'un contrat unilatéral au sens d'une liste prépubliée comprenant des dispositions cantonales. Des contrats bilatéraux avec des fournisseurs de prestations individuels entraîneraient une charge administrative considérable pour les cantons.

ARTISET demande de compléter l'article par la mention « ... ou d'une autorisation. » au motif que les différents secteurs utilisent d'autres termes que celui de « convention de prestations cantonales ».

ASPS et *Senesuisse* demandent que l'admission soit basée, comme jusqu'à présent, sur l'autorisation d'exploitation cantonale. Elles jugent totalement inutile d'adapter l'actuelle OAMal : loin d'apporter une valeur ajoutée, la modification générera un travail considérable. D'une part, elles estiment que les mandats de prestations cantonaux représentent fondamentalement un moyen à éviter, car ils sont source d'iniquité et d'opacité (accords individuels avec certains fournisseurs de prestations). D'autre part, elles ne voient pas l'intérêt de compléter la solution optimale pour les « organisations de soins et d'aide à domicile » par une complication qui, en l'état, ne fait qu'accroître la charge de travail, sans aucun bénéfice à la clé. Et ce, d'autant plus qu'il s'agit d'une solution limitée à huit ans. Elles expliquent que les fédérations ont déjà souligné, dans le cadre de l'élaboration du contre-projet indirect à l'initiative sur les soins infirmiers, qu'il aurait été plus pertinent de se limiter à l'autorisation d'exploitation.

MFÄF espère que l'application de cet article par les cantons n'entraînera pas une diminution du nombre de prestataires de soins dans le domaine ambulatoire ou dans les EMS. À son sens, l'analyse des chiffres devrait s'inscrire dans une perspective globale, avec une analyse macroéconomique des transferts de charges entre l'hôpital stationnaire et le secteur

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

ambulatoire. En effet, une offre importante de soins infirmiers ambulatoires et d'EMS permet, en étroite collaboration avec les médecins praticiens, d'éviter les hospitalisations ou, le cas échéant, de permettre un retour plus rapide à domicile.

Si *IMAD* admet, quant à elle, la nécessité de proposer aux cantons des instruments de pilotage, elle estime que les conditions proposées ne sont pas claires et n'offrent pas de garantie d'efficacité.

Pour *Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich*, il est important de trouver une solution pragmatique concernant la mise en œuvre des mandats de prestations cantonaux qui ne soit pas synonyme de charges complexes et disproportionnées ou de planifications détaillées et inutiles, d'autant que la loi est limitée dans le temps.

4.3.2.2 Art. 51, al. 2

ASPS demande la suppression de cette disposition au motif qu'on ne saurait restreindre la liberté d'entreprendre ou la limiter dans le temps. Elle indique que des dispositions similaires ont déjà conduit à d'importantes difficultés par le passé. En effet, les méthodes de calcul du « taux de couverture » aboutissent à des résultats qui ne correspondent pas à la réalité du terrain. En témoigne la difficulté, dans de nombreuses régions, à trouver un médecin traitant. De plus, la limitation du droit d'exercer à la charge de l'AOS entraîne une baisse des vocations et de la motivation des étudiants et des jeunes professionnels de la santé à continuer d'étudier ou d'exercer, risquant d'aggraver la pénurie de personnel infirmier et la dépendance de l'étranger pour fournir des soins de base à la population.

4.3.3 II Dispositions transitoires de la modification du ...

CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, SG, SO, SZ, TG, TI, OW, UR, VS, ZG* et *ZH* demandent la suppression de la disposition transitoire, qu'ils jugent inutile. De leur point de vue, de nombreux cantons sont déjà soumis à des obligations de formation qui s'appliquent également aux organisations d'aide et de soins à domicile. En vue de la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers, tous les cantons régleront l'obligation de formation et l'octroi de contributions au niveau cantonal et obligeront les organisations d'aide et de soins à domicile à se former. Si la disposition transitoire n'est pas supprimée, les cantons demandent l'ajout suivant dans l'ordonnance en langue allemande : « [...], un mandat de prestations au sens de l'art. 36a, al. 3, *LAMal*. »

CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, GL, FR, GR, JU, LU, NW, OW, SZ, TG, TI, UR, VS, ZG* et *ZH* demandent, en outre, l'ajout d'une disposition transitoire supplémentaire régissant expressément les droits acquis ainsi que leur étendue. En effet, dans le dernier paragraphe du ch. 4.4.1 des commentaires, il est expliqué que les organisations d'aide et de soins à domicile bénéficieraient d'une garantie des droits acquis (c'est-à-dire la conservation de positions juridiques acquises sur la base du droit antérieur, mais qui ne correspondent pas au nouveau droit), qui nécessiterait une disposition expresse correspondante dans le nouveau droit. En l'absence d'une réglementation correspondante au niveau de la *LAMal*, il faudrait ancrer la garantie des droits acquis au niveau de l'*OAMal* au moins. Une simple mention dans les commentaires ne serait pas suffisante. Les fournisseurs de prestations admis avant l'entrée en vigueur de cette modification (cela concerne aussi bien le personnel infirmier que les organisations d'aide et de soins à domicile) étaient, en outre, admis sur la base de l'art. 35, al. 2, let. e, *LAMal* (personnes et organisations prodiguant des soins *sur prescription ou sur mandat médical*). Afin d'assurer la sécurité du droit, il convient donc de régler expressément au niveau de l'*OAMal* si, à partir de l'entrée en vigueur de cette modification, les fournisseurs de prestations peuvent également prodiguer des soins *sans prescription ou mandat médical*, pour autant que les conditions correspondantes soient remplies conformément à l'*OPAS*.

SH demande que soit précisé où sont ancrés, pendant la période transitoire, les obligations et les concepts de formation concernant les entreprises concernées, afin que celles-ci puissent également bénéficier, pendant les deux premières années, des contributions à la formation

pratique prévues dans la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers.

SO fait également observer que l'obligation de formation doit – à la lumière de l'égalité des droits – s'appliquer de la même manière aux organisations d'aide et de soins à domicile, aux EMS et aux hôpitaux. Le choix de fournir ou non des prestations de formation ne peut être laissé à la discrétion des organisations d'aide et de soins à domicile. Il n'y a pas de base correspondante pour un tel privilège dans la loi relative à l'encouragement de la formation dans le domaine des soins infirmiers ni dans la législation sur l'assurance-maladie. Si la disposition transitoire devait être maintenue, il faudrait y préciser expressément – afin d'assurer la sécurité du droit – que le personnel infirmier et les organisations d'aide et de soins à domicile admis jusqu'à présent pourront à l'avenir également prodiguer des soins sans prescription ou mandat médical, pour autant que les conditions correspondantes de l'OPAS soient remplies.

TG demande, au cas où la disposition transitoire ne serait pas supprimée, le complément suivant : « [...], un mandat de prestations au sens de l'art. 36a, al. 3, LAMal. ».

Pour VD, cette disposition suggère que les infirmiers indépendants ne pourraient pas bénéficier de mesures d'encouragement pour des prestations de formation, car elle ne se réfère qu'aux organisations d'aide et de soins à domicile, et non aux infirmiers indépendants. VD propose donc d'examiner comment arriver à faire reconnaître ces derniers comme des fournisseurs potentiels de prestations de formation sans pour autant créer d'obligation. Le canton déplore en outre que l'ordonnance ne mentionne rien concernant une éventuelle obligation des fournisseurs de prestations à fournir des prestations de formation, alors que cet aspect est expressément mentionné dans les nouveaux articles 36a, al. 3 et 39, al. 1^{bis}, LAMal. Il conviendrait donc d'introduire dans l'OAMal une norme minimum concernant les prestations de formation requises et d'exiger la prise en compte des stagiaires et de leurs encadrants dans la composition des équipes de soins (*skill mix* et *grade mix*).

ASPS demande que les dispositions transitoires soient complétées par un ajout concernant l'admission des organisations ne fournissant pas de prestations de formation. Elle est favorable à l'octroi d'un mandat de prestations aux organisations de soins à domicile déjà admises au moment de l'entrée en vigueur de la modification et qui fournissent ou envisagent de fournir des prestations de formation. Toutefois, le rapport complémentaire stipule que les organisations qui ne fournissent pas ou n'ont pas l'intention de fournir des services de formation demeurent admises, ce qui est à la fois juste et important : toutes les organisations d'aide et de soins à domicile existantes doivent pouvoir continuer d'exercer leurs activités.

IDS estime que si des droits acquis sont reconnus aux organisations d'aide et de soins à domicile, ils doivent être mentionnés explicitement et précisément dans la disposition transitoire.

4.4 Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS)

4.4.1 Remarques générales

CDS ainsi que AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TI, ZG et ZH rejettent les modifications proposées dans l'OPAS et demandent un remaniement en profondeur. Ils estiment que la solution proposée actuellement n'est pas applicable dans la pratique et crée de fausses incitations. Elle aurait pour conséquence d'augmenter le volume de soins de base fournis par un personnel hautement qualifié et cher. L'attrait pour ces professionnels de se mettre à leur compte augmenterait. En ces temps de pénurie de personnel qualifié, il est indispensable que le personnel disponible soit employé conformément à ses compétences. Il convient donc d'affecter le personnel infirmier, actuellement rare, en priorité aux soins de traitement complexes. Cette approche se justifie également du point de vue de l'économicité de la fourniture de prestations. Il faudrait donc autoriser la fourniture de prestations telles que des examens et des traitements conformément à l'art. 7, al. 2, let. b, OPAS (soins de traitement) sans prescription ou mandat médical. En revanche, les

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

prestations de soins de base selon l'art. 7, al. 2, let. c, OPAS doivent continuer d'être fournies sur prescription ou mandat médical uniquement.

Si aucune suite n'est donnée à cette demande, dans les organisations de soins et d'aide à domicile, les soins de base doivent alors aussi pouvoir être fournis par un personnel moins qualifié sous la surveillance d'une infirmière ou d'un infirmier (modèle de la délégation). Enfin, les organisations d'aide et de soins à domicile rencontrent aujourd'hui déjà des difficultés à recruter du personnel hautement qualifié. Cette tendance se renforcerait si une activité indépendante devenait encore plus attrayante pour le personnel hautement qualifié et que ce dernier ne serait plus disponible pour ces organisations. En outre, les exigences prévues en matière d'expérience professionnelle ainsi que les mécanismes de contrôle du respect de ces exigences ne sont tout simplement pas applicables dans la pratique. Des débats fastidieux entre assureurs et fournisseurs de prestations en seraient la conséquence.

FR insiste pour qu'aussi bien les prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a (évaluation, conseils et coordination), b (examens et traitement) et c (soins de base) puissent être facturées sans prescription ou mandat médical, et que, pour les organisations d'aide et de soins à domicile, le personnel infirmier puisse déléguer ces prestations à du personnel moins qualifié, sous leur surveillance.

Pour *SO*, *TI* et *ZH*, la révision de l'OPAS sous cette forme ne permet pas d'atteindre l'objectif de revalorisation du statut professionnel et de renforcement de l'autonomie du personnel infirmier ES et HES. Or il s'agit de professionnels hautement qualifiés, en mesure de fournir, sous leur propre responsabilité, des prestations d'examen et de traitement telles que changer des pansements ou mesurer des signes vitaux. Pour *SO*, la limitation prévue dans l'OPAS à des mesures d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi qu'à des mesures ayant trait à des soins de base ne permet pas d'atteindre l'objectif de revalorisation du statut professionnel du personnel infirmier ES et HES. Le canton estime également que d'autres personnes travaillant dans le domaine des soins infirmiers et disposant d'une formation correspondante (p. ex. assistants en soins et santé communautaire CFC [ASSC]) doivent également être autorisées à dispenser des soins de base sous la surveillance du personnel infirmier ES et HES. Enfin, il considère comme inutiles les conditions supplémentaires imposées au personnel infirmier. Il juge que les conditions d'admission existantes selon l'art. 49 OAMal sont suffisantes pour pouvoir garantir la qualité nécessaire.

Par ailleurs, *SO* et *ZH* craignent une hausse des coûts si, à l'avenir, des prestations de soins de base sont effectuées par du personnel plus qualifié et plus cher.

VD propose, dans la perspective d'établir une plus grande autonomie du personnel infirmier, de supprimer la condition prévue dans l'OPAS selon laquelle le personnel infirmier pourra fournir des prestations sans prescription ou mandat médical (et le facturer à la charge de l'AOS) uniquement dans le domaine dans lequel il a effectué ses deux années d'activité pratique. En outre, le canton estime que les dispositions de l'OPAS doivent être clarifiées afin de préciser que le personnel infirmier salarié pourra également fournir des prestations sans prescription ou mandat médical et le facturer à la charge de l'AOS.

