

RAPPORT DE LA COMMISSION THEMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

chargée d'examiner l'objet suivant :

Postulat Blaise Vionnet et consorts au nom du groupe vert/libéral - Promouvoir la collaboration entre infirmiers et pharmacies d'officine pour améliorer les soins de proximité

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 12 décembre 2025. Elle remercie Mme Fanny Krug secrétaire de commission pour les notes de séance.

Présent·e·s : Mmes Sylvie Podio (présidence), Chantal Weidmann Yenny, Sandra Pasquier, Valérie Zonca (en remplacement de Rebecca Joly), Géraldine Dubuis, MM. Fabien Deillon, Blaise Vionnet, Marc Vuilleumier, Stéphane Balet, Gérard Mojon, Olivier Petermann, Grégory Bovay (en remplacement de Florence Bettschart-Narbel), Yann Glayre (en remplacement de Michael Demont).

Excusé e·s : Mme Rebecca Joly, Florence Bettschart-Narbel, MM. Michael Demont, Sébastien Cala (non remplacé), François Cardinaux (non remplacé).

Représentant·e·s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mme Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Cheffe du DSAS, M. Gianni Saitta, Directeur général de la Direction générale de la santé (DGS), Mmes Marie-Christine Grouzmann, Pharmacienne cantonale DGS/Office du médecin cantonal OMC, Teresa Gyuriga, Infirmière cantonale – responsable pôle DGS.

2. POSITION DU POSTULANT

L'interprofessionnalité est souvent mentionnée dans les discussions concernant notre système de santé. Elle est l'une des pistes majeures qui permettra une meilleure accessibilité aux soins et également une limitation de la hausse des coûts. Ce postulat va dans ce sens puisqu'il vise à favoriser la collaboration entre pharmacien·ne d'officine et infirmier·ère dans le but d'améliorer des soins de proximité.

Ce postulat part de quelques constats :

- La pénurie croissante des professionnel·le·s de la santé.
- L'augmentation des besoins en santé liés au vieillissement de la population et aux maladies chroniques.
- L'inégalité de l'offre de soins selon qu'on habite en ville ou en périphérie, en rappelant que les pharmacies d'officine sont assez bien réparties sur tout le territoire du canton.

En mettant ensemble pharmacien·ne·s et infirmier·ère·s, cela permettrait :

- De valoriser les compétences professionnelles des deux professions.
- D'offrir de nouvelles compétences pour les infirmier·ère·s pour leurs activités extra-hospitalières.

Pour le système de santé, cela permettrait :

- De désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgence.
- Un tri des urgences avec une prise en charge simple et rapide pour des petites urgences avec un référencement des patientes et patients qui nécessiteraient des soins plus importants dans les centres d'urgence.
- De freiner l'évolution des coûts de la santé en évitant des consultations en urgence dans les hôpitaux qui coûtent relativement cher au niveau de chaque consultation individuelle.

Pour la population, une telle collaboration permettrait :

- D'offrir un accès de proximité à des soins primaires.
- De renforcer des messages de prévention et d'éducation thérapeutique puisqu'autant les pharmaciens et infirmiers sont souvent meilleurs que les médecins pour donner des messages d'éducation thérapeutique.

Ce texte est un postulat et pas une motion, il laisse donc une grande marge de manœuvre au Conseil d'État pour en explorer des pistes.

Il vise :

- À analyser les régions où l'impact d'une telle collaboration pourrait être le plus grand.
- À évaluer les aspects légaux et financiers d'une telle collaboration.
- À comparer ce genre de pratique avec ce qui est fait dans d'autres cantons.

Pour toutes ces raisons le postulant invite à soutenir ce postulat qui vise à améliorer les soins de proximité, et à le renvoyer au Conseil d'État.

3. POSITION DU CONSEIL D'ÉTAT

Sur la base d'une première analyse qui a été faite, on voit bien quel pourrait être l'intérêt de l'idée développée par le postulant, en imaginant intégrer des infirmiers-praticiens spécialisés (IPS) au sein des pharmacies – par exemple pour renforcer le suivi de la patientèle chronique comme les patientes diabétiques, souffrant de cholestérol ou d'hypertension. En particulier dans des zones rurales ou faiblement médicalisées, et de manière complémentaire avec des prestations qui sont déjà déployées dans les zones par les acteurs sanitaires. Ce type d'approche est pratiqué par exemple au Centre de santé Blécherette où des IPS travaillent en partenariat avec des médecins.

