EUMASS - UEMASS

European Union of Medicine in Assurance and Social Security

Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale.

Actes du XVe Congrès de l'UEMASS.
Proceedings of the XVth EUMASS CONGRESS

LILLE –TOURNAI
10-12 juin 2004.

Actualités Scientifiques et Pratiques en Médecine Sociale Européenne.
Scientific and Practical Aspects of European Social Medicine.

Comité d'organisation :
Organising committee :

Association Scientifique de Médecine d'Assurance (Belgique)

Union Française de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale (France)

Avec la collaboration de la Faculté de Médecine de Lille 2.
With the collaboration of the Medicine Faculty Lille 2.

OUVERTURE DU CONGRES ***Dr. Martine GOUELLO –***
Présidente de l'UFMASS co-organisatrice du Congrès **7**

Welcome to the delegates. ***Dr Freddy FALEZ***
Président de l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (Belgique),
co-organisateur du congrès. **8**

RECEPTION A L'HOTEL DE VILLE DE LILLE .
Intervention du Dr. Martine GOUELLO **10**

Accueil de Monsieur Christian Massy, Bourgmestre de Tournai **11**

CONFERENCE DE PRESSE DU 11 JUIN 2004.
Intervention du Dr MARTINE GOUELLO **12**

Exposé de Monsieur Paolo BACCHIELLI, Conseiller auprès du Directeur de la Protection Sociale Direction Générale Emploi et Affaires Sociales Commission Européenne **15**

LiMA – The application of Evidence Based Medicine. ***Dr Richard Gain*** **21**

ICF: Functional assessment, aids and barriers to work participation.
CIF: Evaluation fonctionelle, aides et barrières de la participation au travail ***Søren Brage*** **23**

The Implementation of the ICF in Germany.
Application de la CIF en Allemagne. ***Michael F. Schuntermann*** **24**

La médecine sociale en Tchéquie. ***R. Kucera*** **37**

A propos des politiques de santé en Europe. ***Professeur Marc BRODIN*****,** **40**

The role of medical certification in sickness absence. ***John G. Maeland*** **47**

Disability evaluation in fifteen countries: operationalisations,
organisation and quality control. ***W.E.L de Boer.*** **54**

Octobre 2004 : une nouvelle nomenclature en France.
October 2004 : a new nomenclature in France.
La Classification Commune des Actes Médicaux. The Common Medical Consultation Classification. ***Dr. Sylvie ALBARET et Mme Annie ALIES PATIN*** **60**

Use and implementation of the ICF from a Dutch perspective Utilisation
et application de la CIF : la perspective néerlandaise. ***Marijke W. de Kleijn – de Vrankrijker*** **63**

On the Promotion and Application of ICF in Sweden :
Actors – Problems – Factors of Success. ***Sonja Calais van Stokkom.*** **65**

ICF in France : education, uses and network of French speaking European countries.
La CIF en France : formation, utilisation et réseau partenarial francophone européen.
Catherine Barral **69**

ICF in German Statutory Health Insurance.
La CIF dans l' assurance-maladie en Allemagne. ***Elisabeth Nüchtern*** **72**

Biopsychosocial ICF model compromising between medical and social definition of disability.
CIF modèle biopsychosocial compromis entre les définitions médicale et sociale du handicap.
Seija Talo **75**

The Feasibility of Using the ICF as a frame of reference for establishing the prevalence and impact of disability in Ireland. ***Donal F. McAnaney (1), Anne Good*** **(2)** **78**

ICF and evaluation of work disability in social insurance. What are they about? What is their relationship ? What is the use of ICF in disability evaluation ?
Wout *E.L. de Boer, Ghislaine Bruls, Freddy Falez* **79**

Challenges and changes in the administration of the Hungarian disability assessment system.
Dr. Ferenc Móricz, Dr. Ilona Kislaki **87**

Risk factors for sick leave due to low back pain. A review. *Dr Marc Dubois* **89**

L'arbitrage généralisé dans le cadre de la méedecine de contrôle de l'absentéisme au travail en belgique : premières expériences de l'effet de la nouvelle loi.
***Dr Joos Rampelberg*, Belgique** **91**

Who assesses best, man or machine? *Dr. R. Cremer* **93**

Les femmes et la sécurité sociale aux Pays-Bas. Evolution de la sécurité sociale suivant les sexes.
Ingeborg v.d.Bold et Yvonne Margry, **94**

Evaluation de l'incapacité de travail. *Dr Feron* **96**

Research on sickness absence: a systematic review of the literature.
Alexanderson K, Allebeck P, Hansson T, Hensing G, Jensen I, Mastekaasa A, Norlund A, Perk J, Wahlström R, Vingård E. **98**

Livre vert sur les services d'intérêt général. *Docteur Martine GOUELLO* **102**

Proposition of Directive of the European Parliament and of the council amending Directive 2001/83/EC on the community code relating medicinal products for human use.
Dr Martine GOUELLO – **106**

Réglementations européennes :
exemples de certains risques d'interprétation et d'application. *Dr Philippe Swennen* **109**

La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé. *Henri Lewalle* **112**