PEV considère que le projet d'OPAS est raté et inapplicable, et demande son remaniement en profondeur. À ses yeux, le fait qu'une prestation de soins soit affectée au domaine autonome des soins infirmiers signifie que les médecins ne peuvent techniquement pas évaluer si elle est indiquée ou non. Pour *PEV*, il est difficile de comprendre en quoi consiste exactement la garantie de qualité d'une prescription médicale dans un domaine qui est étranger au médecin. Il estime que cela n'est pas conforme à la Constitution. Les mesures relevant de ce domaine se situent en dehors du champ de compétences des médecins, ce qui ne permet pas de les soumettre efficacement à une surveillance, un contrôle, une décision ou une prescription de la part du corps médical. Les deux années d'expérience professionnelle dans chaque domaine concerné par la fourniture de prestations qui sont exigées en plus de la condition posée par l'art. 49, let. b, OAMal pour la prescription autonome de prestations ne sont ni pertinentes, ni applicables. La formation est de nature généraliste et l'autorisation de fournir des prestations à la charge de l'AOS implique de devoir justifier de deux ans d'expérience

professionnelle (art. 49 OAMal). La collaboration interprofessionnelle, notamment avec des médecins, est une condition préalable dans ce métier. Les attentes concernant les preuves à apporter d'une expérience pratique de deux années supplémentaires dans chaque domaine ne sont pas claires. Autre point fondamental, la conformité des prestations fournies aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité est contrôlée par les assureurs compétents.

Pour *VERT-E-S*, la modification de l'OPAS passe à côté de l'objectif de revalorisation du statut professionnel et de renforcement de l'autonomie du personnel infirmier. Ils s'opposent notamment aux deux années supplémentaires d'expérience professionnelle dans chaque domaine concerné par la fourniture de prestations requises pour la prescription autonome de prestations en plus des deux années d'expérience professionnelle exigées par l'art. 49, let. b, OAMal. Ils s'opposent également à l'impossibilité de déléguer à l'équipe de soins les prestations prescrites de manière autonome par le personnel infirmier, ce qu'ils jugent à la fois inefficace et inapplicable, par exemple pour les organisations d'aide et de soins à domicile. En outre, ils considèrent que le fait de soumettre le renouvellement des prestations de soins à l'accord d'un médecin après 18 mois est en contradiction avec l'autonomie des soins prônée.

AVASAD est d'avis que plusieurs restrictions prévues dans les projets d'ordonnance s'opposent au principe de la facturation directe par le personnel infirmier (art. 7, al. 2^{bis}, let. c et 8a, al. 1^{bis} et 8, OPAS). En instaurant des durées minimales d'expérience professionnelle et des restrictions territoriales et en se montrant plus strict sur les domaines au sein desquels cette expérience doit avoir eu lieu, on s'oppose par couches successives au principe même de la facturation directe. Ces restrictions aboutiront à une nette baisse de la prise en charge des soins à domicile par les assurances-maladie, et in fine à une baisse du volume de prestations fournies. C'est un très mauvais calcul économique, dans la mesure où une prise en charge de qualité à domicile contribue grandement à une baisse du nombre de jours d'hospitalisations. L'effet sur les coûts de la santé sera donc, en définitive, l'exact inverse de celui recherché. AVASAD s'interroge aussi sur la pérennité de la possibilité pour les soignants habilités à déléguer une partie de leurs prestations. Si les ASSC devaient se trouver exclus des soins de base pour ce motif, toute la structure des soins à domicile telle qu'on la connaît dans notre pays vacillerait, avec là aussi des conséquences sanitaires et sociales catastrophiques et, finalement, une hausse prévisible des coûts de la santé.

ASPS, *Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* estiment que la proposition de réglementation ne permet pas, ou en partie seulement, de mettre en œuvre les objectifs de l'initiative sur les soins infirmiers. En particulier dans le domaine de la fourniture et de la facturation autonomes des prestations, la solution proposée n'est pas appropriée et pourrait conduire, compte tenu des fausses incitations qu'elle induit et des carences qu'elle présente, à une aggravation de la situation dans le domaine des soins infirmiers. D'une part, le système proposé crée deux fausses incitations. D'autre part, il risque, compte tenu des restrictions qu'il impose, d'entraîner un mécontentement et une frustration supplémentaire dans les soins infirmiers. *Fausse incitation n° 1* : la condition selon laquelle une prestation ne peut être prescrite et facturée par du personnel infirmier que si celui-ci la fournit lui-même implique que, pour mettre en œuvre les nouvelles dispositions, les organisations d'aide et de soins à domicile et les EMS recourent davantage à du personnel tertiaire hautement qualifié pour des prestations de soins de base. Compte tenu de la pénurie de personnel qualifié et de l'obligation de fournir les prestations dans le respect des critères EAE, ce serait envoyer un très mauvais signal et torpiller encore davantage le système. *Fausse incitation n° 2* : étant donné que la nouvelle réglementation empêcherait pratiquement la facturation indépendante dans les organisations utilisant le modèle de la délégation (organisations d'aide et de soins à domicile et EMS) et que seuls les infirmiers indépendants pourraient y avoir recours, ce qui équivaldrait à une inégalité de traitement de fait, le statut indépendant gagnerait en attractivité. Une fragmentation supplémentaire de la médecine de premier recours n'est pas dans l'intention du législateur. *Restrictions inutiles* : les restrictions intégrées dans la proposition de mise en œuvre, comme la collaboration lors du nouvel examen (*re-assessment*) ou l'accord du médecin après 18 mois, traduisent avant tout une méfiance envers les soins infirmiers. Chaque prestation des collaborateurs d'organisations d'aide et de soins à domicile serait soumise au contrôle des

baillleurs de fonds. Or, les assureurs-maladie, par exemple, assument déjà largement ce rôle aujourd'hui. Cela revient aussi à négliger le fait que les entreprises sont responsables des actes de leur personnel.

Selon *BFH*, *FKG* et *VFP*, la présente ordonnance empêchera la mise en œuvre du domaine de la responsabilité propre du personnel infirmier en raison d'obstacles disproportionnés, déconnectés de la réalité, rigides et non fondés sur les plans factuel et professionnel. Les dispositions prévues réduisent le domaine de la responsabilité propre à une autonomie pro forma. De plus, il en résulte une charge administrative et organisationnelle élevée, sans renforcement ciblé de la médecine de premier recours ni réduction des coûts ou revalorisation des soins infirmiers. *BFH*, *FKG* et *VFP* proposent d'utiliser dans l'intégralité du texte soit « infirmières et infirmiers », soit le terme neutre « personnel infirmier ».

BFH voit également d'un œil critique l'ajout de deux années d'expérience professionnelle aux deux années déjà exigées par l'art. 49, let. b, OAMal, comme condition préalable à la prescription autonome de prestations. Elle critique, en outre, le projet d'accord du médecin à l'égard du renouvellement de prescription après un délai maximal de 18 mois, l'impossibilité de déléguer des prestations à l'équipe de soins ainsi que l'assujettissement des mesures de soins à la surveillance, au contrôle, à la décision ou à la prescription du médecin.

BSH constate qu'avec cette avalanche de mesures, la Confédération impose un nombre excessif de tâches supplémentaires aux fournisseurs de prestations, de sorte qu'aucune des mesures mises en œuvre ou prévues ne pourra sans doute jamais faire l'objet d'une évaluation scientifiquement fondée quant à son efficacité. Il s'ensuivra néanmoins des surcoûts correspondants (inutiles !?). Il manque une stratégie globale qui devrait être basée sur le même objectif que celui fixé par la LAMal pour toutes les prestations : une efficacité maximale à moindre coût. D'une manière générale, on ne peut ignorer la tendance à multiplier les charges parallèles, qui ne font qu'accroître le volume de données et la charge administrative, empêchant ainsi le personnel spécialisé, déjà rare ou en voie de l'être à tous les niveaux du système de santé, de fournir des prestations aux patients et pour les patients. Loin d'améliorer l'efficacité ou la qualité, cela ne fera qu'inciter encore davantage le personnel spécialisé à se détourner de sa profession. En particulier dans la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, qui est l'expression même du désespoir du personnel infirmier face à un excès de tâches administratives, des processus inefficaces et des conditions d'embauche qui mériteraient d'être améliorées, il importe de veiller à ce que les nouvelles réglementations entraînent une charge administrative minimale tout en ayant un impact optimal sur la capacité du personnel infirmier à fournir des prestations aux patients et pour les patients. Il faudrait que tout le reste soit pris en compte dans l'esprit de l'EAE selon la LAMal, y compris les obligations administratives dans leur ensemble, autrement dit en faisant œuvre de concision et de précision maximales.

mfe et *PIP* saluent l'importance donnée à la coordination des soins. La reconnaissance de la coordination réalisée par l'ensemble des professions de santé est attendue depuis longtemps. Mais pour que cette coordination puisse être mise en œuvre, il importe d'en définir les conditions-cadres. *mfe* et *PIP* s'étonnent de l'absence de réglementation en la matière, notamment en ce qui concerne le financement. Le travail de coordination d'une équipe interprofessionnelle ne bénéficie d'aucune position tarifaire propre et adéquate. La majorité des professionnels de soins ne disposent d'aucune position tarifaire permettant de rémunérer une pratique interprofessionnelle de coordination en l'absence du patient. Une réelle promotion de la collaboration interprofessionnelle doit passer par une reconnaissance politique mais aussi tarifaire du temps nécessaire à la coordination des soins intégrés. La coordination est une prestation essentielle en termes de qualité des soins et de sécurité des patients. Elle peut éviter des hospitalisations ou des examens inutiles. On ne peut s'attendre à ce que la coordination des soins puisse avoir lieu de manière systématique, alors que les professionnels de la santé dans le domaine ambulatoire ne sont pas rémunérés pour ce temps. *Mfe* et *PIP* demandent que des solutions soient trouvées en matière de rémunération pour le personnel infirmier, et

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

plus largement pour toutes les professions de la santé, pour couvrir les activités de coordination.

PIP demande que certaines prestations puissent être déléguées afin d'éviter que du personnel surqualifié n'exécute lui-même certaines prestations de soins.

PBL estime que le projet n'est pas applicable dans la pratique : si les soins infirmiers doivent être reconnus comme une catégorie professionnelle à part entière, avec ses compétences propres, il faut également lui reconnaître le droit de définir le besoin en soins de manière autonome. Il est difficile de comprendre pour quelle raison et avec quelles compétences un membre du corps médical serait plus à même de chiffrer un besoin en soins qu'un spécialiste des soins infirmiers dans son propre domaine de compétences. Il s'agit précisément de fournir des prestations de soins sous sa propre responsabilité et non par délégation. Les compétences attestées par un diplôme et des formations continues définissent clairement le cadre des prestations à fournir de manière autonome. Les médecins n'étant pas qualifiés pour définir le besoin en soins, ils ne sont pas compétents pour délivrer une prescription en connaissance de cause. Il s'agit plutôt de définir de manière interprofessionnelle où placer concrètement l'accent dans le plan de traitement individuel. La gestion des cas serait confiée à la catégorie professionnelle concernée selon que cet accent serait mis sur des interventions infirmières ou sur des interventions médicales. Les conditions pour la fourniture autonome de prestations de soins, qui sont nombreuses et non opérationnalisées, ne sont ni au point ni applicables dans la pratique. Depuis des décennies, de nombreuses études multicentriques sur les soins infirmiers démontrent que l'exercice autonome de la profession est l'une des variables les plus efficaces pour attirer et fidéliser le personnel infirmier qualifié. Étant donné que de nombreux infirmiers fournissent des prestations dans le cadre de fonctions relevant de la pratique infirmière avancée (souvent avec un bagage universitaire tel qu'un doctorat), la démarche restrictive esquissée est totalement incompréhensible.

Santésuisse demande que les compétences du personnel infirmier employé soient systématiquement contrôlées par l'employeur. Si nécessaire, il serait judicieux que ce dernier fasse valider par une commission d'experts les compétences de son personnel infirmier, tant pour les soins psychiatriques que pour la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients en réseau. Les prestataires de soins devraient être en mesure de justifier les contrôles effectués en cas de demande des assureurs-maladie.

SBK ainsi que *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-NE-JU*, *SGB*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *Unia* et *ZHAW* considèrent que la mise en œuvre au niveau de l'ordonnance est un échec et la jugent en partie contraire à la Constitution et à la loi. À leurs yeux, cette proposition traduit de manière flagrante l'opposition continue de la Confédération et de l'administration à l'autonomie du personnel infirmier. Cette solution rigide et inapplicable dans la pratique s'oppose à la mise en œuvre de la volonté du Parlement et du peuple. Le fait de soumettre la prescription autonome de prestations à l'obligation pour le personnel infirmier d'acquiescer, en plus des deux ans d'expérience professionnelle exigés par l'art. 49, let. b, OAMal, deux années supplémentaires d'expérience professionnelle dans chaque domaine concerné par la prescription de prestations, est absurde et inapplicable. Pour *SBK* et les autres participants à la consultation, le fait de devoir demander à nouveau l'accord du médecin après 18 mois est contraire à la Constitution et à la loi. Les dispositions de la LAMal et ses ordonnances d'exécution n'ont pas pour fonction d'introduire, même indirectement, de prescriptions relatives aux responsabilités des fournisseurs de prestations amenés à collaborer de manière plus ou moins étroite lors de la prise en charge de patients. L'art. 25a, al. 3^{quater}, LAMal ne donne mandat au Conseil fédéral que de « régler la coordination entre les médecins traitants et les infirmiers ». Enfin, la LAMal et ses ordonnances d'exécution prévoient des dispositions régissant d'ores et déjà les critères généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, mais aussi de qualité, auxquels doivent satisfaire les prestations couvertes par l'AOS. Il paraît inopportun de prévoir des prescriptions additionnelles aussi détaillées que c'est le cas dans le projet, au risque de vider de sa substance le caractère autonome de la pratique, à la charge de l'AOS, de plusieurs

prestations infirmières, comme souhaité lors de l'adoption de l'art. 117b Cst. Rien dans la Constitution ou la loi ne permet au Conseil fédéral de soumettre le domaine autonome des soins infirmiers, ancré dans les textes, à des conditions qui le vident pour ainsi dire de sa substance. L'impossibilité, pour le personnel infirmier, de déléguer des prestations prescrites de manière autonome à l'équipe de soins est inefficace et inapplicable pour les organisations d'aide et de soins à domicile. Elle est contraire à l'essence même de la notion d'autonomie et n'est pas fondée sur le plan juridique. *SBK* ainsi que les autres participants à la consultation demandent en outre l'adaptation du titre du chap. 2 (« Prestations fournies sur prescription ou mandat médical ») au motif qu'il n'est plus d'actualité, d'autant plus que l'art. 7 énumère les prestations qui sont (ou peuvent être) fournies (à bon droit : facturées) sans prescription ou mandat médical.

