

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUER UNE PROFESSION DE LA SANTÉ (LPMéd, LPSan, LPsy et professions réglementées au niveau cantonal)**

**Profession**

---

**Données personnelles**

Nom  Sexe  F  M  
Prénom/s  Date de naissance   
Nom(s) antérieurs   
Nationalité   
Etrangers/ères : Permis de séjour  B  C  G Demande permis en cours   
Code GLN \*  ID Nareg \*\*   
N° AVS

\*Seulement pour les professions enregistrées dans les registres fédéraux MedReg, Nareg ou PsyReg ; si vous ne figurez pas encore dans le registre vous concernant, nous vous prions de vous adresser à l'OFSP (MedReg et PsyReg) ou à la Croix-Rouge suisse (Nareg).

\*\*Seulement pour les professions enregistrées dans le registre fédéral NaReg

---

**Adresse privée**

Rue, N°   
NPA, localité  Pays   
Tél. privé  Mobile   
Email privé

**Future adresse professionnelle N° 1**

Nom de l'établissement ou nom de l'employeur/euse (*uniquement pour les salarié·e·s*)   
Rue, N°   
NPA, localité   
Tél. prof.   
E-mail prof.   
Site internet   
Taux d'occupation (%)

**Type de structure**

- Cabinet privé
- Cabinet de groupe
- Institution de soins ambulatoire
- Etablissement sanitaire

*Uniquement pour les salarié·e·s*

L'employé·e assume-t-il/elle une fonction de cadre/responsable ?  Oui  Non

➤ Si non, l'employé·e a-t-il/elle un supérieur hiérarchique autorisé·e exerçant la même profession ?

Oui  Non

Date d'engagement : du  au

**Future adresse professionnelle N° 2 (si applicable)**

Nom de l'établissement ou nom de l'employeur/euse (*uniquement pour les salarié-e-s*)

Rue, N°

NPA, localité

Tél. prof.

E-mail prof.

Site internet

Taux d'occupation (%)

**Type de structure**

- Cabinet privé
- Cabinet de groupe
- Institution de soins ambulatoire
- Etablissement sanitaire

*Uniquement pour les salarié-e-s*

L'employé-e assume-t-il/elle une fonction de cadre/responsable ? Oui Non

➤ Si non, l'employé-e a-t-il/elle un supérieur hiérarchique autorisé-e exerçant la même profession ?

Oui Non

Date d'engagement : du  au

---

**Activité professionnelle sous propre responsabilité professionnelle envisagée**

Avez-vous l'intention de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ?<sup>1</sup>

- oui, à titre indépendant (admission personnelle et à son propre compte)
- oui, à titre dépendant (en tant que salarié-e et admission par le biais de l'employeur/euse)
- non

De quelle(s) manière(s) serez-vous affilié-e à l'AVS lorsque l'activité pour laquelle vous demandez une autorisation de pratiquer démarrera ?

Les personnes qui cumulent une activité indépendante et une activité salariée peuvent avoir le double statut.

- Je serai affilié-e à l'AVS en tant qu'indépendant-e
  - Je serai affilié-e à l'AVS en tant que salarié-e
- 

**Activité professionnelle en Suisse**

Êtes-vous déjà au bénéfice d'une autorisation de pratiquer sous propre responsabilité en Suisse? oui non

Si oui, dans quels cantons ?

Avez-vous déjà demandé une autorisation de pratique dans un autre canton ? oui non

Si oui, dans quels cantons ?

Êtes-vous autorisé à facturer à charge de l'AOS dans un autre canton? oui non

Si oui, dans quels cantons ?

Une demande d'autorisation de pratique a-t-elle été refusée par un autre canton ou pays ? oui non

---

<sup>1</sup> Uniquement pour les médecins du canton de Vaud et Neuchâtel, deux autorisations vous seront délivrées. La première, l'autorisation de pratiquer, atteste que vous remplissez les critères personnels et professionnels nécessaires à l'exercice de votre profession (cf. LPMéd). La seconde, l'autorisation de facturer, atteste que vous remplissez les critères pour facturer à charge de l'AOS (cf. LAMal).

Si oui, par quels cantons ou par quels pays ?

Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale, disciplinaire ou administrative, d'une procédure en responsabilité civile professionnelle ou de poursuite pour dettes/faillite ?

oui non

**Si oui, veuillez nous informer, documents à l'appui, de l'état de la procédure.**

---

**Titre/s de formation (diplôme, certificat, etc.)**

Vos diplômes seront systématiquement contrôlés dans le registre fédéral idoine.

En cas de doute, nous nous permettrons de vous solliciter.

**Niveau de langue<sup>2</sup>**

B2 DELF

C1 DALF

---

**Remarques ou informations supplémentaires**

---

---

<sup>2</sup> Le canton de Vaud exige un niveau C1 pour tou·te·s les professionnel·le·s. Ce niveau sera exigé dans le futur dans les autres cantons.

Le/la requérant-e s'engage à avoir fourni des informations complètes et véridiques. En cas de réponse inexacte ou trompeuse, l'autorisation de pratique pourra être refusée, voire retirée.

Tant que le dossier de demande d'autorisation n'est pas complet, il ne sera pas traité et pourra être renvoyé au/à la requérant-e.

Tant que l'autorité n'a pas statué, le/la requérant-e n'est pas autorisé-e à pratiquer ou facturer, sous peine de sanctions.

Le/la requérant-e est en outre tenu-e de signaler sans délai à l'autorité toute modification de sa situation professionnelle ou personnelle par rapport aux informations contenues dans la présente demande, en particulier les changements de nom ou d'adresse, son statut d'indépendant ou de salarié, la cessation et la reprise de son activité ainsi que le départ du canton.

**Le/la requérant-e autorise l'autorité à se renseigner à son sujet auprès des institutions ayant délivré ses titres de formation ou leur équivalent, ainsi qu'auprès de ses employeurs, des assureurs de responsabilité civile professionnelle et des autorités de surveillance cantonales, fédérales et étrangères. Il ou elle autorise ces derniers à communiquer à l'autorité tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande ou à toute instruction ultérieure effectuée dans le cadre de la surveillance de son activité professionnelle, en particulier toute information permettant d'établir que le/la requérant-e est digne de confiance.**

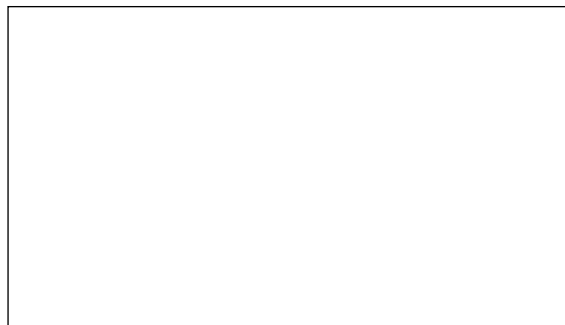
Lieu et date

Signature du/de la professionnel-le (valable pour les indépendant-e-s et les salarié-e-s)

*Cette signature servira de spécimen lors de l'authentification de déclarations ou certificats médicaux ou médico-légaux signés par le/la professionnel-le.*



Timbre et signature de l'employeur/euse (*uniquement pour les salarié-e-s*)



## Documents à fournir à l'appui de la demande

### Procédure ordinaire

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé
- Curriculum vitae actualisé
- Copie de votre diplôme ; pour les titres de formation étrangers, copie des attestations de reconnaissance ou d'équivalence établies par l'instance suisse compétente
- **Pour les chiropraticiens, médecins, pharmaciens et psychologues-psychothérapeutes** : copie du ou des titre-s postgrade-s ; pour les titres postgrades étrangers, copie des attestations de reconnaissance établies par l'instance compétente
- **Pour toutes les professions de la santé à l'exception de celles de médecin, ostéopathe, pharmacien, psychologue-psychothérapeute et hygiéniste dentaire salarié-e** : copies des certificats de travail avec indication du taux d'activité (%) attestant d'une expérience professionnelle d'une durée de 2 ans à plein temps dont 1 année en Suisse (ou l'équivalent à temps partiel), effectuée après l'obtention du diplôme (l'année en Suisse n'est pas exigée pour les médecins-dentistes).