Carte européenne d'accès aux soins. Health card in Europe. *Dr Christian PUPPINCK* **114**

Mobilité des patients en Europe.Patient mobility in Europe. *Christian PUPPINCK* **116**

Vers l'Europe des professionnels de la Santé. *Christian PUPPINCK* **118**

Back Pain rehabilitation in UK industry. *Dr Wright* **120**

Occupational exposure to silica and autoimmune diseases. *C.H.M. Van haecht* **121**

Physicians' co-operation: a neglected return to work strategy?
K. Mortelmans[1 2], P. Donceel[1], D. Lahaye[1]. **123**

Maladies lombaires dégénératives : facteurs de risque professionnels et reconnaissance par le Fonds des Maladies Professionnelles en Belgique. *Dr Grietje Morren* **125**

Centre d'Expertise en Réorientation Professionnelle du Hainaut Occidental (CERPHO) : une méthodologie d'expertise originale. Professional retraining expertise centre in West Hainaut (Belgium): an original expertise methodology. *Dr Freddy Falez* **127**

Assessing the sensitivity and specificity of a functional capacity protocol.
A retrospective study. *Trang Nguyen M.D., Randolph D.C*, MD, P.H. **128**

Pharmanet permet-il l'analyse du suivi longitudinal (historique) de la consommation de médicaments des patients ? Application à la classe des antihypertenseurs.
Christine Petit, Philippe Drabs, Guillaume Vandermeersch, Tomas Corveleyn **129**

Prescription des anti-inflammatoires non-stéroidiens et risques induits :
Analyse à partir d'une base de données régionales de l'Assurance maladie pour les omnipraticiens et les rhumatologues.
PAROT E.*, S. FANELLO*, J. PIVETTE**, LEVY P., SCHOUX P.******* **135**

Les interventions coronaires percutanées :
une étude des Mutualités Libres. ***Dr Chantal Neyrinck*** **138**

Utilisation de méthodes statistiques dans le contrôle de l'utilisation d'échelles d'évaluation dans les Maisons de repos et de soins et dans les Maisons de repos pour personnes âgées en Belgique. ***F. Falez***[00] **143**

Observatoire du médicament dans le Var. ***Dr Catherine Fabregue*** **147**

Promouvoir le bon usage des soins par une communication innovante.
Les bilans thyroïdiens. ***Docteur Etienne Calon*** **150**

Outils informationnels utilisés par les médecins conseils. ***Dr Bichoff*** **152**

La chirurgie ambulatoire en France. Exemple de la Région Bourgogne Franche-Comté.
Dr MF Merentier **155**

Aide à la décision pour l'orientation de programmes de prévention et d'accès aux soins : analyse socio-économique des disparités territoriales des taux de mortalité en Poitou-Charentes.
Julien Giraud, Stéphane Robin, Dr Francis Chabaud, Julie Debarre **159**

Evaluation de la consommation de soins de ville des personnes âgées de 60 ans et plus.
Situation en Bretagne en 2002.
Dr Yannick Eon, Arnaud Ganne, Dr Patrice Prévost, Stéphanie Bouric, Carine Tréguer **161**

Re-conceptualization of the academic training Program in Insurance Medicine and Medico-legal Expertise in Flanders. ***Prof. Peter Donceel,*** **163**

Les dépenses pharmaceutiques de la CANAM par niveau de service medical rendu (smr).
Quelle place pour les medicaments a smr insuffisant ? ***Dr Jean Deligne*** **164**

Interprofessional consultation and quality of performance:
scarcely out of the egg! ***M.C. de Groot, MA*** **166**

POST INFARCTUS DU MYOCARDE.
Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. ***Dr Emmanuel Benoit*** **168**

Responsabilité médicale en Belgique. ***Dr Someville*** **170**

R.C. médicale : Rôle de la mutualité (en Belgique). ***Dr Jacques Olin, Dr Eric Stoquart.*** **172**

Conflicts between individual rights and social insurance. ***Dr. Melinda Medgyaszai*** **182**

Réparation par la sécurité sociale des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé. ***Dr Jacqueline Cardona*** **183**

Efficacité du *phoning* comme outil de régulation du système de santé.
S Russeil, G Borgès da Silva, N Imbert, JC Mabriez **185**

Amélioration de la connaissance des généralistes sur les missions de service public du service médical de l'Assurance Maladie . ***G Borgès Da Silva, N Imbert, JC Mabriez*** **187**

Congrès UEMASS - LILLE-TOURNAI - 10-12 juin 2004.
cloture du congrès Dr M. Gouello, présidente de l'UEMASS **189**

OUVERTURE DU CONGRES

Dr Martine GOUELLO
Présidente de l'UFMASS co-organisatrice du Congrès

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur FRANCKE qui a mis à notre disposition cette magnifique Faculté de Médecine.

Nous sommes très heureux de vous accueillir pour ce XVe Congrès de l'Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale organisé pour la première fois dans son histoire par deux pays : L'Association Scientifique de Médecine d'Assurance Belge Francophone (ASMA) et l'Union Française de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale (UFMASS).