SBK-GR n'est pas non plus d'accord avec la mise en œuvre prévue et la rejette sous cette forme. L'initiative demandait que les prestations fournies par le personnel infirmier dans le cadre de ses compétences propres puissent être facturées directement aux caisses-maladie. Le personnel infirmier acquiert les compétences requises avec le diplôme professionnel. Seule la reconnaissance de ces compétences leur est jusqu'ici refusée. Des études de médecine conduisent à l'acquisition d'autres compétences et ne permettent pas d'évaluer celles du personnel infirmier. L'accompagnement de personnes ayant besoin d'une aide médicale requiert une collaboration d'égal à égal entre différentes catégories professionnelles. Il n'y a pas de subordination entre elles, les tâches sont définies par la formation concernée. *SBK-GR* considère donc les restrictions prévues comme profondément choquantes, chicanières et susceptibles de créer un « monstre de bureaucratie ». Pour elle, ce n'est certainement pas ainsi que l'on parviendra à améliorer l'attractivité de la profession. Au contraire, cela témoigne d'une profonde méfiance à l'égard du personnel infirmier, qui ne peut pas effectuer son travail et en répondre sans être surveillé. Étant donné qu'il fournirait des prestations sous sa propre responsabilité, il devrait donc aussi pouvoir déléguer des tâches aux auxiliaires de santé. Il faudrait avoir pour objectif de rationaliser au maximum le travail compte tenu de la raréfaction des ressources. Cela vaut d'autant plus dans le domaine de l'aide et des soins à domicile ainsi que pour le personnel infirmier indépendant.

Senesuisse estime que la proposition soumise ne renforce guère l'autonomie du personnel infirmier. Une réglementation aussi rigide est loin d'apporter une solution applicable dans la pratique. Le simple fait d'obliger le personnel infirmier à acquérir deux ans d'expérience professionnelle dans chaque domaine pour pouvoir prescrire des prestations de manière autonome est une surenchère administrative, surtout s'il ne peut pas facturer des soins de traitement. Il serait en effet extrêmement inefficace et contre-productif, compte tenu de la pénurie de personnel qualifié, que du personnel infirmier tertiaire dispense des soins de base (ce qui est l'objectif de cette réglementation). D'autant plus qu'il ne pourrait pas déléguer ces prestations à d'autres collaborateurs (moins qualifiés) de l'équipe de soins. La réglementation adoptée est totalement rédhitoire, inefficace et inapplicable pour les organisations d'aide et de soins à domicile.

Selon *SNL*, les modifications proposées entraîneront de facto une non-mise en œuvre du domaine de responsabilité propre : les obstacles sont disproportionnés et non justifiables objectivement (art. 7, al. 2^{bis}, OPAS), les conditions ne sont pas claires (art. 7, al. 2^{bis}, let. c, OPAS), la mise en œuvre n'est tout simplement pas applicable dans la pratique (pas de possibilité de délégation) et la limitation de l'autonomie dans le temps n'est pas fondée. Les dispositions prévues vident de sa substance l'autonomie souhaitée et réduisent le domaine de responsabilité propre à une autonomie pro forma.

Selon *Syna* et *Travail.Suisse*, l'ordonnance crée des obstacles clairs à la pleine autonomie du personnel infirmier dans les soins qu'il peut prodiguer sous sa propre responsabilité ou facturer directement à la charge de l'AOS. La mise en œuvre telle qu'elle est proposée ne contribue pas, ou de manière très insuffisante seulement, à améliorer l'attractivité de la profession. *Syna* et *Travail.Suisse* estiment donc que l'ordonnance d'application doit être remaniée en profondeur. La mise en place d'un mécanisme de contrôle pour empêcher des hausses de

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

coûts injustifiées est de nature purement politique et reportée, de manière évidente et injuste, cette potentielle augmentation sur le seul personnel infirmier.

Groupe Mutuel salue le fait que le personnel infirmier qui facture directement à charge de l'AOS, sans prescription ou mandat médical, soit soumis à plusieurs conditions et limitations. L'évaluation des soins pouvant être fournis sans prescription ou mandat médical doit être effectuée en collaboration avec le patient ou ses proches et le résultat doit être transmis sans délai au médecin traitant pour information. Ces conditions et limitations permettent d'assurer la qualité des prestations du personnel infirmier, mais aussi la base de la coordination avec le médecin traitant, grâce à l'information fournie. Toutefois, cette dernière règle est minimaliste. Des précisions à ce sujet pourraient apparaître dans le rapport explicatif. L'utilisation accrue du dossier électronique du patient devrait, toutefois, s'avérer un outil utile pour renforcer la coordination entre le personnel infirmier et le médecin traitant.

MTK fait remarquer qu'il existe actuellement peu d'interfaces directes concernant les prestations de soins entre la LAMal et la LAA. Pour l'assurance-accidents, les soins sont régis par l'art. 18 OLAA et ne seront qu'indirectement concernés par l'adaptation prévue dans la LAMal. Dans ce contexte, *MTK* fait observer que la LAA, outre les conventions collectives existantes pour le personnel infirmier qualifié, réglemente également les soins dispensés par des membres de la famille à la charge de l'assurance-accidents. Elle ajoute que, dans le cadre de la révision prévue de l'OPAS, il est à craindre que l'abandon prévu de la « prescription médicale » ne conduise à une augmentation du volume des prestations et donc à une hausse sensible des coûts. Si des adaptations futures de l'OPAS devaient concerner de manière substantielle la LAA, la LAI ou la LAM ainsi que les ordonnances y afférentes, il faudrait intégrer les demandes spécifiques des domaines des assurances sociales mentionnés dans une révision de la LAMal dans une optique de coordination des tarifs.

4.4.2 Art. 7

ARTISET demande l'extension des prestations directement facturables pour le domaine des soins de longue durée aux tâches suivantes :

- assumer un rôle de leader clinique (leadership clinique) dans des situations gériatriques typiques ;
- reconnaître le besoin de soutien des soignants d'autres niveaux de formation et les soutenir dans les soins et la prise en charge des résidents (*empowerment*) ;
- conseiller et accompagner les résidents et leurs proches dans des situations complexes et exigeantes sur le plan psychosocial ayant trait à l'évolution de la maladie, à des changements de comportement, au maintien de la qualité de vie ou à la planification anticipée concernant la santé ;
- fournir des prestations dans le cadre de l'assurance et du développement de la qualité, réaliser des travaux conceptuels dans le cadre de directives d'orientation des actions ;
- poursuivre des priorités spécifiques au sein de l'établissement, comme les soins palliatifs, et diriger les groupes spécialisés correspondants et/ou lancer des projets de développement et contribuer ainsi au développement de la qualité de la fourniture de prestations ;
- prendre en charge des tâches visant à mesurer et évaluer la qualité et l'efficacité des soins et à améliorer les résultats des soins (p. ex. en lien avec les IQM) ou pour se préparer à des certifications ;
- tirer parti des compétences en leadership et en gestion du changement pour améliorer la qualité et les processus et pour influencer les processus de développement organisationnel.

Selon *ARTISET*, les résidents des EMS n'y entrent souvent que lorsque leur état de santé ne leur permet plus de rester chez eux avec le soutien de leurs proches et/ou des organisations

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

d'aide et de soins à domicile. En plus d'un important travail de prise en charge, de suivi et de soins, ils ont besoin d'une excellente prise en charge médicale et thérapeutique. Cela nécessite des connaissances spécialisées en gériatrie qui, du point de vue d'ARTISET, doivent être rémunérées en conséquence.

OdASanté et KOGS demandent l'adaptation du titre du chap. 2 de l'OPAS (« Prestations fournies sur prescription ou mandat médical »). En effet, l'art. 7 concerne des prestations qui peuvent être fournies de manière autonome par le personnel infirmier et qui peuvent être facturées directement.

Pour SBK ainsi que BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, Unia et ZHAW, la conception du projet dans son ensemble témoigne d'un manque fondamental de compréhension du domaine autonome des soins infirmiers tel qu'il est reconnu depuis longtemps par la législation cantonale en matière de santé et dont la reconnaissance dans la LAMal a été le déclencheur et l'objet de l'initiative sur les soins infirmiers. Ils estiment que le projet ne met tout simplement pas en œuvre l'art. 117b Cst. ou la disposition transitoire correspondante. Au-delà de sa portée pratique relativement réduite, le texte de la Constitution présente surtout une valeur symbolique élevée : l'ancrage de l'autonomie (partielle) des soins infirmiers doit permettre d'augmenter l'attractivité de la profession infirmière, notamment en ces temps de grave pénurie de personnel. Tel qu'il est proposé, le projet actuel atteint l'objectif inverse : il consiste pour l'essentiel en une série de réserves, de restrictions et de conditions prohibitives qui visent ou reviennent, en fin de compte, à ne pas reconnaître ce domaine autonome des soins infirmiers et à continuer de dénier aux soins infirmiers la souveraineté sur ce dernier dans la LAMal.

En outre, les mesures relevant de ce domaine se situent en dehors du champ de compétences des médecins, ce qui ne permet pas de les soumettre efficacement à une surveillance, un contrôle, une décision ou une prescription du corps médical. Pour la même raison, ces prestations ne peuvent pas non plus être ordonnées ou prescrites par un médecin. Tous les mécanismes prévus dans ce projet qui, en dernier recours, induisent explicitement ou implicitement une fonction de surveillance médicale, ne sont pas compatibles avec le texte de la Constitution, ne serait-ce que sur le plan conceptuel.

Pour SBK-BSBL, il est difficile de comprendre pourquoi il existe un statut spécial dans le domaine des soins psychiatriques au niveau de l'OPAS. En plus d'une formation ES ou équivalente, les infirmiers indépendants remplissent la condition relative aux deux années d'expérience professionnelle. Dans le cas contraire, aucune autorisation de pratiquer n'est accordée au niveau cantonal. La gestion actuelle complique considérablement l'exercice des infirmiers libéraux. Il est nécessaire de lever cette restriction.

SBK-GR fait remarquer que les mesures prévues limitent l'autonomie du personnel infirmier et ne lui permettent pas, en fin de compte, d'agir de manière autonome. L'exigence d'une expérience de deux ans dans certains domaines est absurde, en contradiction avec la réalité du terrain et difficilement applicable.

4.4.2.1 Art. 7, al. 1

VD demande le maintien de la formulation actuelle du texte. « Les prestations au sens de l'art. 33, let. b, OAMal comprennent les examens, les traitements et les soins effectués selon l'évaluation des soins requis selon l'al. 2, let. a, et selon l'art. 8 sur prescription médicale ou sur mandat médical par des : [...]. » La formulation proposée n'évoque que les soins effectués sur prescription sur mandat médical.

4.4.2.2 Art. 7, al. 1, let. a

SBK ainsi que BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVK, Unia et ZHAW déplorent que dans l'OPAS, comme dans l'OAMal, la forme masculine « infirmiers »

soit placée avant la forme féminine « infirmières » ; en outre, dans la version française, seule la forme masculine est utilisée. Ils demandent donc que dans la version allemande, la forme féminine figure avant la forme masculine, et que dans la version française, les deux formes soient utilisées.

4.4.2.3 Art. 7, al. 2

OdASanté et *KOGS* font remarquer que l'art. 7, al. 2, ch. 3, introduit une spécification de la profession qui n'est pas définie de cette manière. Selon la systématique de formation, il existe, à l'issue de la formation d'infirmier de niveau ES et du BSc en soins infirmiers (HES), les possibilités les plus diverses de suivre une formation complémentaire et de se spécialiser en conséquence. Ces adaptations doivent contribuer à promouvoir l'attractivité de la profession infirmière en permettant au personnel infirmier diplômé de fournir des prestations sous sa propre responsabilité et de les facturer directement à l'AOS. Si certaines prestations ne peuvent être fournies que par des spécialistes au profil mal défini, cela équivaut à une discrimination et à une dévalorisation du profil professionnel. Cela va à l'encontre de l'initiative. *OdASanté* et *KOGS* soulignent que si certaines prestations nécessitent une formation supérieure, une formation continue ou des études, les prestations à fournir et la formation requise doivent être clairement définies. Il faut également tenir compte du fait que le paysage de la formation dans le domaine des soins infirmiers s'est diversifié. Si le législateur définit des prestations qui ne peuvent être fournies que par du personnel infirmier diplômé, il décrédibilise les compétences découlant de la formation formelle. Il devrait être possible de déléguer et de superviser ces prestations à des personnes disposant d'une formation appropriée.