Les **diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, optométristes, physiothérapeutes et sages-femmes** qui ne remplissent pas cette condition recevront une autorisation de pratiquer sous propre responsabilité limitée à l'exercice professionnel salarié (qui ne permet pas l'exercice à titre économique privé (= à son propre compte)). Ils ne pourront pas non plus exercer de tâches de supervision.

- **Pour les médecins** : attestations de travail prouvant une pratique min. de 3 ans à 100% dans un établissement suisse de formation reconnu (ISFM)
- **Extrait original numérique ou papier (ou copie certifiée conforme)** récent (moins de 6 mois) du casier judiciaire suisse; si vous résidez depuis moins de 6 mois en Suisse, fournir également le casier judiciaire de votre dernier pays de résidence
- **Pour les chiropraticiens, médecins, pharmaciens et médecins-dentistes arrivant de l'étranger** : **original** ou **copie certifiée conforme** des attestations récentes (moins de 3 mois) de bonne conduite (« certificat de situation professionnelle », attestant de l'absence de mesures administratives ou disciplinaires/de procédures en cours visant de telles mesures) établies par les autorités compétentes (Ordre National\*) des pays où vous avez pratiqué votre profession
- Certificat médical **original** récent (moins de 6 mois) attestant de l'aptitude à exercer la profession et établi par un médecin autorisé à pratiquer en Suisse
- Copie ou proposition d'assurance de responsabilité civile professionnelle personnelle (**pratique à titre indépendant**) ou déclaration de l'établissement dans lequel vous travaillez attestant que vous êtes couvert-e par son assurance de responsabilité civile professionnelle (**pratique à titre dépendant**)
- Attestation de niveau de langue C1 DALF pour les non francophones
- Copie d'une pièce d'identité avec photo visible
- **Pour les médecins** : questionnaire relatif à la garde médicale

### Procédure simplifiée

(applicable aux requérants titulaires d'une autorisation délivrée par un autre canton)

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé
- Curriculum vitae actualisé
- Copies de **toutes** les autorisations de pratiquer délivrées par d'autres cantons
- **Original** ou **copie certifiée conforme** des attestations récentes (moins de 3 mois) de bonne conduite (« certificate of good standing », attestant la validité de l'autorisation et l'absence de mesures administratives ou disciplinaires/des procédures en cours visant une telle mesure) établies par les autorités des cantons vous ayant délivré une autorisation de pratique
- Copie de votre diplôme ; pour les titres de formation étrangers, copie des attestations de reconnaissance ou d'équivalence établies par l'instance suisse compétente
- **Pour les chiropraticiens, médecins, pharmaciens et psychologues-psychothérapeutes** : copie du ou des titre-s postgrade-s ; pour les titres postgrades étrangers, copie des attestations de reconnaissance établies par l'instance compétente
- **Pour toutes les professions de la santé à l'exception de celles de médecin, ostéopathe, pharmacien, psychologue-psychothérapeute et hygiéniste dentaire salarié-e** : copies des certificats de travail avec indication du taux d'activité (%) attestant d'une expérience professionnelle d'une durée de 2 ans à plein temps dont 1 année en Suisse (ou l'équivalent à temps partiel), effectuée après l'obtention du diplôme (l'année en Suisse n'est pas exigée pour les médecins-dentistes)

Les **diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, optométristes, physiothérapeutes et sages-femmes** qui ne

remplissent pas cette condition recevront une autorisation de pratiquer sous propre responsabilité limitée à l'exercice professionnel salarié (qui ne permet pas l'exercice à titre économique privé (= à son propre compte)). Ils ne pourront pas non plus exercer de tâches de supervision.

- **Pour les médecins** : attestations de travail prouvant une pratique min. de 3 ans à 100% dans un établissement suisse de formation reconnu (ISFM)
- Attestation de niveau de langue C1 DALF pour les non francophones
- Copie ou proposition d'assurance de responsabilité civile professionnelle personnelle (**pratique à titre indépendant**) ou déclaration de l'établissement dans lequel vous travaillez attestant que vous êtes couvert-e par son assurance de responsabilité civile professionnelle (**pratique à titre dépendant**)
- Copie d'une pièce d'identité avec photo visible
- **Pour les médecins** : questionnaire relatif à la garde médicale

\*L'attestation de l'**Ordre Départemental** n'est pas suffisante !

Version 05.02.2021