Le 1er congrès de l'UEMASS a eu lieu en 1974 à Bruxelles rassemblant des médecins de Belgique, France, Pays-Bas, Allemagne.
Actuellement l'Union Européenne fédère des groupements nationaux de praticiens d'assurance et de sécurité sociale de quinze pays européens : l'Allemagne, la Belgique, la France, la Hollande, l'Irlande, la Grande-Bretagne, la Norvège, la Suède, l'Italie, la Tchéquie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande, l'Islande, la Slovaquie. Nous sommes heureux de compter parmi nous cinq Délégations des pays nouvellement accédants. Nous tenons à saluer également les représentants du Canada et des États-Unis

C'est en effet une opportunité de pouvoir échanger sur notre activité quotidienne que celle-ci consiste en l'évaluation de l'incapacité et/ou au contrôle des soins de santé. Nous sommes tous dans une démarche qualité où les référentiels de bonnes pratiques et les classifications internationales occupent une place majeure. La comparaison de nos systèmes de santé et de nos méthodes de travail nous enrichissent.

C'est également la possibilité de mieux saisir le nouveau contexte européen dont les implications y compris dans notre travail se font de plus en plus sentir. L'application de la Réglementation Européenne, le développement de la Coopération Transfrontalière, la Carte Européenne d'Assurance Maladie mise en place au 1er juin 2004 dans la plupart des pays européens, le programme européen de santé publique rendent nécessaire la plus grande coopération internationale entre les organismes mais également entre les personnes, échanges facilités par ce congrès.

Nous vous souhaitons a tous la bienvenue.
Très beau congres 2004

Welcome to the delegates

Dr Freddy Falez[***]
Président de l'Association Scientifique de Médecine d'Assurance (Belgique),
co-organisateur du congrès.

Dames en heren, beste collegae,
Mesdames messieurs, chers collègues
Ladies and gentlemen, dear colleagues,

I have the honour to welcome you at our 15th Congress. It is a very important moment for me. I think I am the most ancient participant at the EUMASS Congresses. It is also the second time that I organise a EUMASS Congress. I promise you that it will be the last time.

Organising a Congress is really an interesting but stressful enterprise. Thank to your presence however, it becomes a pleasure. You are about 240 delegates having joined us today. It is a very successful result. Thank you.

This year, for the first time, we receive a Polish delegate. Unfortunately I must say that I am absolutely unable to pronounce his name with a good accent. But I can say it in French. He is called Marcin Zaruckiewitz. I wonder if he understood his name? Dear Marcin, I wish you a special welcome and I hope that Poland will soon make application to become member of our association.

We welcome for the first time too a Canadian delegate, Dr Raymond Aubin. Despite his name (easy to pronounce in French), he comes from Ottawa and speaks English. However he could be an ideal member of EUMASS because he speaks French as well. I met him in Ottawa a few weeks ago and found him very interested in joining us. Dear Raymond, I hope you will find what you are searching for.

Since the London Congress, American delegates from USA are joining us. This year, we receive Dr Randolph, Dr Tran Nguyen and Dr Haralson. We hope that your staying in old Europe can be useful for you.

This year is a very important year for European countries. Hungary, Slovenia, Czech Republic, Slovakia which have been already members of EUMASS for several years, become members of European Union, together with other countries which are not members of our association yet. Dear colleagues from these countries, welcome in European Union.

I would like to thank the numerous delegates who submitted free lectures to our Organising Committee. As you can see on the program, free lectures are very interesting subjects. I underline the place taken by ICF in our Congress. ICF seems to

[*] National Socialist Sickness Found, Belgium.

[**] Legal Medicine Department, Free University Brussels (Prof Pierre Lucas)

become a very important tool in different countries. I really think that medical advisors will soon be obliged to use ICF as common social and medical language in whole Europe.

I would like to thank specially the Congress Treasurer, Dr André Ingenbleek. Fortunately, he is in retirement from the 1st of March. He could so spend all his time to organise the finances and he has been for us an irreplaceable fellow for the two years we were working for the Congress.

As you could see, the schedule of our Congress is very strict. So, I have some recommendations to make.

Please, wear your badge everywhere in the Congress area. It is the proof that you are registered and that you paid the fees. Wear it too for the reception in the Mairie and for the gala banquet. And please, be always on time!

Today, after work, we have a reception at the Mairie de Lille at 6 o'clock. You can arrive there by metro, station "Mairie de Lille". We will listen to a saxophone quartet who will propose us a very nice musical program. Please keep quiet during the concert.

Tomorrow morning, the free lectures will take place in different meeting rooms. You received a folder with a very detailed program. Have a look at the notice boards: the rooms, the themes, the schedule and the speakers' names are announced. You can choose the lectures you want to listen to.

After work, we will live the most dangerous moment of the Congress: transfer by bus to Tournai. It would be terrific for me forgetting someone in Lille. To avoid any problem, I ask you to respect strictly the following advertising.

On your badge, you can see the number of your bus. You have to take this bus, not another one. In each coach, there will be a Congress Organiser with the list of the persons who have to get on the bus. When everyone is there, the bus can go. Appointment is at 6.15 p.m. The meeting point is "avenue du président Kennedy" near the metro station "Mairie de Lille". Do not be late. You would miss a marvellous Gala Banquet.

