

LES PRATICIENS CONSEILS DE LA CNAM : POUR UNE MEDECINE EFFICIENTE ET DES SOINS DE QUALITE

Docteur Ezeddine GHARBI

Médecin Conseil Directeur du contrôle médical du risque professionnel et des assurances sociales – CNAM

Les praticiens conseils de la CNAM doivent leur appellation à la loi n° 71-2004 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie en Tunisie. Il s'agit de près de 200 médecins conseils, médecins dentistes conseils et pharmaciens conseils qui exercent auprès de la caisse nationale d'assurance maladie. Leur rôle, jadis limité à donner des avis médicaux à propos des demandes de prestations prescrites par leurs confrères traitants, a pris une ampleur considérable après la réforme de l'assurance maladie les plaçant au centre du système de contrôle et leur donnant la qualification de véritables « gardiens de la réforme ».

Désormais, ce sont les praticiens conseils qui sont chargés de la lourde et délicate tâche du suivi et du contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire. Cette mission est d'autant plus délicate à accomplir qu'il s'agit de l'adapter au principe déontologique de la « non immiscion » dans le traitement prescrit par leurs confrères traitants. Cependant, jusqu'à quelle limite les praticiens conseils sont-ils autorisés à juger de la qualité des soins ? Autrement dit, l'observation de la « non qualité » les autorise-t-elle à « s'immiscer » dans le protocole thérapeutique pour reprendre le terme de notre code de déontologie ? L'avis médical devant se référer à la seule justification médicale, le refus de la prestation sous entendrait de meilleures connaissances médicales des praticiens conseils vis-à-vis de leurs confrères traitants le plus souvent des spécialistes. Cette condition est en pratique difficile sinon impossible à atteindre mettant en question la légitimité même de la médecine de contrôle. Dans ces conditions, des discussions interminables risquent de naître à l'occasion de tout rejet d'une demande de prestation jugée non justifiée par le praticien conseil. Toutes les voies de recours pourront être épuisées sans que l'on puisse aboutir à une décision consensuelle. C'est justement pour cette raison que l'un des mérites de la réforme de l'assurance maladie de 2004 est celui de

proposer à tous les partenaires de « parler le même langage » afin d'éviter justement d'aboutir à « un dialogue de sourds » où chacun croit qu'il détient toute la vérité. En effet, elle a mis le praticien conseil dans la position confortable de se baser sur les indicateurs, les normes, les protocoles thérapeutiques et les référentiels médicaux en vigueur pour pouvoir juger de la qualité des prestations fournies. En théorie, cette approche semble sans équivoque puisqu'elle exige des deux principaux intervenants traitants et conseils de se soumettre aux mêmes règles aussi bien dans la prescription par les premiers que dans l'acceptation de la prise en charge par les seconds. Néanmoins, en pratique les choses ne sont pas aussi simples bien au contraire. C'est en effet l'une des insuffisances de la réforme de 2004, celle de ne pas avoir mis en place au préalable l'organisme chargé de la gestion des protocoles thérapeutiques et des références médicales élaborés de façon consensuelles avec la participation de tous les acteurs à savoir les collèges de spécialités médicales, les sociétés savantes, les représentants syndicaux des prestataires de soins, le ministère de la santé publique, le ministère des affaires sociales et les praticiens conseils de la CNAM. A l'heure actuelle, les « référentiels » existants pouvant être qualifiés de consensuels se résument à quelques règles relatives aux affections à prise en charge intégrale (APCI) énoncées par l'avenant n° 7 de la convention sectorielle des médecins de libre pratique. Et même dans ces conditions, nous avons assisté à quelques contestations de la part de nos confrères conventionnés en particulier au début de l'application de ces référentiels. La création de l'instance nationale en santé par le décret n° 2012-1709 du 6 novembre 2012 constitue à notre avis une voie très intéressante dans la recherche d'un compromis et d'un terrain consensuel sur lequel chacun est appelé à jouer son rôle selon les règles de l'art pour réaliser l'objectif sacré de la réforme de l'assurance maladie celui de mettre équitablement à la disposition de tous les tunisiens des soins de qualité à un moindre coût et ce pour la promotion de leur santé.