4.4.2.4 Art. 7, al. 2, let. a, ch. 3

VD estime que la formulation « coordination des mesures et dispositions par des infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables [...] » restreint trop le champ d'application. Dans de nombreuses situations, la coordination des mesures et des dispositions est nécessaire, notamment dans le cas de maladies chroniques ou de soins palliatifs. Si ces situations sont graves et complexes, elles ne sont pas forcément instables au sens médical du terme. En outre, le canton souligne que la formulation « infirmiers spécialisés » semble exclure les « infirmiers cliniciens spécialisés » titulaires d'un master en sciences infirmières. Or, en Suisse romande, ces derniers sont justement employés aux fins de coordination des situations complexes.

ARTISET, *BSH*, *IMAD*, *Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* demandent la suppression du terme « spécialisés » : « coordination des mesures et dispositions par des infirmiers ~~spécialisés~~ en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables ; » au motif que le sens de « spécialisés » n'est pas clair.

BFH, *FKG* et *VFP* rejettent la disposition du fait de l'absence de définition claire des « situations de soins complexes ou instables ».

4.4.2.5 Art. 7, al. 2^{bis}

ARTISET demande que les prestations de soins facturables directement soient intégrées au système de facturation existant des EMS et qu'elles évitent à tout prix de le compliquer. Dans les EMS, le personnel infirmier ne s'occupe pas de facturer les prestations, mais uniquement de documenter les soins dispensés aux résidents. Le service comptable spécialisé procède ensuite à la facturation des prestations. Les processus comptables diffèrent aussi en fonction des exigences cantonales en matière de décompte des coûts. Il est donc très important que les prestations de soins directement facturables soient intégrées au système de facturation existant des organisations et ne le compliquent pas. En outre, il faut tenir compte du fait que dans les institutions sociales aussi, les prestations de soins sont fournies par du personnel infirmier formé au niveau tertiaire. Là aussi, les prestations de soins directement facturables ne doivent pas compliquer les systèmes de facturation existants des institutions sociales.

BEKAG, BùAeV et *FMH* s'opposent à ce que le personnel infirmier soit autorisé à évaluer les besoins sans la collaboration du médecin traitant, y compris pour les mesures de soins psychiatriques de base. Celles-ci comportent des composantes à la fois diagnostiques et thérapeutiques, raison pour laquelle les examens, les traitements et les soins correspondants exigent la collaboration avec le médecin. Selon ces organisations, une collaboration et une coordination étroites entre le corps médical et le personnel infirmier sont indispensables dans ce domaine pour garantir la qualité des traitements et la sécurité des patients. Il est donc nécessaire de préciser si des mesures de soins généraux ou de soins psychiatriques de base sont mandatées.

OdASanté se demande si les conditions mentionnées pour la spécialisation sont suffisantes. Il s'agit d'une spécialisation descriptive qui ne repose sur aucune base formelle. Toutes les personnes ayant obtenu leur diplôme disposent d'au moins deux ans d'activité pratique en collaboration interdisciplinaire. En outre, il est difficile de vérifier ce que l'on entend par « gestion des patients dans des réseaux ». *OdASanté* demande donc que la spécialisation soit définie sur la base d'un diplôme professionnel et que la condition relative aux deux années d'activité de gestion des patients dans des réseaux soit définie plus clairement, voire supprimée.

4.4.2.6 Art. 7, al. 2^{bis}, let. a

GE estime qu'exiger ces deux années en plus des deux ans déjà nécessaires à l'exercice de l'activité indépendante semble contraire au but de l'initiative. La question se pose en outre de savoir s'il faut avoir travaillé à temps plein pendant ces deux ans. Le personnel infirmier travaillant souvent à temps partiel, il est nécessaire de clarifier la manière de traiter les collaborateurs à temps partiel. De manière générale, la procédure proposée et les conditions à remplir mentionnées à l'art. 2^{bis} sont très compliquées. Elles alourdiront la prise en charge, ne contribueront pas à la baisse de coûts et seront difficiles à appliquer sur le terrain.

VD demande une clarification de deux notions : les critères « collaboration interdisciplinaire » et « gestion des patients dans des réseaux » pourraient être sujets à interprétation et nécessitent donc une définition plus détaillée. À noter que tout infirmier travaille en permanence en interdisciplinarité.

AVASAD demande la suppression de l'art. 7, al. 2^{bis}, let. a.

ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* demandent que la fin de la phrase soit supprimée : « les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par un infirmier (art. 49 OAMal) ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux.~~ »

Pharmasuisse estime que les dispositions et les commentaires relatifs aux conditions d'octroi des prestations n'apportent aucune clarification. Elle ne comprend pas la distinction effectuée entre les prestations et les deux années d'activité pratique ou d'expérience professionnelle. Il faudrait idéalement que le personnel infirmier suive une formation postgrade pratique (de deux ans), comme dans le cadre du titre postgrade de pharmacien, pour pouvoir facturer les prestations à la charge de l'AOS. Il n'est pas non plus pertinent d'établir une différenciation entre les deux années d'expérience professionnelle en fonction du domaine dans la mesure où il s'agit le plus souvent de patients gériatriques. Cependant, ces derniers ne sont pas les seuls concernés ; c'est aussi le cas de toute personne atteinte de problèmes de santé relevant de différents domaines médicaux (p. ex. oncologie et psychiatrie). Pour *Pharmasuisse*, diviser le patient en « segments de maladie » n'a aucun sens. Il faut le considérer dans sa globalité (c'est-à-dire éviter que chaque maladie dont il souffre soit traitée par un professionnel différent sur la base de sa spécialité). Une distinction entre les différents domaines sur la base de la multimorbidité ne serait pas pertinente. En effet, c'est justement dans ce genre de cas que les connaissances étendues du personnel infirmier concernant le patient lui permettent de mieux appréhender son état de santé.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

SBK ainsi que *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia* et *ZHAW* font remarquer que cette disposition serait supprimée en cas d'entrée en vigueur de l'art. 7, al. 2^{bis}, let. c. En effet, la let. c s'appliquant à tous les domaines des soins infirmiers, elle étendrait à l'ensemble des soins infirmiers l'exigence supplémentaire concernant l'expérience pratique pertinente qui s'appliquait jusqu'ici aux domaines de la coordination (let. a) et de l'évaluation des soins requis dans le domaine psychiatrique (let. b).

4.4.2.7 Art. 7, al. 2^{bis}, let. b

JU demande la modification suivante : « [...] pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique ou au bénéficiaire d'une formation continue reconnue d'évaluer si [...] ». Avec le vieillissement de la population, le besoin en personnel spécialement formé dans les disciplines de psychogériatrie va s'accroître alors que ce dernier manque déjà à ce jour. Une formation CAS en psychogériatrie ou équivalente pour des infirmiers HES devrait être reconnue comme équivalente à une expérience en hôpital psychiatrique. Un élargissement des critères pour répondre aux besoins spécifiques dans ce domaine semble indispensable pour les années à venir.

ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* demandent que la fin de la phrase soit supprimée : « il appartient à un infirmier (art. 49 OAMal) ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine psychiatrique~~ d'évaluer si des mesures telles que celles qui sont prévues à l'al. 2, let. b, ch. 13 et 14, et c, ch. 2, doivent être prises. »

SBK ainsi que *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia* et *ZHAW* font remarquer que cette disposition serait supprimée en cas d'entrée en vigueur de l'art. 7, al. 2^{bis}, let. c. En effet, la let. c s'appliquant à tous les domaines des soins infirmiers, elle étendrait à l'ensemble des soins infirmiers l'exigence supplémentaire concernant l'expérience pratique pertinente qui s'appliquait jusqu'ici aux domaines de la coordination (let. a) et de l'évaluation des soins requis dans le domaine psychiatrique (let. b).

4.4.2.8 Art. 7, al. 2^{bis}, let. c

CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG* et *ZH* demandent la modification suivante : « les prestations visées à l'al. 2, let. a et b e, qui ne sont pas effectuées sur prescription ou mandat médical doivent être fournies par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal ~~par un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée.~~ »

À titre d'alternative, ils proposent la formulation suivante, à laquelle se rallie *FR* : « les prestations visées à l'al. 2, let. a, b et c, qui ne sont pas effectuées sur prescription ou mandat médical doivent être fournies par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal. En cas de facturation par une organisation d'aide et de soins à domicile (art. 51 OAMal), les prestations visées à l'al. 2, let. c, peuvent également être fournies sous la surveillance et la responsabilité d'un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée.~~ »

GE demande lui aussi la possibilité d'une délégation des tâches.

SO propose la reformulation suivante : « les prestations visées à l'al. 2, ~~let. a et e~~, qui ne sont pas effectuées sur prescription ou mandat médical doivent être fournies par un infirmier ~~(art. 49 OAMal)~~ remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal. En cas de facturation par une organisation d'aide et de soins à domicile (art. 51 OAMal), les prestations visées à l'al. 2, let. c, peuvent ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée.~~ »

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

également être fournies sous la surveillance d'un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal. »

TI estime que la fourniture de prestations sans prescription médicale doit être réservée au personnel infirmier disposant d'une expérience professionnelle solide et attestée. Il demande donc que l'expérience professionnelle soit portée de deux à cinq ans. En conséquence, il sollicite l'adaptation suivante : “se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a e b e devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'esperienza professionale di ~~due~~ cinque anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal.”

À titre d'alternative à cette reformulation, *TI* propose l'amendement suivant : “se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere ~~a e c~~ a, b e c devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'esperienza professionale di ~~due~~ cinque anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal.” Ajoutée d'un cpv. 2^{bis} lett. d : “In caso di fatturazione da parte di un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal), le prestazioni di cui al capoverso 2, lettera c possono essere ugualmente essere fornite sotto la sorveglianza di un infermiere ai sensi della lettera c”.

Si les deux dernières parties de la phrase n'étaient pas supprimées conformément à la demande de *CDS* ainsi que de *FR, JU, LU, TG, SO, UR* et *VD*, ces acteurs et *TI* appellent des améliorations. Ils demandent ainsi que le terme « domaine » soit précisé et que le contenu des deux dernières parties de la phrase soit examiné et, le cas échéant, modifié.

PEV demande la suppression pure et simple des deux années d'expérience spécifique au domaine à l'art. 7, al. 2^{bis}, let. c. Il ne comprend pas la nécessité, en cas de soins fournis sans prescription ou mandat médical, de procéder à une nouvelle évaluation des soins requis au plus tard neuf mois après la première évaluation. Cette mesure lui apparaît bureaucratique, inefficace et, par exemple, pour les organisations d'aide et de soins à domicile, inapplicable dans la pratique. Le texte constitutionnel et législatif ne permet pas de lier le domaine autonome des soins infirmiers aux conditions mentionnées dans cette ordonnance.

PSS ne comprend pas que des formulations qui ne sont ni applicables dans la pratique ni utiles dans la situation actuelle soient proposées. Il s'oppose donc à ce que le personnel infirmier ne puisse facturer de prestations sans prescription ou mandat médical que s'il peut justifier d'une activité pratique de deux ans dans ce domaine (art. 7, al. 2^{bis}, let. c, *OPAS*). Il estime également important de garantir la possibilité, pour le personnel infirmier, de déléguer les prestations à des collaborateurs de l'équipe de soins. À son sens, ces prescriptions empiéteraient inutilement sur l'autonomie du personnel infirmier promise par la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers.

ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* demandent la modification suivante : « les prestations visées à l'al. 2, let. a, b et c, qui ne sont pas effectuées sur prescription ou mandat médical doivent être prescrites fournies par un infirmier (art. 49 OAMal) ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée.~~ Les prestations visées à l'al. 2, let. a, doivent être fournies par un infirmier. »

À titre d'alternative, *ASPS, Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* formulent la première proposition suivante : « les prestations visées à l'al. 2, let. a et c, qui ne sont pas effectuées sur prescription ou mandat médical doivent être prescrites fournies par un infirmier (art. 49 OAMal) ~~pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée.~~ Les prestations visées à l'al. 2, let. a, doivent être fournies par un infirmier. »

Si la formulation précédente d'*ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* ou la première proposition précédente d'*ASPS, Spitex Schweiz* et *Spitex Zürich* ne pouvait être mise en œuvre, ces organisations demandent l'élaboration d'une proposition qui permette aux

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

organisations d'aide et de soins à domicile et aux EMS de déléguer ces tâches de manière ciblée et judicieuse au personnel compétent au sein de l'organisation.

AVASAD, BFH, FKG, IMAD et VFP demandent que l'art. 7, al. 2^{bis}, let. c soit supprimé.

BSH estime que cette disposition est en contradiction avec l'exigence posée par les critères EAE de la LAMal. Par conséquent, et parce qu'elle juge le nouvel article inutile, elle demande que ce dernier soit entièrement supprimé. SBK-GR demande elle aussi sa suppression.

Curafutura soutient le nouvel article, mais estime impératif que le fournisseur de prestations soit identifié au moyen, par exemple, d'un numéro GLN. L'association propose donc l'ajout suivant : « d. Les infirmiers qui fournissent des prestations sans prescription ou mandat médical peuvent être identifiés au moyen d'un numéro GLN. »

Pour IDS, la question se pose de savoir si l'exigence de deux ans d'expérience pratique dans un domaine particulier est justifiée. En outre, l'exigence relative à une « expérience professionnelle dans le domaine » manque de précision et mériterait d'être formulée de manière plus détaillée. Cette disposition ne semble s'appliquer qu'au personnel infirmier exerçant à titre indépendant. IDS se demande donc ce qu'il en est des prestations de services d'aide et de soins à domicile et si, dans ce domaine, une délégation à du personnel moins qualifié serait possible.