Return to Lille is planned at 0.30 a.m. and you could be in bed at about 01.15. Sleep quietly and be on time for our last day.

Please read and read again the paper with more information you received when you checked in.

I hope that you will enjoy yourself and have a very nice Congress.

Dr Freddy Falez.

EUMASS - UEMASS
European Union of Medicine in Assurance and Social Security
Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale

RECEPTION A L'HOTEL DE VILLE DE LILLE.
Intervention du Dr. Martine GOUELLO

M. le Maire, je vous remercie de nous accueillir dans votre Mairie et dans votre ville qui a toujours été un lieu d'échanges.

Lille est résolument européenne ;

Elle est à la croisée de multiples chemins puisque plus de 100 millions d'Européens (Allemands, Belges, Britanniques, Français, Luxembourgeois, Néerlandais) se trouvent à moins de 300 Kilomètres de votre ville

L'histoire de votre ville est européenne.
Capitale des Comtes de Flandre, elle devient Bourguignonne puis Halsbourgeoise, puis rattachée aux Pays-Bas Espagnols avant de devenir Française ;

Désignée Capitale Européenne de la Culture en 2004, nous nous réjouissons de découvrir votre ville qui a tout pour nous séduire.

La culture tout d'abord :
Nous allons assister ce soir à un Concert d'un Quatuor de Saxophones Franco-Belge , le quatuor de saxophone des Hauts de France.

LILLE est également réputée **pour son don de recevoir**.
Les libations qui suivront nous en apporteront la preuve.

Merci pour votre accueil.

Nous sommes très honorés que vous puissiez assister à ce concert .

Accueil de Monsieur Christian Massy, Bourgmestre de Tournai

Mesdames, Messieurs
Ladies and gentlemen
Dames en heren,

C'est pour la ville de Tournai que je représente ce soir, un très grand plaisir de recevoir à nouveau un congrès de l'Union Européenne de Médecine d'Assurances et de Sécurité Sociales. Vous avez déjà été nos hôtes lors du Congrès organisé par l'ASMA en 1992. Je me réjouis de constater combien votre association a prospéré depuis lors. En 1992, quatre pays étaient représentés, aujourd'hui vous êtes les représentants de dix-huit pays européens, américain et canadien.

Cette fois, vous avez rejoint notre belle ville pour la partie festive du congrès. C'est, j'en suis conscient, un moment important où se tissent des liens plus personnels et plus profonds entre congressistes. Je suis donc heureux de vous offrir au nom de la ville, cette magnifique Halle aux Draps comme décor de cet évènement.

Ik wou ook enkele woorden zeggen aan de vlaamse deelnemers. Ik hoop dat U in Doornik thuis kan voelen. Doornik ligt tussen Frankrijk, Vlaanderen en Wallonië en is zo een kruispunt tussen verschillende culturen. Weet U dat een symfonisch orkest werd opgebouwd met jonge muzikanten van Rijsel, Kortrijk en Doornik? Dit orkest zal zijn eerst concert geven in Doornik in november van dit jaar. Ik hoop dat uw bezoek in onze stad wilt U de zin geven om terug naar Doornik te komen.

I hope that all the delegates of the congress will enjoy themselves in Tournai. I know that Mr. Baert has prepared a very nice Belgian menu. As you could see, Tournai is an old historical city with its famous five bell towers Cathedral, its oldest belfry in Belgium and its famous Flemish style big market. I think that your visit is to short to appreciate our city and I hope that you will come back later and visit our city more completely.

Mais ceci est un moment festif et je ne voudrais pas vous accabler d'un long discours. Il est temps pour moi de vous laisser en vous souhaitant un excellent congrès.

EUMASS - UEMASS
European Union of Medicine in Assurance and Social Security
Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale

Conférence de presse du 11 juin 2004.
Intervention du Dr Martine Gouello

Les Conseils Européens de Lisbonne et de Göteborg ont mis l'accent sur la nécessité de réformer et d'adapter les systèmes de protection sociale, y compris les soins de santé, pour faire face au vieillissement démographique et assurer la cohésion sociale.

La Commission Européenne a identifié **trois orientations** pouvant servir de cadre à cette réforme. Ces orientations ont été approuvées par le Conseil Européen de Barcelone en Mars 2002 :
L'accessibilité des soins sur une base d'universalité, d'équité et de solidarité, prenant en compte les besoins et les difficultés des groupes et des individus les plus désavantagés, mais aussi de ceux qui doivent bénéficier de soins longs et coûteux.
L'offre de soins de qualité à la population, s'adaptant aux avancées de la science et aux besoins émergeant avec le vieillissement et reposant sur une évaluation de leurs bénéfices pour la santé.
Les mesures assurant **la viabilité financière** à long terme de ces soins et visant à la plus grande efficacité du système.

Si l'organisation et le financement des systèmes de soins de santé et de protection sociale qui ont pour but d'assurer l'accès de tous à des soins de qualité relèvent de la compétence de chaque Etat membre, il existe un certain nombre de défis communs tels que le vieillissement de la société, les besoins et les exigences accrues des citoyens et une évolution technologique rapide qui justifient une mise en commun de nos compétences et de nos expériences pour répondre ensemble à ces défis.

