



Crédits photo: Viktor Levi | Dreamstime.com

Inscription dans la loi des nouveaux métiers de la santé

L'Advanced Practice Nursing dans l'assurance-maladie

Pascal Coullery

Dr iur., prof. HES, enseignant à la Haute école spécialisée bernoise, Berne

Un consensus semble s'imposer parmi les professionnels comme parmi les politiques: les nouveaux modèles de soins ont le potentiel d'améliorer aussi bien la qualité que l'efficacité des soins de santé. La mise en œuvre juridique se conforme aux principes du droit sur l'assurance-maladie, principes dont il faut cependant débattre à la lumière des directives supérieures du droit constitutionnel.

En septembre 2020, le Conseil national a accepté un postulat de la conseillère nationale Marianne Streiff-Feller [1], chargeant le Conseil fédéral de vérifier l'inscription dans la loi des infirmiers et infirmières en pratique avancée (IPA ou *advanced practice nurses*). Un vaste consensus semble se dégager sur le principe: le Conseil fédéral est favorable au postulat, les membres de six groupes parlementaires ont signé l'intervention et la majorité au sein du Parlement était large (108 voix contre 74). Alors que le rapport du Conseil fédéral est encore attendu, des questions émergent concernant la mise en œuvre juridique, à deux niveaux différents.

Obstacles juridiques

Pour l'essentiel, l'objectif du postulat est de modéliser les rôles des experts en soins (par ex. en soins infirmiers), notamment au niveau juridique, pour l'assurance-mala-

die. Le personnel infirmier qui, grâce à une formation universitaire prégraduée de niveau master, a acquis l'expertise et la compétence de prendre une décision dans des situations de soins complexes, doit assumer la gestion des soins des personnes atteintes d'une maladie chronique ou de polymorbidité, et pouvoir facturer les prestations directement à l'assurance obligatoire des soins. Deux principes de base de la loi sur l'assurance-maladie en vigueur [2] s'opposent à cet objectif:

- *Principe de la prescription*: En principe, seuls les médecins peuvent valider directement les prestations de traitement d'une maladie, tous les autres prestataires peuvent uniquement agir sur prescription médicale [3]. Les chiropraticiennes et chiropraticiens constituent une réelle exception, et les prestations liées à la maternité, qui peuvent être fournies par les sages-femmes, même sans prescription médicale, semblent aussi en être une [4]. Cela

s'explique apparemment par le fait que la maternité n'est pas une maladie, et que dans ce cas on ne s'écarte pas du principe de la prescription.

- *Principe des listes pour les prestations non médicales:* Pour toutes les prestations qui ne sont pas fournies par des médecins, un principe très strict de liste s'applique, suivant lequel seules peuvent être remboursées les prestations explicitement listées dans un document juridique (en général une ordonnance). Dans le domaine des soins infirmiers, il existe actuellement un catalogue des prestations dans l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations de l'assurance des soins. L'inscription des expertes et experts du domaine des soins dans ce catalogue doit être vérifiée.

Ces deux principes s'appuient sur le droit contenu dans les lois et les ordonnances. Cela signifie qu'ils peuvent être adaptés à tout moment si le législateur le souhaite. Dans le débat politique, une valeur ultrapositive, relevant presque du droit naturel, est attribuée depuis des décennies à ces deux principes afin de garantir l'économicité du système. Finalement, le Conseil fédéral a légitimé le modèle de la prescription dans son message relatif à l'initiative sur les soins infirmiers, en soulignant la contribution que ce modèle apportait à la coordination entre diagnostic et traitement, favorisant ainsi l'assurance qualité et l'économicité [5].

Objectifs contradictoires du Conseil fédéral

Dans sa prise de position sur le postulat Streiff-Feller, le Conseil fédéral mentionne le risque d'une augmentation du volume de prestations, soulignant l'importance de la question «de savoir si, et comment, de nouveaux modèles de soins peuvent être promus [...] de façon à non seulement améliorer la qualité des soins, mais aussi à freiner la hausse des coûts». La prééminence de l'argument des coûts, qui semble exclure toute évaluation normale du rapport coûts-bénéfices, devrait en premier lieu être motivée à un niveau politique et social. Le financement de l'assurance-maladie via des primes par tête, qui ne prennent en compte ni la taille (pour les familles) ni la situation économique du foyer, atteint apparemment ses limites, limites qui ne peuvent pas être suffisamment repoussées avec les modèles cantonaux de réduction des primes. Pourtant, il n'existe au-

cune justification basée sur le droit constitutionnel favorisant la primauté de l'aspect financier, au contraire:

- Le catalogue des buts sociaux de la Constitution fédérale [6] charge entre autres la Confédération et les cantons de veiller à ce que «toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé» [7]. Certes les buts sociaux doivent être poursuivis dans le cadre des «moyens disponibles», ce qui n'implique pas pour autant la suprématie absolue de l'argument des coûts et ne change rien au fait que l'objectif social implique une obligation d'action correspondant à un droit constitutionnel formel [8].
- Dans l'art. 117a de la Constitution fédérale, il est précisé que la Confédération et les cantons doivent veiller, dans le cadre de leurs compétences, à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ce n'est qu'en 2014 que ce mandat constitutionnel a été accepté, par une votation populaire, à 88,1%, comme contre-projet direct à l'initiative populaire *Oui à la médecine de famille!*. Comme les éléments d'interprétation historique gagnent en importance par les normes récentes [9], il est utile de revenir aux sources. Notamment le message du Conseil fédéral mentionne de nouveau des soins intégrés et interprofessionnels comme élément clé du mandat constitutionnel de l'art. 117a de la Constitution fédérale [10]. L'acceptation de l'initiative sur les soins infirmiers lors de la votation populaire du 28 novembre 2021 souligne ce mandat concernant les soins de base et fournit une légitimation démocratique supplémentaire; mais d'un point de vue juridique, l'art. 117c de la Constitution fédérale est avant tout une précision qui n'a que peu d'effet décisif, voire aucun.

La qualité doit rester la priorité

Dans l'idéal, les nouveaux modèles de soins sont associés à un véritable gain d'efficacité. Pourtant, du point de vue du droit constitutionnel, il faut donner suite à ces nouveaux modèles indépendamment d'un effet de réduction des coûts, s'ils contribuent à un développement objectif du droit à prestation, donc à une médecine de base de qualité élevée, conformément à l'art. 117a de la Constitution fédérale. Il est incontestable que freiner la charge financière des personnes qui payent des primes est un objectif légitime, mais d'après le droit constitutionnel il ne prévaut pas sur l'objectif de garantir des soins. C'est pourquoi cet objectif ne doit pas être poursuivi en cherchant absolument à définir un catalogue de prestations, mais plutôt en visant des modèles autonomes de financement et de répartition des coûts.

Références
Liste complète des références sous www.bullmed.ch ou via code QR



[pascal.coullery\[at\]bfh.ch](mailto:pascal.coullery[at]bfh.ch)

Série sur l'interprofessionnalité

La collaboration entre les spécialistes de différentes professions de la santé est considérée comme un levier important afin de relever les défis du système de santé. Où en est la Suisse dans ce domaine? Quels avantages apporte l'interprofessionnalité et quelles en sont les limites? Nous éclairons le sujet sous divers angles dans une série d'articles.