MFÄF propose de modifier cet article comme suit : « Les prestations visées à l'al. 2, let. a, ch. 3, doivent être fournies par un infirmier (art. 49 OAMal) pouvant justifier d'une expérience professionnelle ambulatoire en Suisse de deux ans (en équivalent plein temps : 100 %) au sein d'une organisation d'aide et de soins à domicile disposant d'un mandat de prestation cantonal et disposant de compétences dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux. » Pour MFÄF, seule une organisation d'aide et de soins à domicile est en mesure de certifier que l'expérience ambulatoire a bien été acquise. L'exigence imposant de connaître le système de santé suisse avant une pratique ambulatoire autonome devrait aussi s'appliquer aux soins infirmiers en psychiatrie. Pour MFÄF, il est exclu que les médecins installés puissent être appelés à devoir certifier que des infirmiers indépendants ont bien travaillé deux ans en Suisse, car les premiers n'ont aucune idée du taux d'activité réel des seconds qui, par définition, travaillent avec plusieurs médecins. Il faut donc exiger d'avoir exercé dans une organisation de soins infirmiers à domicile reconnue. MFÄF estime important, pour des raisons ayant trait à la qualité, d'exiger deux ans de pratique ambulatoire à temps plein avec des patients en Suisse avant l'exercice d'une activité autonome chez un patient.

mfe et PIP estiment que les deux ans d'expérience professionnelle exigés dans le domaine dans lequel la prestation de soins doit être dispensée sont trop restrictifs ; par conséquent, ils s'opposent à cette disposition. À leur sens, le personnel infirmier dispose d'une formation tertiaire et d'une expérience professionnelle et, donc, des compétences nécessaires. mfe et PIP ne comprennent pas à quelles attentes cette disposition est censée répondre. Ils se demandent en outre si une personne atteinte de diabète et de cancer doit être traitée par différents infirmiers disposant chacun de l'expérience requise dans l'un de ces domaines. Cela ne ferait qu'accentuer la fragmentation des soins infirmiers.

SBK ainsi que BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia et ZHAW ne parviennent pas à identifier l'objectif poursuivi par cet article, considèrent ce dernier comme inapplicable dans la pratique et affirment qu'il ne repose sur aucune base légale. Les soins infirmiers correspondant à des études généralistes, les diplômés sont en principe en mesure d'exercer dans n'importe quelle spécialité des soins infirmiers. Leur diplôme et les deux années d'expérience professionnelle exigées pour exercer la profession sous leur propre responsabilité leur confèrent une familiarité suffisante avec le système de santé suisse ainsi qu'avec le niveau de connaissance requis du système d'assurance sociale suisse. Ces acteurs jugent inexplicables les attentes liées aux deux années supplémentaires d'expérience pratique requise dans chaque domaine dans lequel les prestations de soins sont fournies. À ses

yeux, le fait qu'une prestation de soins relève du domaine autonome des soins infirmiers ne permet pas aux médecins d'en évaluer la pertinence sur le plan professionnel. Ils estiment donc difficile de comprendre sur quelles bases exactement repose la garantie de qualité d'une prescription médicale dans un domaine qui est étranger au médecin. Sur le plan de la garantie de qualité des prestations, le fait de placer au même niveau une prescription médicale qui, de fait, serait purement pro forma et deux années d'expérience infirmière dans un domaine donné, est une preuve supplémentaire du manque de volonté du législateur de prendre le texte constitutionnel au sérieux et de le mettre en œuvre.

En ce qui concerne l'applicabilité, *SBK, BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia* et *ZHAW* émettent des réserves quant au fait que ni le texte de l'ordonnance, ni les commentaires, ne précisent comment l'on définit ou ce que l'on entend par « le domaine [...] dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée ». Selon eux, la disposition, conçue par analogie à la let. b du même alinéa, qui aborde la question de la reconnaissance par les assureurs d'une activité pratique de deux ans dans la spécialité psychiatrique, génère un chaos et une insécurité juridique totale. Un grand nombre d'infirmiers travaillent dans des secteurs mixtes (p. ex. médecine et chirurgie) ou prennent en charge des patients présentant un large éventail de pathologies (soins intensifs, services d'urgence, médecine générale, chirurgie générale, etc.). Or le texte du projet ne précise pas comment leur expérience professionnelle doit être chiffrée, évaluée et pondérée. On peut se demander si, selon cette disposition, un infirmier souhaitant facturer des prestations de soins dans le domaine des soins palliatifs oncologiques sans prescription médicale doit, en plus des deux ans d'expérience professionnelle « générale », justifier de deux ans d'expérience pratique dans le domaine des soins oncologiques et de deux autres années d'expérience dans le domaine des soins palliatifs. Ainsi, les assureurs eux-mêmes ne sauront pas exactement ce qu'ils devront vérifier et sur la base de quels critères. L'insécurité juridique générée par l'art. 7, al. 2^{bis}, let. B, dans le domaine restreint de l'évaluation des soins requis en psychiatrie, s'étendrait inévitablement à l'ensemble des soins infirmiers.

En outre, les commentaires précisent que les conditions formulées dans cet article ne sont pas des conditions d'admission concernant la facturation de prestations de soins à la charge de l'AOS, « mais bien des conditions liées à la possibilité qui est donnée aux infirmières et infirmiers de pouvoir facturer de manière directe, à savoir sans prescription ou mandat médical préalable, certaines prestations à la charge de l'AOS ». À cet égard, il est fait explicitement référence à la condition prévue par analogie à la let. b du même alinéa. La différence par rapport à une condition d'admission n'apparaît pas clairement. Un avis de droit du professeur U. Kieser concernant l'art. 7, al. 2^{bis}, let. b, OPAS, auquel il est fait référence ici, conclut au contraire que les deux années d'expérience professionnelle exigées dans le domaine des soins psychiatriques est bien une condition d'admission à examiner par le canton compétent.

Santésuisse approuve l'assurance qualité visée par cet ajout. À son sens, ces conditions supplémentaires garantissent la qualité et l'économicité des soins fournis. Elle part du principe que, dans ce contexte, les assureurs-maladie créeront une Commission pour les prestations de soins somatiques, à l'instar de la Commission concernant l'évaluation des soins requis dans le domaine psychiatrique.

SNL fait remarquer que les conditions cumulatives des let. a et c. impliquent que, dans certaines circonstances, il faudra justifier de quatre ans d'activité professionnelle pratique ou d'expérience professionnelle. Elle juge ces exigences disproportionnées et non justifiées objectivement. Cela crée des obstacles si élevés qu'ils éliminent quasiment les incitations à facturer à la charge de l'AOS en tant que fournisseur de prestations autonome. Il faudrait modifier la let. c de manière à ce que les deux ans ne soient pas cumulatifs avec les conditions mentionnées à la let. a. En outre, on ne sait pas si la formulation de la let. c « une expérience professionnelle de deux ans dans le domaine... dans lequel l'activité pratique au sens de l'art. 49, let. b, OAMal a été exercée » se rapporte au domaine des soins, au secteur, à

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

l'organisation ou aux activités. Enfin, le taux d'occupation pendant les deux ans n'est pas précisé.

Pour *Syna* et *Travail.Suisse*, l'exigence de deux années supplémentaires d'expérience pratique – en plus des deux années d'expérience pratique de base selon l'art. 49, let. b, OAMal – dans chaque domaine dans lequel les soins doivent être fournis est un obstacle difficilement compréhensible du point de vue de l'attractivité et de la revalorisation du statut du personnel infirmier. D'ailleurs, elles se posent la question de savoir s'il ne s'agit pas plutôt d'une condition d'admission déguisée à examiner par les cantons.

4.4.2.9 Art. 7, al. 4

CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TI, ZG* et *ZH* demandent la modification suivante : « Les prestations visées à l'al. 2, let. a, b et c, peuvent être fournies par des personnes ou des organisations-institutions au sens de l'al. 1, let. a et b sans prescription ou mandat médical ~~selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8.~~ » Ils estiment que la formulation proposée est très difficile à comprendre ou ne l'est qu'à l'aide des commentaires. Il faut remplacer le terme « institutions » par « organisations » pour éviter que les EMS ne soient sous-entendus.

TG et *UR* proposent, au même motif, les modifications suivantes : « Les prestations visées à l'al. 2, let. a, b et c, peuvent être fournies par des personnes ou des organisations-institutions au sens de l'al. 1, let. a et b sans prescription ou mandat médical ~~selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8.~~ »

SO propose la modification suivante : « Les prestations visées à l'al. 2, ~~let. a et c,~~ peuvent être fournies par des personnes ou des institutions au sens de l'al. 1, let. a et b sans prescription ou mandat médical selon l'évaluation des soins requis prévue à l'al. 2, let. a, et à l'art. 8. »

Curafutura estime que la réalisation d'une surveillance comme stipulée à l'art. 25a, al. 3^{bis}, LAMal, implique de pouvoir identifier les prestations fournies sans prescription ou mandat médical sur chaque facture. Si tel n'est pas le cas, cet article ne peut pas être mis en œuvre. *Curafutura* propose donc que les prestations visées à l'art. 7, al. 2, let. a et c, qui ne sont pas fournies sur prescription ou mandat médical, soient indiquées séparément sur la facture.

IDS juge la formulation de l'alinéa incompréhensible : les prestations qu'elle vise ne peuvent-elles pas être fournies aussi par des EMS et, dans l'affirmative, la disposition ne devrait-elle pas le mentionner expressément ?

SBK ainsi que *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia* et *ZHAW* trouvent incompréhensible que la définition des prestations de soins pouvant être facturées à l'AOS sans prescription ou mandat médical ne s'applique pas aux fournisseurs de prestations visés à l'art. 7, al. 1, let. c, OPAS (EMS). Ces acteurs ainsi que *SNL* demandent donc la modification suivante : « Les prestations [...] peuvent être fournies par des personnes ou des institutions au sens de l'al. 1 sans prescription ou mandat médical [...]. » *BFH, FKG* et *VFP* se rallient à cette demande au motif que les prestations déterminées par le personnel infirmier selon l'al. 2, let. c, doivent impérativement pouvoir être effectuées par délégation et sous la responsabilité d'un infirmier par un personnel infirmier disposant de qualifications inférieures, de niveau primaire ou secondaire, afin d'assurer l'économicité des soins.

mfe se rallie à la demande relative à la possibilité de déléguer les prestations.

Pour *Santésuisse*, il est difficile de conclure à une augmentation prochaine des prestations. Afin d'éviter une extension indésirable des prestations facturées, *Santésuisse* estime nécessaire que le patient bénéficie, en plus d'une analyse de ses besoins par un infirmier, d'une prise en charge psychiatrique par un médecin titulaire d'un titre postgrade fédéral ou d'un titre postgrade étranger reconnu en médecine interne générale ou en psychiatrie. En outre, *Santésuisse* juge important que les résultats des soins obtenus puissent être objectivés en

lien avec des objectifs et des diagnostics infirmiers spécifiques. Afin de garantir des soins psychiatriques de qualité, elle estime nécessaire d'indiquer le nom et la date de la communication avec le médecin susmentionné sur le formulaire de déclaration des soins requis de l'OPAS.

4.4.2.10 Art. 8a, al. 1, 1^{bis} et 8

mfe et *PIP* relèvent que le médecin reste responsable de la collecte de toutes les informations relatives au traitement, en contradiction avec, d'une part, la perspective interprofessionnelle, et d'autre part, l'approche liée à l'introduction généralisée du dossier électronique du patient (DEP). *mfe* et *PIP* appellent à revoir la relation entre le médecin et le professionnel infirmier détaillée dans ce projet pour l'adapter à la perspective interprofessionnelle où chaque profession porte la responsabilité dans son domaine de compétences.

4.4.2.11 Art. 1a, al. 8

CDS ainsi que *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *UR*, *ZG* et *ZH* demandent que l'article soit adapté conformément à leurs propositions concernant l'art. 8a, al. 1^{bis} (cf. ch. 4.4.2.12). L'objectif principal est que l'infirmier voie personnellement le patient lors de l'évaluation des besoins.

VD propose une nouvelle formulation : « (...) Le ~~résultat est transmis immédiatement pour information au médecin~~ qui a établi la prescription ou le mandat médical est directement informé par l'infirmier, ou le résultat est versé au dossier électronique du patient (DEP). Le médecin informe également le personnel infirmier sur les aspects du dossier médical essentiels à la prise en charge du patient ou de la patiente. ». Le canton estime en premier lieu qu'il faut promouvoir les outils qui soutiennent la collaboration interprofessionnelle et l'efficacité du système de santé et propose dès lors cette nouvelle formulation incluant le DEP. En outre, dans l'optique d'une réelle collaboration entre les professionnels, il convient d'élargir la notion de « transmission des résultats » à une réelle « information du médecin sur le résultat », et de prévoir la réciprocité, à savoir l'obligation du médecin d'informer l'infirmier sur les aspects du dossier médical essentiels à la prise en charge par ce dernier. C'est indispensable pour permettre la sécurité de la prise en charge par l'infirmier, mais aussi pour mettre en œuvre une réelle interprofessionnalité.