De nombreuses collaborations pourraient être imaginées avec l'intégration d'IPS. Il convient toutefois d'être attentif à plusieurs éléments :

- Toujours bien respecter les périmètres de compétences de chaque professionnel et éviter les confusions.
- La question du financement : malgré les nombreuses idées pour intégrer des IPS à des infrastructures existantes et l'existence de nombreux modèles à l'étranger, le cadre légal actuel ne permet toutefois pas le financement de ce type de prestation.

La Direction générale de la santé (DGS) a plusieurs projets pilotes, notamment le projet MOCCA¹ qui est financé essentiellement par des aides du Canton (pas de facturation ad hoc et l'approche n'est pas encore harmonisée au niveau Suisse, les alémaniques n'ayant pas la même conception du travail des IPS que les romands²).

- Le recours à du personnel infirmier dans les pharmacies ne pourrait pas constituer une réponse à la pénurie de personnel en pharmacie, et la pénurie touche aussi la profession infirmière.

¹ Ndlr : « Le Modèle de Coordination dans les Cabinets de médecine de famille implémente une nouvelle organisation : il intègre un-e infirmier-ère dans le cabinet, dans l'objectif d'une prise en charge interprofessionnelle »
source : <https://www.vd.ch/population/seniors/politique-cantonale-de-la-vieillesse/mocca-cest-quoi>

² Les romands se basent davantage sur des approches anglo-saxonnes de la pratique des IPS, en lien avec la formation dispensée par l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS)

L'idée est certes bonne : elle met en évidence la nécessité de l'avantage de l'interprofessionnalité, de collaborations et coordination dans les trajectoires de santé. Actuellement, la DGS a des projets pour intégrer davantage les IPS dans le réseau de santé communautaire, mais les pharmacies ne sont pas la priorité de la DGS.

L'intégration des IPS au sein de pharmacies est une très bonne idée par beau temps. Néanmoins dans le contexte actuel financier nécessitant une priorisation des projets, le souhait est de ne pas abandonner tout ce qui a été mis en place depuis plusieurs années pour renforcer la présence des IPS au sein de maisons de santé, de centres de santé communautaire (type Centre de santé Blécherette) et de cabinets médicaux (projet MOCCA), et de pérenniser ces modèles très prometteurs, plutôt que de disperser les ressources à disposition et tester en parallèle ce type de modèle sur les pharmacies.

S'agissant du cadre légal et financier : pour le projet MOCCA, le Canton finance ces infirmières et infirmiers dans des cabinets privés, ce qui pose aussi des questions en termes de concurrence entre les cabinets. Le modèle est intéressant mais les dispositions légales en vigueur pour la facturation sont plus complexes, les IPS ne peuvent pas facturer eux-mêmes leurs prestations. A noter toutefois que depuis 2025, une nouvelle catégorie *infirmières et infirmiers indépendants sans déplacement* a été intégrée dans un le cadre du Règlement pour le financement résiduel d'aide et de soins à domicile. Cela signifie que des modèles intégrant cette nouvelle catégorie peuvent se développer. Ainsi des infirmières et infirmiers indépendants sans déplacement peuvent exercer sur un lieu fixe - comme les pharmacies - où ce sont les patientes et les patients qui viennent (les infirmier-ère-s n'ont ainsi pas à se déplacer) et facturer leurs prestations. Ce modèle est différent de celui d'infirmiers ou infirmières qui seraient employés par des pharmacies.

Le postulant précise que le fait que l'infirmier ou l'infirmière puisse exercer dans le local de la pharmacie et facture comme indépendant entre tout à fait dans le projet du postulat. Il n'était pas question que la pharmacienne ou le pharmacien emploie l'infirmière ou l'infirmier.

Le directeur général de la DGS précise que cette liberté a été laissée pour favoriser la possibilité d'explorer ce type de modèle mais la priorité actuellement est de pouvoir pérenniser le projet MOCCA avec le système actuel. Le projet MOCCA est un projet pilote depuis 8 ans, le Canton paie mais il s'agit maintenant de réussir à pérenniser ce modèle dans le système, avec les contraintes fédérales : le Canton pourrait ainsi apporter une aide par substitution et pas uniquement financer la totalité des activités des infirmiers et infirmières qui travaillent en cabinet. L'idée est que ces professionnelles et professionnels puissent facturer leurs prestations, le cas échéant le Canton viendrait en soutien notamment pour le développement. Le souhait est de développer l'interprofessionnalité, au sein d'institutions ou dans un cadre plus libéral. Le Canton ne peut pas financer de manière pérenne ce type de modèle.