Cette mise en commun des compétences et des expériences pour la médecine sociale européenne se fait dans l'Union Européenne de médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale (UEMASS)
Cette Association existe depuis trente-deux ans et rassemble les praticiens conseils de quinze pays membres : l'Allemagne, la Belgique, la France, la Hollande, l'Irlande, la Grande-Bretagne, la Norvège, la Suède, Italie, la Tchéquie, la Hongrie, la Slovénie, la Finlande, l'Islande, la Slovaquie.
De plus sont présents à ce congrès des praticiens de la Pologne, du Canada et des États-Unis

Ce congrès rassemble 250 praticiens conseils.

L'UEMASS constitue ainsi un réseau de représentants nationaux et coordonne les échanges entre les pays en relation avec la médecine sociale.

Ses buts essentiels :

1. Connaître **les missions** des praticiens conseils dans ces différents pays.
Favoriser le développement des aspects scientifiques et techniques des activités de ses membres, **échanger sur les bonnes pratiques** afin d'améliorer notre travail quotidien et ainsi faire converger vers la qualité les services experts médicaux comme les systèmes de santé.
Echanger sur la qualité des décisions en matière d'incapacité invalidité, la qualité des soins : actes, prescriptions médicales, l'hospitalisation, les méthodes, les référentiels, les recommandations de bonnes pratiques, le recrutement, la formation continue etc.

2. Étudier **les systèmes de santé** de ces différents pays et le suivi des réformes ;
Connaître leurs problèmes médicaux, médico-sociaux et généraux de santé publique.
Connaître la prise en charge des **prestations** dans ces pays.

3. Tout ceci dans un contexte où **l'Union Européenne joue un rôle de plus en plus important** ;
Nous savons que la santé est du ressort des Etats membres, mais l'Europe de la santé se met en place.

Nous sommes confrontés à deux courants :

1. l'Europe du Marché Intérieur et de la libre concurrence avec les principes fondamentaux des traités : la libre circulation des personnes, des biens, des services qui s'appliquent également aux professionnels de santé et aux prestations.

2. L'Europe sociale qui pour se construire s'appuie sur des instruments : la Coordination des régimes de sécurité sociale avec le règlement 1408/71, la Carte Européenne d'Assurance Maladie mais aussi l'application des Arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes, la création d'un portail européen en santé publique etc.

Nous sommes donc à la confluence de deux grands axes , le premier orienté sur le Marché, le second orienté vers le citoyen et ses aspirations.

À l'occasion de ce congrès les praticiens conseils étudient également cette évolution vers l'Europe de la santé au travers des thèmes intéressant l'Assurance Maladie, la santé, les soins de santé afin d'être force de propositions

L'UEMASS est un acteur au sein de l' Union Européenne.

Il est en effet important de rappeler que l'Assurance Maladie et les services médicaux de la Sécurité Sociale jouent un rôle primordial tant pour assurer un accès à des soins de qualité fondé sur les principes d'universalité, d'équité, de solidarité que pour prévenir le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale lié à la maladie, à l'accident, au handicap ou aux soins rendus nécessaires par le grand âge.

Avec comme objectifs majeurs : être au service des assurés afin qu'ils puissent bénéficier d' un haut niveau de protection sociale.

Exposé de Monsieur Paolo BACCHIELLI, Conseiller auprès du Directeur de la Protection Sociale Direction Générale Emploi et Affaires Sociales Commission Européenne.

Paolo.Bacchielli@cec.eu.int

Mesdames et Messieurs,

Je tiens d'abord à remercier les organisateurs de ce congrès international de l'EUMASS pour l'invitation qui a été adressée à la Commission Européenne et qui témoigne de la dimension Internationale et Européenne du Colloque.

Je voudrais élargir ces remerciements à ceux de Monsieur Jérôme Vignon, qui était prévu à ma place et qui, à cause d'un engagement institutionnel de dernière minute, a dû renoncer à cette participation à laquelle il attachait beaucoup d'importance.

Mais votre Congrès tombe dans un moment clé pour la dimension Européenne du dossier santé. Actuellement, la coopération entre les Pays de l'Union dans le domaine de la Santé Publique est en train de faire un bond en avant avec l'entrée en vigueur, à partir du 1er juin de la Carte Européenne d'Assurance Maladie et la décision la semaine dernière, de la part des Ministres de la Santé d'ouvrir un processus de coordination ouvert aussi dans le domaine des systèmes de santé.

Le système des soins de santé en Europe, tel qu'il se présente aujourd'hui est peut être un des plus importants achèvements de notre modèle de société. L'Europe est à la pointe de la situation socio sanitaire ; nous avons l'espérance de vie parmi les plus hautes, la morbidité la plus réduite et les conditions de sécurité et d'hygiène au travail parmi les plus performantes par rapport à la situation des autres pays développés.