4.4.2.12 Art. 8a, al. 1^{bis}

CDS ainsi que *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *VD*, *ZG* et *ZH* demandent la modification suivante : « L'évaluation des soins requis au sens de l'art. 7, al. 2, let. a, b et c qui ~~peuvent être fournis~~ sans prescription ou mandat médical ~~par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal,~~ est effectuée par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal en présence et en collaboration avec le patient ~~ou ses~~ et, le cas échéant, les proches. » Il faut s'assurer que l'infirmier voit personnellement le patient. L'objectif est d'éviter que des proches (soignants) ne remplissent le formulaire d'évaluation des besoins et ne le transmettent à l'infirmier pour évaluation. De même, les proches ne doivent être impliqués que si le patient ayant atteint la majorité et capable de discernement le souhaite. Dans les organisations de soins à domicile, les prestations doivent pouvoir ne pas être fournies personnellement, en l'absence de prescription médicale, uniquement par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal, mais sous sa surveillance et sa responsabilité, sur la base d'une évaluation des soins requis, par les personnes disposant des qualifications nécessaires, conformément aux conventions administratives conclues avec les assureurs-maladie.

UR demande la modification suivante : « L'évaluation du besoin en prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a et be, pouvant être fournies sans prescription ou mandat médical par un infirmier remplissant les conditions mentionnées à l'art. 49, let. b, OAMal, ~~un infirmier au sens de l'art. 49 OAMal,~~ est effectuée par ce dernier en présence et en collaboration avec le patient ~~ou ses~~ et, le cas échéant, les proches. »

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

CDS ainsi que AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG et ZH demandent également la suppression suivante : « Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant ~~et l'infirmier ayant effectué la première évaluation.~~ » Ils s'opposent à ce qu'une « évaluation subséquente des soins requis » soit effectuée en collaboration avec l'infirmier ayant effectué la première évaluation. Ils estiment en effet que dans de nombreux cas, cet infirmier ne travaillera plus du tout à la même fonction au même endroit ; en outre, il se peut que le patient ait délibérément changé d'organisation d'aide et de soins à domicile ou d'infirmier et ne souhaite pas que la collaboration soit poursuivie.

Sur la base des mêmes considérations, VD propose la modification suivante : « Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant ~~et l'infirmier ou l'infirmière ayant effectué la première évaluation~~ et, dans la mesure du possible, l'infirmier ayant effectué la première évaluation. »

FR propose, en plus des remarques et propositions émises par CDS, de préciser le terme de collaboration afin de clarifier ce qu'il implique et la forme que cette dernière doit prendre. Par ailleurs, le terme « coordination » pourrait être plus approprié.

Pour des raisons de praticabilité, SO propose l'adaptation suivante : « L'évaluation du besoin en prestations au sens de l'art. 7, al. 2, ~~let. a et c~~ pouvant être fournies sans prescription ou mandat médical par un infirmier selon l'art. 49, let. b, OAMal, est effectuée par ce dernier en collaboration avec le patient ou ses proches. Le résultat est transmis immédiatement pour information au médecin traitant. Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant ~~et l'infirmier ayant effectué la première évaluation.~~ »

GE fait remarquer que le lien avec l'art. 7, al. 2^{bis}, let. c, pose un problème d'accès aux soins. En effet, lorsque l'évaluation du besoin en prestations est réalisée par un infirmier disposant de deux ans d'expérience dans un domaine, alors seuls les infirmiers disposant de deux ans d'expérience pourront réaliser les prestations. Ces prestations ne pourront pas être déléguées à des ASSC ou des aides-soignants. En pratique, cela implique, pour les organisations d'aide et de soins à domicile, de disposer systématiquement d'un mandat ou d'une prescription médicale pour les prestations de soins. Il ne s'agit donc pas d'une mesure qui va dans le sens de soins infirmiers forts.

ARTISET s'oppose à ce que l'« évaluation subséquente des soins requis » soit réalisée avec la participation de l'infirmier ayant effectué la première évaluation. ARTISET propose donc la modification suivante : « [...] Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant ~~et l'infirmier ayant effectué la première évaluation.~~ »

ASPS, Spitex Schweiz et Spitex Zürich demandent les modifications suivantes : « L'évaluation du besoin en prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a, b et c pouvant être prescrites fournies sans prescription ou mandat médical par un infirmier selon l'art. 49 OAMal, est effectuée par ce dernier en collaboration avec le patient ou ses proches. Le résultat est transmis immédiatement pour information au médecin traitant. ~~Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant et l'infirmier ayant effectué la première évaluation.~~ » L'exigence imposant que la nouvelle évaluation des soins requis soit obligatoirement effectuée par l'infirmier ayant effectué la première évaluation est absurde à plus d'un titre. D'une part, il se peut que la personne responsable ne travaille plus pour le même employeur et que la mise en œuvre soit impossible pour des raisons pratiques. D'autre part, cette exigence traduit le soupçon inacceptable que les clarifications ne sont pas effectuées selon des normes scientifiques communément admises. Les deux réserves sont considérées comme inutiles et sont rejetées. À cela s'ajoute l'exigence d'une collaboration entre le médecin et l'infirmier dont la forme n'est malheureusement pas décrite. Il faut encore deviner si cette évaluation des soins requis doit ensuite être réalisée en commun au cabinet ou au domicile du client. Au cabinet, cela s'avérerait trop coûteux ou impossible à mettre en œuvre faute de ressources. En raison

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

des conditions ayant trait à l'obligation d'information, le médecin est informé à tout moment de l'évaluation des soins requis et des prestations à fournir. L'organisation doit garantir que les prestations sont fournies dans la qualité requise. Les bailleurs de fonds ont la possibilité de procéder à des contrôles.

Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* demandent, à titre de proposition subsidiaire, la garantie que les infirmiers indépendants ne soient pas les seuls à pouvoir facturer directement leurs prestations. Les organisations d'aide et de soins à domicile et les EMS doivent également y être autorisés. Le principe de délégation doit donc également pouvoir être mis en œuvre en leur sein.

AVASAD, *BFH*, *FKG* et *VFP* demandent la suppression de la dernière phrase de l'article : « L'évaluation du besoin en prestations au sens de l'art. 7, al. 2, let. a et c, pouvant être fournies sans prescription ou mandat médical par un infirmier au sens de l'art. 49 OAMal est effectuée par ce dernier en collaboration avec le patient ou ses proches. Le résultat est transmis immédiatement pour information au médecin traitant. ~~Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant et l'infirmier ayant effectué la première évaluation.~~ » La règle stipulant que l'évaluation des soins requis soit effectuée avec la même personne n'est réaliste dans aucune profession de la santé et, par conséquent, inapplicable dans la pratique. En outre, le processus décrit représente une dégradation de la réglementation actuelle.

BEKAG, *BüAeV* et *FMH* s'opposent à ce que le personnel infirmier soit autorisé à évaluer les soins requis sans la collaboration du médecin traitant, y compris pour les mesures de soins psychiatriques de base. Celles-ci comportent des composantes à la fois diagnostiques et thérapeutiques, raison pour laquelle les examens, les traitements et les soins correspondants exigent une collaboration avec le médecin traitant en matière de soins. Une coordination étroite entre l'infirmier et le médecin traitant et la consignation des étapes importantes du traitement dans le dossier médical sont indispensables pour garantir la sécurité des patients.

Pour *BSH*, il est important que la charge administrative induite soit limitée au maximum. Il faut donc réduire l'art. 8a, al. 1^{bis} au strict nécessaire : « Les prestations visées à l'art. 7, al. 2, let. a et c, peuvent également être fournies sans prescription ou mandat médical si une évaluation des soins requis effectuée à cet effet par un infirmier au sens de l'art. 49 OAMal démontre l'existence de ces besoins. Le résultat de cette évaluation doit être transmis immédiatement au médecin traitant et à l'assureur-maladie compétent. Si ni le médecin traitant ni l'assureur-maladie ne s'y opposent dans les cinq jours calendaires, l'évaluation des soins requis est considérée comme approuvée. »

Curafutura fait également remarquer que l'exigence relative à la participation de l'infirmier initialement impliqué semble difficile à mettre en œuvre en raison de la situation en matière de personnel dans les institutions (pénurie de personnel qualifié, changements de poste fréquents). En outre, le respect de cet article lui semble difficilement contrôlable. Elle propose donc la modification suivante : « [...] Si une évaluation des soins requis au sens de l'al. 1 doit être refaite, elle ne peut être effectuée qu'en collaboration avec le médecin traitant et l'un infirmier ayant effectué la première évaluation. »

IMAD est également d'avis que l'exigence imposant d'effectuer la nouvelle évaluation des soins requis avec la collaboration de l'infirmier ayant participé à la première évaluation est trop restrictive.

IDS remet en question l'exigence selon laquelle l'évaluation des soins requis doit être effectuée « en collaboration avec le patient ou ses proches », estimant que cela porte atteinte à la liberté personnelle du patient. À son sens, la disposition ne prend pas non plus en considération le fait que la représentation d'un patient incapable de discernement puisse être assumée en tout ou partie par un mandataire pour cause d'inaptitude, un représentant thérapeutique ou un curateur. *IDS* juge, en outre, essentiel que l'évaluation des soins requis se déroule dans le cadre d'une rencontre personnelle avec le patient et que cela soit précisé dans l'ordonnance. Par ailleurs, il n'estime pas nécessaire que les résultats soient immédiatement transmis au

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

médecin traitant, de même qu'il s'oppose à l'exigence selon laquelle l'infirmier ayant participé à la première évaluation des soins requis doit être impliqué dans la deuxième. Enfin, il ne voit pas la nécessité d'impliquer un médecin dans l'évaluation des soins requis.

KOGS et *OdASanté* demandent la suppression de l'article.

MFÄF fait remarquer que certains patients n'ont pas de médecins traitants (p. ex. suite à un départ à la retraite d'un praticien ou d'une pénurie de médecins de famille). Le résultat de l'évaluation devra donc être documenté et transmis au patient afin qu'il le garde dans son dossier médical. Cette procédure est la plus respectueuse de la législation sur la protection des données et ne préjuge pas du choix ou non du patient d'intégrer un DEP.

mfe et *PIP* demandent à ce que l'autonomie soit étendue au personnel effectuant des soins infirmiers des organisations d'aide et soins à domicile et dans les EMS, le but étant qu'un infirmier à domicile puisse être habilité à la facturation directe de certaines prestations bien définies selon son analyse de la situation. Cela doit également permettre au personnel infirmier de décider des prestations pouvant être déléguées aux ASSC et aux aides-soignants. Cela va également dans le sens d'un renforcement de l'efficacité dans le système de santé. Ce pouvoir de délégation attribué au personnel infirmier permettra aussi de décharger les médecins de famille de tâches qui ne nécessitent pas leurs compétences.

Pharmasuisse relève que la collaboration interprofessionnelle n'est mentionnée que dans le but d'éviter une double facturation de la même prestation. Elle propose, donc, de déterminer des prestations de collaboration interprofessionnelle permettant de définir les compétences des différents professionnels de la santé dans le cadre de la prise en charge des patients, chacun intervenant dans son domaine de compétences.

Santésuisse approuve le nouvel alinéa sur le fond. Pour elle, l'information du médecin traitant se justifie notamment dans le cas où il n'y a pas de prescription médicale. Elle recommande de faire figurer la date de communication de la situation au médecin ainsi que le nom et la signature de l'infirmier ayant effectué cette communication sur le formulaire de déclaration des soins requis de l'OPAS pour la période concernée. Elle souligne que le risque de double facturation mentionné dans le rapport explicatif se produit surtout lorsque la coordination fonctionne mal ou pas du tout. Il faudrait donc définir des règles de coordination dans le cas présent.

Pour *SBK* ainsi que *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-NE-JU*, *SHV*, *SIGA*, *SNL*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Syna*, *Travail.Suisse*, *Unia* et *ZHAW*, la communication des résultats d'une évaluation des soins requis au médecin traitant va de soi. Ils précisent que la « collaboration » ne doit pas impliquer un droit de participation pour le médecin, car cela serait incompatible avec la nature de l'autonomie. Les prestations de soins sur la base de diagnostics infirmiers sont des prestations qui ne peuvent pas être valablement déléguées par un médecin ou pour lesquelles il pourrait être poursuivi en responsabilité civile. A fortiori, il est exclu qu'un médecin puisse prescrire de sa propre initiative des prestations de soins relevant du domaine autonome des soins infirmiers. Toute autre approche démantèlerait le droit de la responsabilité civile et de la délégation.

SBK-BSBL ne consent à une nouvelle évaluation des soins requis après neuf mois que si la situation du patient a changé. D'un point de vue réaliste, les prestations de soins correspondantes changent souvent en l'espace de quelques semaines, ce qui justifie d'effectuer une nouvelle évaluation des besoins. Le délai de neuf mois ne correspond à aucune donnée scientifique. Il ne correspond pas à la pratique et relève d'une décision totalement arbitraire. De plus, la possibilité de ne procéder qu'à une seule nouvelle évaluation est contraire à la pratique. Ce passage augmenterait massivement la charge administrative. Il s'ensuivrait un nouveau recul des compétences. Cet article révèle une conception archaïque des prestations de soins, puisque celles-ci doivent être « autorisées » par le médecin, engendrant des coûts supplémentaires.