4. DISCUSSION GENERALE

Pour un-e commissaire, le postulat présente plusieurs points d'intérêt et estime qu'il est intéressant de le soutenir. S'agissant d'un postulat, la forme n'est pas contraignante. Il s'agit de mener une analyse, on ne donne pas instruction de développer un projet pilote. Si le timing ne semble pas idéal sur le plan budgétaire, il est possible que dans un second temps et selon les résultats de l'analyse menée dans ce temps creux financier, - peut-être dans 10 ans, les finances cantonales seront meilleures - de se baser sur cette réflexion pour développer quelque chose. Ou alors, l'analyse mènera peut-être à la conclusion que cette idée n'est pas la bonne, ce qui permettra de fermer une porte, c'est aussi intéressant en termes d'efficacité économique. Il n'y a pas de pression pour avoir un résultat effectif dans les deux prochaines années.

Le postulant réagit par rapport au développement de Mme la Conseillère d'État :

- Il rappelle qu'il n'a jamais été mentionné dans le postulat la nécessité de mettre des IPS dans cette situation. En effet, les IPS ont un créneau très spécifique (développement, recherche, structure particulière). Dans le modèle proposé par le postulat, on peut imaginer que des infirmiers et des infirmières non spécialisés puissent intervenir dans des pharmacies pour des soins de base, du tri de patientes et de patients. Loin du postulant l'idée de ponctionner des IPS pour les placer dans des pharmacies. Le projet tel que présenté dans le postulat est beaucoup plus généraliste et ne nécessite pas la spécificité d'un IPS.
- Par rapport au financement, le postulant indique n'avoir jamais envisagé que l'État finance un tel projet. Il faudrait plutôt analyser comment des infirmiers et des infirmières indépendants pourraient

facturer leurs prestations dans le cadre de l'OFAS. Il s'agit de donner plus de possibilités de facturation. Si les infirmiers et infirmières pouvaient facturer à titre indépendant, cela permettrait par la suite de pérenniser des projets comme MOCCA.

La conseillère d'État attire l'attention sur le fait qu'il n'y a pas de formule simple sur la facturation. On est face à des contraintes qui ne sont pas de notre ressort. Les travaux qui vont permettre de clarifier ce cadre juridique se situent au niveau fédéral, le chemin est encore long compte tenu des approches très différentes entre la Suisse romande et la Suisse alémanique.

La pharmacienne cantonale et l'infirmière cantonale exposent différents points :

- Le cadre légal existe : actuellement, un infirmier ou une infirmière, pour autant qu'il ou elle puisse facturer à l'assurance maladie, peut tout à fait travailler dans une pharmacie et y avoir une activité à titre d'infirmier-ère. Le Règlement sur l'exercice des professions de la santé le permet. Tout professionnel de la santé déterminé dans la LSP (loi sur la santé publique) peut avoir une activité dans une pharmacie.
- Le cadre financier : facturation de ces activités à charge de l'assurance maladie sans mandat médical.
- Il y a déjà eu des présences d'infirmiers ou infirmières non-IPS dans une pharmacie avec le modèle « Aprioris » à Lausanne. Ce modèle s'est arrêté car ce personnel infirmier n'avait pas suffisamment à faire. L'expérience « Aprioris » a montré que :
 - Les infirmières et infirmiers non-IPS travaillant en pharmacie ne faisaient pas forcément de suivi pour les cas de chronicité et, ne pouvant pas poser un diagnostic ni d'indications en termes de traitement, leur étendue de pratique était bien réduite et pas très claire, ce qui fait que les personnes ont finalement plutôt démissionné.
 - Les infirmières et infirmiers non-IPS travaillant en pharmacie traitaient les urgences. Or, le tri des urgences est aussi dans les compétences des pharmaciennes et pharmaciens. Alors quelle est la plus-value d'une infirmière ou d'un infirmier sur ce tri des urgences ?