L'Europe présente aujourd'hui un système de services santé dont nous sommes satisfaits à 80%, (comme le montre un récent sondage d'EUROBAROMETRE.); ce système est partie intégrante de notre conception de la qualité de la vie et de notre bien être; il s'agit d'un système basé sur l'universalisme des prestations et sur la qualité des soins, un système qui est ressenti comme un patrimoine commun et que tous les acteurs contribuent à conserver et à améliorer;

Votre organisation avec les différences inévitables qui peuvent subsister d'un pays à l'autre dans les missions imparties, joue un rôle important dans le processus de l'amélioration du système des soins sanitaires; qu'il s'agisse de la certification dans le domaine de la médecine du travail à la certification des standards sociaux, vos préoccupations sont communes à celles de beaucoup de vos confrères qui occupent d'autres positions professionnelles.

Votre calendrier des travaux le prouve; vous discuterez et comparerez des expériences dans des sujets comme l'évaluation de l'incapacité au travail, les droits des patients, l'évaluation de la qualité des soins, l'impact des nouvelles technologies sur les pratiques professionnelles; en résumé vous parlerez de beaucoup de sujets qui évoluent progressivement dans un cadre européen.

Et, comme tout acteur du système, vous avez le droit d'être écoutés par les responsables politiques et administratifs et les autres ordres professionnels, car votre expérience est précieuse et les défis qui attendent notre économie et notre structure sociale sont de telle envergure qu'ils nécessitent une contribution de tous les acteurs.

Aujourd'hui les systèmes de santé, les dispositifs de prise en charge des personnes âgées, et, plus largement les systèmes de protection sociale sont confrontés à des défis communs. Vous les connaissez sans doute mieux que moi grâce à l'expérience de votre travail quotidien. Les dépenses sont soumises à une pression constante, qui les font évoluer plus rapidement que le PIB, du fait des progrès techniques, du vieillissement, des attentes croissantes des citoyens à l'égard du système de soins.

Mais le secteur de la santé, en Europe, c'est aussi 10% environ de l'emploi total et 2 millions d'emplois créés entre 1997 et 2002. C'est dire son importance pour la réussite de la stratégie de Lisbonne dont l'agenda de la modernisation économique et sociale de l'Europe repose sur un équilibre entre ses quatre grands piliers: innovation et réforme économique, création d'emplois plus nombreux et de qualité, cohésion sociale et développement durable.

Tous les pays sont donc confrontés au triple défi que représente en premier lieu le maintien d'une accessibilité quasi universelle de la santé qui est l'un des succès du "modèle social européen " et qui le caractérise par exemple par rapport aux Etats-Unis -, la recherche constante en deuxième. lieu d'une qualité élevée des soins, tout en assurant, et c'est la troisième dimension, la soutenabilité financière, à long terme du système.

Tous les pays mettent en oeuvre, depuis de longues années, des réformes fondées sur des outils variés ,des actions sur les prix et les tarifs, un contrôle des volumes de prescriptions ou d'actes, un contrôle des budgets, un changement des relations entre assureurs ou prestataires de soins, ou, comme certaines réformes en cours le prévoient, un lien plus étroit entre budgets, besoins médicaux et activité réelle.

Personne n'a trouvé de recettes miracles, mais tout le monde a accumulé une masse d'expériences, de bonnes et de mauvaises pratiques, qu'il est temps de partager et de mettre en valeur par la définition d'un cadre politique commun. C'est en modernisant les systèmes de soins, dans un cadre commun, que l'on pourra préserver leurs modalités pratiques d'organisation. Sinon, la mobilité des services et des patients s'intensifiera, tel le symptôme des difficultés des systèmes nationaux à trouver des solutions durables à leur crise.

Quelle est la situation du point de vue institutionnel ?

Le Traité dispose clairement que les Etats membres définissent les structures de leur système de soins et de protection sociale, ainsi que la nature et le montant des prestations, ou encore les modalités de leur financement. Pourtant, la santé n'est pas coupée du monde, ni des politiques mises en oeuvre par l'Union. Au contraire, elle est de plus en plus partie prenante de toutes les politiques communautaires, y compris de celles qui forment le socle du Marché Intérieur et de l'Union.

Ainsi la **Cour de Justice** a souligné dans une série d'arrêts que les Etats devaient respecter les grandes libertés de circulation, notamment la libre. prestation de service. Elle s'est prononcée sur les conditions dans lesquelles les Etats membres peuvent continuer à exiger une autorisation préalable pour que leur assurés puissent bénéficier de soins dans un autre Etat membre. La Cour a dit notamment que cette autorisation devait prendre en compte le besoin médical du patient, et notamment le "délai raisonnable" avant de bénéficier d'un traitement. Le récent accord sur la modernisation du Règlement 1408/71 a tiré les conséquences de cette jurisprudence et la Commission vient de soumettre une proposition de Directive définissant le cadre juridique de la prestation des services de santé.

Le Règlement 1408/71 représente d'ailleurs une autre politique qui intervient dès l'origine de la Communauté dans le domaine des soins de santé. Et dont les effets sont, si on peut dire, enracinés dans les comportements habituels des citoyens européens qui se déplacent à l'intérieur de l'Union Le Traité a en effet établi, dès 1957, une coordination des régimes légaux de Sécurité Sociale, destinée à favoriser la liberté de circulation des personnes, sans harmoniser les systèmes eux-mêmes. Processus de coordination dont récemment les travaux de modernisation et de simplification ont beaucoup avancé.