4.4.2.13 Art. 8a, al. 8

CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, VD, ZG* et *ZH* demandent la modification suivante : « En cas de soins fournis sans prescription ou mandat médical, une évaluation des soins requis doit être refaite au plus tard neuf mois après la première évaluation. ~~Une seule nouvelle évaluation peut être effectuée sans l'accord du médecin traitant.~~ »

Si cette phrase n'est pas supprimée, CDS ainsi que *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG* et *ZH* demandent de clarifier ce que l'on entend par « accord du médecin ».

GL estime, en outre, suffisant qu'une nouvelle évaluation ait lieu au plus tard après douze mois au lieu des neuf proposés.

GE s'oppose à la nécessité d'un accord du médecin traitant, qui ne ferait qu'ajouter une prestation médicale inutile. Les assureurs-maladie assument déjà une fonction de contrôle des évaluations effectuées par le personnel infirmier ; de plus, ce dernier est formé à des outils d'évaluation standardisés et validés scientifiquement.

IMAD partage l'avis de *GE* à propos de l'implication du médecin. En outre, le terme « accord » manque de précision et la limitation de la durée des soins sans prescription ou mandat médical n'est pas compatible avec l'autonomie du personnel infirmier.

ARTISET, ASPS, SNL, Spitex Schweiz et *Spitex Zürich* demandent la suppression de la dernière phrase : « En cas de soins fournis sans prescription ou mandat médical, une évaluation des soins requis doit être refaite au plus tard neuf mois après la première évaluation. ~~Une seule nouvelle évaluation peut être effectuée sans l'accord du médecin traitant.~~ »

AVASAD demande la modification suivante : « En cas de soins fournis sans prescription ou mandat médical, une évaluation des soins requis doit être refaite au plus tard neuf mois après la première évaluation. ~~Une seule nouvelle évaluation peut être effectuée sans l'accord du médecin traitant.~~ Toute évaluation dix-huit mois après la première est effectuée en collaboration avec le médecin traitant si celui-ci le juge nécessaire. »

Curafutura approuve l'article sur le fond, mais demande une précision concernant le délai de neuf mois ainsi que l'évaluation des soins requis qui s'ensuit. Elle propose d'ajouter les deux alinéas suivants :

« Al. 9. Le délai de neuf mois commence le jour de l'évaluation des soins requis et ne peut pas être prolongé. »

« Al. 10. Si deux évaluations des soins requis ont été effectuées selon l'art. 8a, al. 1^{bis}, l'évaluation suivante est réalisée par le médecin traitant et un infirmier. »

Groupe Mutuel estime que la durée maximale est trop longue, notamment en raison de l'absence de règles plus précises en matière de coordination entre le médecin traitant et le personnel infirmier. Il propose de la réduire à neuf mois au lieu de dix-huit mois, puis de travailler par la suite selon les règles usuelles.

IDS ne comprend pas non plus la justification de devoir obtenir l'accord du médecin traitant compte tenu des compétences infirmières ; que signifie cet accord et sous quelle forme doit-il être donné ? Quid si un patient n'a pas de médecin traitant ? Sa consultation engendrerait en outre des frais supplémentaires.

Pharmasuisse et *PIP* ne comprennent pas pourquoi l'accord du médecin est nécessaire après dix-huit mois au plus tard. La connaissance du patient et l'expérience de l'infirmier devraient permettre de mieux appréhender le dossier et les besoins médicaux. Cette disposition ne correspond pas à une collaboration interprofessionnelle d'égal à égal, mais à une collaboration interprofessionnelle qui place le médecin au centre. À cet égard, *Pharmasuisse* et *PIP* estiment impératif de définir juridiquement l'interprofessionnalité au sens d'une collaboration d'égal à égal entre toutes les professions médicales et de la santé impliquées. Chacun des

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

professionnels impliqués dans une collaboration interprofessionnelle fonctionnelle pourrait assurer la coordination en fonction des besoins de la situation et du patient.

Santésuisse trouve très longue la durée de dix-huit mois (un an et demi) pendant laquelle les soins peuvent être dispensés entièrement sans prescription médicale. Elle estime qu'il faut toujours délivrer une prescription médicale au plus tard à la fin d'une période de neuf mois. Par ailleurs, il est très difficile de vérifier dans chaque cas si le médecin est consulté à temps. *Santésuisse* estime nécessaire de compléter l'article en indiquant que l'infirmier doit également faire appel au médecin au cours de la période où cela n'est pas prévu si un recours à ses connaissances s'impose.

SBK ainsi que BFH, BroteggPraxis, BSH, Curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, MFÄF, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, PSS, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, ASF-SVF, Unia, VFP et ZHAW demandent la suppression pure et simple de cet article.

Syna et Travail.Suisse font remarquer que la condition imposant l'accord d'un médecin au bout de dix-huit mois pour renouveler l'évaluation des soins requis est contraire à l'objectif d'amélioration de l'attractivité de la profession infirmière.

4.4.3 Art. 9, al. 1

Aucune remarque.

4.4.4 Art. 9c

Aucune remarque.

SIDB propose toutefois d'apporter la modification suivante à l'art. 9c, al. 3, qui ne fait pas partie des propositions d'adaptation de l'OPAS : « L'assurance prend en charge ~~par prescription médicale~~ au plus les coûts de dix séances de conseils par année. Pour que, après dix séances, celles-ci continuent à être prises en charge, ~~le médecin traitant~~ l'infirmier en diabétologie doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. [...] »

4.4.5 Art. 9c, al. 1

VS n'est pas d'accord avec la formulation actuelle de l'art. 9c, al. 1, et demande des modifications aux let. a et b. Les modifications demandées concernant l'art. 9c, al. 1, let. a, figurent sous le chiffre suivant. Concernant l'art. 9c, al. 1, let. b, VS demande la modification suivante : « b. un centre de conseils de l'Association suisse du diabète admis en application de l'art. 51 OAMal qui emploie du personnel diplômé ayant une formation spéciale reconnue par ~~l'SBK~~ OdASanté ». Cette modification permet de garantir la cohérence du règlement avec les responsabilités des différentes associations faîtières.

4.4.5.1 Art. 9c, al. 1, let. a

VS demande la modification suivante : « a. les infirmiers et infirmières (art. 49 OAMal) qui ont une formation spéciale reconnue ~~par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK)~~ l'OdASanté ».

ARTISET demande la modification suivante : « a. les infirmières et infirmiers (art. 49 OAMal) qui ont une formation d'experts en conseil en diabétologie EPS reconnue par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK) par OdASanté » au motif que l'examen fédéral est pris en charge par OdASanté.

SIDB relève que les infirmiers-conseil en diabétologie disposent d'une formation postgrade approfondie dans le domaine de la diabétologie ainsi que d'une reconnaissance de SBK. Pour SIDB, ces activités relèvent uniquement du rôle propre des soins infirmiers. Il est d'avis qu'il s'agit typiquement d'une activité qui ne devrait pas nécessiter de prescription médicale d'autant plus si elle est exercée par des infirmiers devant justifier d'une reconnaissance. Il demande

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

donc l'adaptation de l'article 9c OPAS comme suit : « L'assurance prend en charge le coût des conseils aux diabétiques qui sont prodigués, ~~sur prescription ou mandat médical~~, par : [...] »

VAS AG demande que l'assurance prenne en charge le coût des conseils et soins aux patients suivis pour une pathologie respiratoire stable de longue durée, dans le cadre du renouvellement annuel.

4.4.6 Art. 15, al. 1

IDS soulève la question de savoir qui doit reconnaître la « formation spéciale » exigée en matière de conseil en allaitement et propose que cette tâche soit assumée par SBK, par analogie avec l'art. 9c, al. 1.

SHV fait observer que la terminologie de l'art. 15 actuel ne correspond plus aux réalités et aux connaissances sociétales et médicales actuelles ; il propose donc la révision suivante :

« Art. 15 Conseils en cas d'allaitement et conseil sur les possibilités d'alimentation de l'enfant

¹ Les conseils en cas d'allaitement et le conseil sur les possibilités d'alimentation de l'enfant (art. 29, al. 2, let. c, LAMal) sont à la charge de l'assurance lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme, par une organisation de sages-femmes ou par des infirmiers ~~une infirmière ou un infirmier~~ ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

² Le remboursement est limité à trois cinq séances. Des conseils supplémentaires sur l'allaitement et les possibilités d'alimentation de l'enfant peuvent être donnés sur prescription médicale. S'ils sont prodigués après les 56 premiers jours suivant la naissance, ils ne font l'objet d'aucune participation aux coûts, qu'ils aient été effectués à la demande de parents adoptifs, de familles d'accueil ou de parents biologiques.

³ Les conseils en cas d'allaitement et le conseil sur les possibilités d'alimentation de l'enfant peuvent avoir lieu avant ou après la naissance. »

SBK et avec elle *BrotteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-NE-JU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, Unia* et ZHAW font observer que l'article de loi cité entre parenthèses est erroné. L'article adéquat est l'art. 29, al. 2, let. c, LAMal.

4.5 Ordonnance sur les aides financières visant à promouvoir l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base (OESMB)

4.5.1 Art. 1 Objet

Aucune remarque.

4.5.1.1 Al. 1

Aucune remarque.

4.5.1.2 Al. 2

Aucune remarque.

4.5.2 Art. 2 Conditions préalables

Aucune remarque.

4.5.2.1 Art. 2, let. a

AR demande le complément suivant : « a. les mesures contribuent à améliorer l'efficacité et/ou la qualité dans le domaine des soins médicaux de base ». Les projets ne doivent pas être axés uniquement sur l'efficacité, mais aussi sur l'objectif d'amélioration de la qualité des soins et/ou des indications. Dans la plupart des cas, une amélioration de la qualité des soins médicaux de base induit aussi, en fin de compte, une amélioration de l'efficacité et de la durabilité.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

VFP demande que la loi soit adaptée pour indiquer que les projets doivent non seulement être efficaces au sens de « rentables », mais aussi conduire explicitement à une amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

4.5.2.2 Art. 2, let. b

ASPS, Spitex Schweiz et Spitex Zürich saluent la condition relative à l'interprofessionnalité. Elles soulignent l'importance de la participation active de toutes les catégories professionnelles impliquées dans le rôle de partenaires de projet dès le début de ce dernier.

Pharmasuisse demande la suppression du terme « intraprofessionnel ».

VAS AG demande que la formation académique soit étendue aux professions de la santé, comme les diplômes fédéraux délivrés par la Croix-Rouge.

4.5.2.3 Art. 2, let. c

Aucune remarque.

4.5.2.4 Art. 2, let. d

Aucune remarque.

4.5.3 Art. 3 Coûts imputables

ARTISET estime que la part prévue de fonds propres que les organisations doivent injecter dans le projet est trop élevée. Elle demande que le rapport soit adapté à 80/20, à l'instar de l'encouragement de projets de la fondation Promotion Santé Suisse. De plus, il faudrait renoncer à une évaluation et davantage travailler avec des objectifs d'impact.

4.5.3.1 Art. 3, al. 1, let. a

GE se demande si les dépenses considérées pourront inclure la rétribution de ressources humaines. En effet, le déficit de personnels formateurs en éducation et en simulation interprofessionnelle est souvent un facteur limitant pour l'initiation et l'évaluation d'innovations en formations interprofessionnelles telles que la simulation.

mfe et *PIP* demandent que la formation Interprofessionnalité soit institutionnalisée (c'est-à-dire ancrée dans les structures ordinaires, notamment dans la formation de base, postgrade et continue) dans la loi sur la formation professionnelle (LFPr), la loi sur les professions de la santé (LPSan) et la loi sur les professions médicales (LPMéd). Une première étape à cet effet est d'allouer un crédit pour évaluer l'institutionnalisation / la mise en œuvre de l'interprofessionnalité dans la formation de base, postgrade et continue de la LFPr, de la LPSan et de la LPMéd.

4.5.3.2 Art. 3, al. 1, let. b

Aucune remarque.

4.5.3.3 Art. 3, al. 1, let. c

ARTISET propose, si sa demande de renoncer à l'évaluation n'est pas acceptée (cf. ch. 4.5.3), que les coûts de l'évaluation, en particulier ceux de l'évaluation approfondie du projet, soient entièrement pris en charge par la Confédération.

4.5.3.4 Art. 3, al. 2

Aucune remarque.

4.5.4 Art. 4 Détermination

4.5.4.1 Art. 4, al. 1

VD et SNL font remarquer que les 8 millions de francs prévus pour toute la Suisse et les 400 000 francs au maximum par projet ne sont pas suffisants pour atteindre les objectifs de promotion de l'efficacité dans le domaine des soins médicaux de base et de la collaboration interprofessionnelle.

mfe et PIP sont d'avis que la condition d'un co-financement jusqu'à 50 %, dans la limite de 400 000 francs, risque d'être vue comme un obstacle par les potentiels requérants. D'un côté, cette condition favorise les structures qui ont des moyens financiers au détriment de plus petites organisations, de l'autre, les montants qui pourront être alloués ne sont pas suffisamment conséquents pour permettre à des projets ambitieux et innovants de voir le jour, démotivant les acteurs à participer à l'appel à projets. D'autant plus que monter un projet avec différentes parties prenantes demande en amont beaucoup de temps et ressources, sans garantie d'être retenu.

4.5.4.2 Art. 4, al. 2

NW déplore que la détermination soit décrite de manière très imprécise et qu'elle ne soit détaillée que dans le rapport explicatif. Il demande que ce point soit réglé dans l'ordonnance.