Les infirmières et infirmiers non-IPS travaillant en pharmacie pourraient aussi faire le traitement de plaies cependant ces soins sont souvent faits à domicile, de plus les pharmaciens et les assistant·e·s en pharmacie ont aussi la compétence sur les soins de plaie.

On se trouve donc systématiquement sur des overlap d'activités entre l'infirmier-ère et le ou la pharmacien-ne.

- État des réflexions actuelles :
 - On pense qu'une infirmière ou un infirmier dans une pharmacie a relativement peu d'intérêt. Les réflexions actuelles partent plutôt sur l'intérêt d'avoir une IPS dont l'activité entre plus dans le champ médical.

Les IPS font de la médecine de premier recours. On veut les développer au niveau communautaire, on le fait dans les centres de santé et cela a tout son sens. On pourrait imaginer, à un moment donné (il s'agit de procéder par étapes), qu'il fasse sens de produire des soins infirmiers et des soins médicaux dans une pharmacie (dans un lieu particulier où va la population). On doit explorer ces nouveaux modèles, cela est fait dans les centres de santé, et le point bloquant est la facturation. Des travaux se font au niveau national à l'heure actuelle - ils vont prendre un peu de temps – et on essaie d'influencer pour que le modèle puisse répondre aux besoins de la population et être viable financièrement. Ainsi l'étendue de pratique et le rôle des infirmiers et infirmières font l'objet de réflexions.

Il existe des modèles interprofessionnel·le·s avec des centres de santé qui collaborent en interprofessionnalité avec des pharmacies. C'est peut-être une articulation à explorer avec des exemples en France notamment.

Le Canton de Vaud est novateur sur les cercles de qualité dans les EMS avec une importante activité d'interprofessionnalité où les pharmaciens travaillent avec les médecins et les infirmier-ère·s.

Aujourd'hui la France travaille, non pas sur la présence d'un infirmier ou d'une infirmière dans une pharmacie, mais plutôt sur une collaboration plus étroite, d'interprofessionnalité, entre une pharmacie de référence qui collabore avec un cabinet médical, un centre de santé, une maison de santé.

La pharmacienne cantonale est d'avis qu'il convient de travailler sur ces modèles d'interprofessionnalités. Les pharmacies sont intégrées dans le parcours de soins et les différent·e·s intervenant·e·s collaborent pour améliorer la prise en charge des patient·e·s.

A noter aussi que le Canton de Vaud ne contient pas de déserts médicaux. Dans les zones périphériques, il y a des pôles santé et les pharmacies sont toujours à proximité de ces pôles santé.

Il y a effectivement des améliorations à réaliser, mais plus sur la collaboration interprofessionnelle que la présence d'un infirmier ou d'une infirmière dans une pharmacie. Ou alors à terme, des IPS dans des pharmacies mais une fois seulement que les questions de tarification et de facturation auront été clarifiées, si tant est qu'aura pu être stabilisée l'intégration des IPS dans des cabinets médicaux, dans des centres de santé et éventuellement aussi dans des EMS (projet pilote en cours).

En effet, à l'heure actuelle, on intègre le communautaire avec les IPS. Cela fait du sens et est suffisamment étayé scientifiquement au niveau international, on voit aussi les plus-values. On peut même imaginer par exemple des consultations dans certains quartiers plus défavorisés pour éviter que la population se rende aux urgences pour des problèmes de santé qui ne nécessitent pas une prise en charge aux urgences et pourraient très vite être traités sur place. Ces modèles sont intéressants, on doit travailler avec le cadre légal et les aspects financiers pour pouvoir les développer. D'ici 10-15 ans la question ne se posera probablement plus.

Pour le postulant, au vu de la complexité de la discussion et des enjeux, le postulat aurait le mérite de mettre un peu d'ordre dans toutes ces idées. Il relève que le développement d'une maison de santé³ prend de nombreuses années et le postulat permettrait aussi peut-être d'offrir un complément, une alternative, d'explorer les pratiques dans d'autres cantons. Le maintien du postulat aurait le mérite de donner un peu de clarification dans une situation assez mouvante et complexe.

5. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil de prendre en considération ce postulat à l'unanimité des membres présents, et de le renvoyer au Conseil d'État.

Morges, le 8 mars 2026.

*La présidente :
(Signé) Sylvie Podio*

³ Le postulant a participé à une rencontre à Lausanne sur ce sujet