C'est donc aussi pour faciliter la mobilité intra européenne que la **Carte Européenne d'Assurance Maladie** vient d'être lancée le 1 juin de cette année. Cette carte permettra progressivement d'abandonner les formulaires papiers qui en grand nombre (E 111 et 118 pour les touristes, E 128 pour étudiants ...) accompagnent les citoyens européens dans leurs mouvements à travers le continent. Dans certains pays cette substitution est imminente et la Carte Européenne deviendra une des faces de la Carte Nationale de Santé.

Il s'agit, si l'on réfléchit bien, d'un pas important, car, cette compatibilité entre la dimension nationale et communautaire de la carte représente non seulement un objectif atteint mais aussi un nouveau point de départ pour les pays qui voudront une coopération plus étroite;

En ce qui concerne **les soins programmés**, la délivrance et le refus des autorisations préalables seront plus précis, plus objectifs et plus transparents, avec un objectif essentiel: l'intérêt du patient et de son traitement. Concrètement, l'autorisation doit être accordée lorsque le traitement ne peut être dispensé au patient, dans son pays, dans un délai médicalement acceptable, compte tenu de son état de santé et de son évolution probable. Ce qui est important, c'est donc la condition réelle de l'individu.

- On pourrait continuer sur d'autres politiques menées à l'échelle de l'Union qui ont un impact sur la santé et la protection sociale. Elle sont très nombreuses, de l'éducation à la recherche; de la protection des consommateurs à l'environnement. Mais si chacune d'entre elles contribue avec des éléments particuliers à la solution de certains problèmes, elles ne définissent pas un cadre global qui permette de répondre aux problèmes communs.

C'est la raison pour laquelle, dans la recherche d'un encadrement global, dés 1999 plusieurs priorités furent déterminées par différents Sommets Européens dans le domaine de la protection sociale; il s'agit des quatre piliers, à savoir :

- lutter contre l'exclusion sociale et promouvoir l'inclusion;
- assurer la viabilité économique et sociale des pensions;
- faire en sorte que la protection sociale favorise l'emploi ou "make work pay"
- assurer de soins de santé de qualité.

La définition de ces priorités a été complétée un an après à Lisbonne par l'introduction d'une méthode originale, qui va prendre de plus en plus une place importante dans les mécanismes de gouvernance européenne la "méthode ouverte de coordination".

"Ouverte", car il s'agit d'une procédure qui laisse aux Etats membres le choix des instruments pour atteindre des objectifs politiques communs. Ce n'est donc absolument pas une harmonisation des politiques ou une nouvelle législation européenne. La "méthode ouverte" vise à soutenir les efforts de réforme en respectant les Institutions et les pratiques de chaque pays.

A l'aide d'indicateurs communs, les résultats de chacun sont ensuite évalués d'un commun accord afin de parvenir à une meilleure compréhension de ce qui fonctionne ou pas et de soutenir les efforts des responsables dans les Etats membres. Ce point est important car il ne s'agit pas d'établir un palmarès des pays méritants et de stigmatiser les autres. La "méthode ouverte" offre un cadre global pour définir et conduire les réformes et la modernisation, en y associant l'ensemble des parties prenantes.

- Depuis 2000 l'Union a mis en oeuvre cette méthode ouverte de coordination dans les domaines de l'exclusion sociale et des pensions. La Commission a publié plusieurs rapports sur les trois premiers piliers dont on faisait référence; le chaînon manquant étant constitué par les soins de santé. Mais aujourd'hui le cadre est complété ;
- Le sommet européen du printemps 2004 a décidé d'étendre de façon concrète la méthode ouverte de coordination aux domaines des soins de santé et de la prise en charge des personnes âgées.

La Commission vient de proposer les modalités concrètes pour les étapes ultérieures; la proposition de la Commission développe les trois objectifs qui ont été approuvés par le Sommet européen de Barcelone: accessibilité, qualité, soutenabilité de manière à traduire chacun d'eux en termes de politiques dont le succès ou le niveau d'achèvement sera mesurable par des indicateurs.

Le Conseil des Ministres, responsable de la santé, a eu la semaine dernière un premier débat sur les propositions de la Commission qui a conduit à des conclusions très positives.

Des groupes de travail spécialisés poursuivront l'analyse technique du document de manière à pouvoir démarrer le processus de coordination ouverte dès l'année prochaine.

Cet élément va jouer un rôle important dans le processus des réformes futures: le secteur sanitaire se trouve confronté à un défi qui lie l'amélioration de la productivité et de l'efficacité des prestataires de soins aux contraintes budgétaires. On parle beaucoup en France, ces jours-ci, de la généralisation du "dossier médical partagé". Il est clair que la "e-santé " dont le développement est promu par le plan d'action e-Europe 2005, a un rôle essentiel à jouer, à la fois dans l'information, la prévention et dans la formation tout au long de la vie des professionnels.