4.5.4.3 Art. 4, al. 2, let. a

L'art. 4, al. 2, let. a, n'a fait l'objet d'aucune remarque autre que la demande formulée par NW au point 4.5.4.2.

4.5.4.4 Art. 4, al. 2, let. b

ARTISET demande que l'art. 4, al. 2, let. b, soit supprimé, car le critère n'est pas objectif et manque de clarté. S'il n'est pas supprimé, des précisions supplémentaires sont requises.

4.5.4.5 Art. 4, al. 2, let. c

ARTISET demande la modification suivante : « des prestations propres ~~et des contributions des services fédéraux et des tiers.~~ ».

4.5.4.6 Art. 4, al. 3

ARTISET demande la suppression de l'art. 4, al. 3.

4.5.5 Art. 5 Demande

mfe et PIP soutiennent la proposition d'une répartition du financement selon deux catégories : « grands projets » et « petits projets ». Elles sont également favorables à la proposition de pouvoir soumettre à l'OFSP une ébauche de projet pour examen préliminaire. Cela permet de vérifier la pertinence du projet par rapport aux critères définis en limitant un grand investissement de la part des requérants pour des projets qui n'auraient a priori pas de réelle chance d'être retenus.

4.5.5.1 Art. 5, al. 1

ARTISET et Innovation sociale demandent que l'article soit complété par une mention explicite invitant à la prise en compte des éléments connus (p. ex. PNR 74) et soulignant l'importance de la mise en réseau.

4.5.5.2 Art. 5, al. 1, let. a

Selon VAS AG, le requérant doit pouvoir être une personne morale de droit privé ou public ou un employé à titre individuel du secteur public ou privé.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.5.5.3 Art. 5, al. 1, let. b

Aucune remarque.

4.5.5.4 Art. 5, al. 1, let. c

Aucune remarque.

4.5.5.5 Art. 5, al. 1, let. d

Aucune remarque.

4.5.5.6 Art. 5, al. 1, let. e

Aucune remarque.

4.5.5.7 Art. 5, al. 2

Aucune remarque.

4.5.5.8 Art. 5, al. 3

ASPS, BSH, Spitex Schweiz et Spitex Zürich demandent que les directives et les formulaires soient conçus de manière à ce que les obstacles au dépôt des demandes ne soient pas d'emblée rédhibitoires, que des incitations soient mises en place pour supporter ce surcroît de travail et qu'une chance soit donnée aux petits projets.

4.5.6 Art. 6 Examen de la demande

ARTISET demande que l'OFSP fasse appel, lors de l'examen de la demande, à des experts issus du terrain et du milieu des fondations. Elle propose donc l'adaptation suivante : « L'OFSP peut faire appel *fait appel* à des experts afin d'examiner la demande. »

4.5.7 Art. 7 Forme d'octroi

Aucune remarque.

4.5.7.1 Art. 7, al. 1

Aucune remarque.

4.5.7.2 Art. 7, al. 1, let. a

Aucune remarque.

4.5.7.3 Art. 7, al. 1, let. b

Aucune remarque.

4.5.7.4 Art. 7, al. 2

Aucune remarque.

4.5.7.5 Art. 7, al. 2, let. a

Aucune remarque.

4.5.7.6 Art. 7, al. 2, let. b

Aucune remarque.

4.5.7.7 Art. 7, al. 2, let. c

Aucune remarque.

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

4.5.7.8 Art. 7, al. 2, let. d

Aucune remarque.

4.5.7.9 Art. 7, al. 3

Aucune remarque.

4.5.8 Art. 8 Évaluation approfondie du projet

ARTISET et *Innovation sociale* demandent la suppression de l'article. Si l'évaluation approfondie du projet est maintenue, elles demandent que la Confédération prenne en charge les coûts correspondants.

4.5.9 Art. 9 Entrée en vigueur et durée de validité

Aucune remarque.

4.6 Ordonnance sur l'entrée en vigueur définitive de la loi fédérale sur les professions de la santé

Aucune remarque.

5 Consultation

Conformément à l'art. 9¹³ de la loi sur la consultation, sont accessibles au public le dossier soumis à consultation, les avis exprimés par les participants après expiration du délai de consultation et le rapport rendant compte des résultats après que le Conseil fédéral en a pris connaissance. Ces documents sont accessibles sous forme électronique sur la plateforme de publication du droit fédéral¹⁴. Il est également possible de consulter les avis complets sur la page mentionnée (art. 16 de l'ordonnance sur la procédure de consultation¹⁵).

¹³ RS 172.061

¹⁴ www.fedlex.admin.ch > Procédures de consultation > Procédures de consultation terminées > 2023 > DFI

¹⁵ RS 172.061.1

6 Annexes

6.1 Listes des destinataires et participants à la procédure de consultation

1. Cantons

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	oui	oui
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	oui	oui
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	oui	oui
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	oui	oui
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	oui	oui
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	oui	oui
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	oui	oui
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	oui	oui
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	oui	oui
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	oui	oui
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	oui	oui
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	oui	oui
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	oui	oui
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	oui	oui

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	oui	oui
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	oui	oui
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	oui	oui
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	oui	oui
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	oui	oui
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	oui	oui
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	oui	oui
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	oui	oui
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	oui	oui
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	oui	oui
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	oui	oui
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	oui	oui
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione	oui	oui
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità	oui	oui
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	oui	non

2. Partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
Die Mitte Le Centre	Die Mitte Le Centre	oui	oui
EAG	Ensemble à Gauche	oui	non
EDU UDF UDF	Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale	oui	non
EVP PEV PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique suisse Partito evangelico svizzero	oui	oui
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali	oui	oui
GLP PVL PVL	Grünliberale Partei Schweiz Parti vert'libéral Partito verde-liberale	oui	non
GRÜNE VERT-E-S VERDI	GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI Svizzera	oui	oui
Lega	Lega dei Ticinesi	oui	non
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partito svizzero del lavoro	oui	non
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	oui	oui
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	oui	oui

3. Associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	oui	non
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	oui	non
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)	oui	non

4. Associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	oui	non
KV Schweiz SEC Suisse	Kaufmännischer Verband Schweiz	oui	non

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

SIC Svizzera	Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)		
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)	oui	oui
SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	oui	non
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	oui	non
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	oui	oui
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)	oui	non
Travail.Suisse	Travail.Suisse	oui	oui

5. Autres organisations / cercles intéressés

Abréviation	Nom	Sollicité	Avis
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	oui	non
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap	oui	non
AOVS	Augenoptik Verband Schweiz Fédération suisse des opticiens	oui	non
ARTISET	Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori de servizi per persone bisognose di assistenza	oui	oui
ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Association suisse des psychothérapeutes Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti Associaziun Svizra dals Psicoterapeuts	oui	non
ASPS	Association Spitex privée Suisse	oui	oui
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile	non	oui
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	non	oui

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

BFH	Berner Fachhochschule Haute école spécialisée bernoise Scuola universitaria professionale di Berna	non	oui
BGS	Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales Association suisse des centres de formation santé-social Associazione svizzera dei centri di formazione socio-sanitaria	oui	oui
	Brotegg Praxis	non	oui
BSH	Bündner Spital- und Heimverband	non	oui
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniuon grischuna da medis Ordine dei medici grigioni	non	oui
	Center da sandà Val Müstair	non	oui
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse	oui	non
CIIP	Secrétariat général de la conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin	oui	non
Curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermieri indipendenti	non	oui
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	oui	oui
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	oui	non
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse d'Ergothérapie Associazione Svizzera degli Ergoterapisti	oui	non
FKG CSS	Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz Conférence spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses	non	oui
FH Schweiz	Dachverband Absolventinnen und Absolveten Fachhochschulen Association faïtière des diplômé-es des Hautes écoles spécialisées	non	oui
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	oui	oui
FRC	Fédération romande des consommateurs	oui	non
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	oui	non

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

GE-KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	oui	non
	Groupe Mutuel	non	oui
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	oui	oui
HÄ CH	Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	oui	non
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale Fachhochschule Westschweiz Scuola universitaria professionale della Svizzera occidentale	non	oui
IDS NE	Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg Istituto di diritto sanitario dell'Università di Neuchâtel	non	oui
IG swissANP	Interessengruppe des SBK, Swiss Advanced Nursing Practice Groupe d'intérêt commun ASI pour le développement de la pratique infirmière avancée (PIA) en Suisse	non	oui
IMAD	Institution genevoise de maintien à domicile	non	oui
Innovationsociale	Association suisse pour la promotion de l'innovation sociale	non	oui
ISMI	Infirmier·ère·s spécialisé·e·s en médecine intégrative Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Spezialisiert in Integrativer Medizin	non	oui
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule Schweiz Haute école spécialisée Kalaidos Scuola universitaria professionale Kalaidos Kalaidos University of applied sciences Switzerland	oui	non
KF	Konsumentenforum Forum suisse des consommateurs	oui	non
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali	oui	KKA wurde liquidiert
KOGS	Verein Kantonale OdAs Gesundheit und Soziales	non	oui
Konferenz HF	Schweizerische Konferenz der Höheren Fachschulen Conférence suisse des écoles supérieures Conferenza svizzera delle scuole specializzate superiori	oui	oui
MFÄF	Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg	non	oui

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

MTK	Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF	oui	oui
NOPS	Notfallpflege Schweiz Soins d'urgence suisse	non	oui
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	oui	oui
OPTIKSCHWEIZ	Verband für Optometrie und Optik Association d'optométrie et d'optique	oui	non
Ospita	Die Schweizer Gesundheitsunternehmen Les entreprises suisses de santé	oui	non
OST	Ostschweizer Fachhochschule, Departement Gesundheit	non	oui
PBL	Psychiatrie Baselland	non	oui
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	oui	oui
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique suisse Salute pubblica Svizzera	non	oui
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	oui	non
PIP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires	non	oui
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs- maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	oui	non
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	oui	non
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	oui	oui
SBAO	Schweizerischer Berufsverband für Augenoptik und Optometrie Société suisse pour l'optique et l'optométrie	oui	non
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata	oui	non
SBBK	Schweizerische Berufsbildungsämter-Konferenz Conférence suisse des offices de la formation professionnelle	oui	non

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	oui	oui
SBK-BE	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Bern	non	oui
SBK-BSBL	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Basel-Stadt / Basel-Landschaft	non	oui
SBK-GR	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Graubünden	non	oui
SBK-NE-JU	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Neuenburg – Jura	non	oui
SBO-TOM	Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Osteopathische Medizin	oui	non
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private	oui	non
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	oui	oui
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung Société suisse de nutrition Società svizzera di nutrizione	oui	non
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Psychologie Société suisse de psychologie	oui	non
SHK	Schweizerische Hochschulkonferenz Conférence suisse des hautes écoles Conferenza svizzera delle scuole universitarie Conferenza svizra da las scolas autas	oui	non
SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	oui	oui
SIDB	Schweizerische Interessengruppe für Diabetesfachberatung Groupe d'intérêt suisse pour le conseil en diabétologie	non	oui
SIGA	Schweizerischer Interessenverband Anästhesiepflege Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti	non	oui
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	oui	non

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

SNL	Swiss Nurse Leaders Organisation der Pflegeverantwortlichen in der Schweiz Organisation des responsables de soins en Suisse	oui	oui
SNS	Swiss Nursing Students	non	oui
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	oui	oui
Spitex Zürich	Spitex Verband Kanton Zürich	non	oui
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti	oui	non
SPS	Stiftung für Patientensicherheit Fondation Sécurité des patients suisse	oui	non
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix-Rouge suisse Croce Rossa svizzera	oui	non
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	oui	non
SSPH+	Swiss School of Public Health	non	oui
	Stillförderung Schweiz Promotion allaitement maternel suisse	non	oui
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari	oui	oui
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diététiciens-ne-s Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i	oui	non
SVF	Schweizerischer Verband für Frauenrechte Association suisse pour les droits de la femme	non	oui
SVFP	Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten Association suisse des physiothérapeutes indépendants Associazione Svizzera Fisiatri Indipendenti	oui	non
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia Swiss association for joint tasks of health insurers	oui	non
SVO	Schweizerischer Verband der Osteopathen Fédération suisse des ostéopathes Federazione Svizzera degli Osteopati	oui	non

Rapport sur les résultats de la consultation relative aux dispositions d'exécution concernant la mise en œuvre de la 1^{re} étape de l'initiative sur les soins infirmiers

SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	oui	non
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	oui	non
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere	oui	non
Swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des rectrices et recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions	oui	oui
Syna	Syna. Zentralsekretariat Syna. Secrétariat central	oui	oui
VaOS	Vereinigung akademischer OsteopathInnen Schweiz	oui	non
VAS AG	VitalAire AG	non	oui
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft Association pour les sciences infirmières Associazione svizzera per le scienze infermieristiche Swiss Association for Nursing Science	oui	oui
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	oui	non
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri	oui	non
VPOD	Schweizerischer Verband des Personals Öffentlicher Dienste Syndicat suisse des services publics Sindacato svizzero dei servizi pubblici	oui	non
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	oui	oui
Unia	Die Gewerkschaft Le syndicat	non	oui
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Haute école zurichoise de sciences appliquées Scuola universitaria di scienze applicate di Zurigo	non	oui