A côté de l'introduction efficace des nouvelles technologies, le développement de la formation, initiale et continue, est évidemment une deuxième solution. Le droit européen offre déjà un cadre favorisant la libre circulation des professionnels, qui peut être une solution aux pénuries et aux excédents qui peuvent coexister en Europe. Mais il faut surtout investir dans les systèmes de formation: le Fonds Social Européen - doté de plus de 63 milliards d'Euros pour la période 2000-2006 peut y contribuer, en particulier dans les régions en développement.

L'amélioration de la qualité des emplois sera aussi indispensable pour prévenir les retraits prématurés du marché du travail, en particulier des. personnes occupant les emplois les plus pénibles ou les plus stressants et des travailleurs de plus de 55 ans, mais aussi pour favoriser de nouveaux recrutements. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre la révision de la Directive de 1993 sur le temps de travail.

- Cette Directive n'impose pas une durée légale du travail : elle vise à protéger la sécurité et la santé des travailleurs, et donc à prévenir les effets potentiellement néfastes des trop longues heures de travail. Cependant, la Directive, dans sa formulation actuelle, contient seulement deux définitions qui s'excluent mutuellement : celle de "temps de travail" et celle de "période de repos". Dans la logique de la Directive, il n'existe donc pas de catégories intermédiaires ou mixtes. Toute période est du temps de travail ou du repos: c'est ainsi qu'il faut comprendre la jurisprudence récente de la Cour de Justice qui concerne très directement le monde hospitalier;

- La Commission vient d'adresser aux partenaires sociaux européens un document qui les encourage à trouver un accord sur la définition d'une troisième catégorie, à savoir la période de garde, pendant laquelle le travailleur peut vaquer à ses occupations personnelles. Si les partenaires sociaux n'aboutissent pas à un accord, la Commission proposera alors l'insertion d'une telle définition dans la nouvelle Directive, accompagnée des clarifications nécessaires en matière de repos compensateur.

Mesdames et messieurs

Les délais impartis à mon intervention ne permettent pas d'approfondir d'autres nombreux aspects de la dimension européenne de la protection sociale et des soins de santé. Mais, si on pouvait résumer mon intervention à la tentative de donner une réponse aux questions "why Europe" et "how Europe" il est clair que cette dimension est croissante et que des étapes importantes nous attendent dans les années futures.

Dans un cadre inchangé la coopération européenne, qui est à la base de la méthode ouverte de coordination, demande l'implication de tous les acteurs et de toutes les catégories professionnelles. Le droit à la santé n'est pas qu'un droit fondamental de tout citoyen européen mais il devient aussi un élément incontournable de notre modèle de société ainsi qu'un pilier de la croissance et de la cohésion sociale. Vous avez tous un rôle important à jouer dans ce processus. La Commission est ouverte à toute suggestion et dans ce contexte elle désire approfondir les liens avec les différents acteurs et les organisations professionnelles.

Je voudrais terminer avec une proposition concrète, revoyons nous dans cinq ans et apprécions ensemble les progrès accomplis ; nous pourrions regarder par exemple l'évolution dans l'usage quotidien de la Carte Européenne et discuter des résultats obtenus par l'application de la Méthode Ouverte de Coopération dans le missions et le contenu de notre vie professionnelle.

Encore une fois merci.

LiMA – The application of Evidence Based Medicine.

Dr Richard Gain*
EUMASS Congress, Lille, June 2004

Evidence Based Medicine and Evidence Based Practice are not new concepts. For many years now, clinicians have been encouraged to challenge their long-held beliefs and check their own practices against current, researched medical opinion.

For Disability Analysts there are many practical difficulties in adopting the same principles. However, in 1998 Sema (now Atos Origin) took over the contract to provide medical advice to the Benefits Agency (now the Department for Work and Pensions) in the UK. This contract contained a clause stipulating that:

'The CONTRACTOR shall ensure that wherever possible medical advice is evidence based, that is, there is a consensus of published medical evidence in support of the advice'.

This challenge has been met through a 3 year, £8 million EBM project which is about to reach completion. A team of 8 experienced disability analysts spent 5 months researching the most up-to-date evidence available in three clinical fields most relevant to the assessment of disability. They produced 36 protocols each consisting of a summary of a common condition. Each protocol consisted of a description of the condition including aetiology, prevalence, differential diagnosis, investigation techniques, treatment, prognosis and disabling effects. Functionally relevant examination techniques were devised for each of the 3 clinical areas (musculo-skeletal, cardio-respiratory and mental health).

All of this clinical information was then used to produce three multimedia CD-ROMs that were provided to every doctor as a distance-learning course. Trainer-led courses were also used to teach the new examination techniques. These activities alone could not provide a sustained evidence-based approach to disability assessment, so the final, and most ambitious, step was to devise a computer-based data capture and report generating program that incorporated all of the evidence-based and 'best practice' rules. A pool of nearly 800 doctors with widely varying computer literacy would be trained to use this application with the understanding that the new, printed medical reports should be of higher quality, but take no longer to produce, than the previous hand-written reports.

After going through a process of iterative development and extensive piloting, the Logic-integrated Medical Assessment program, LiMA, has now achieved these objectives. LiMA incorporates thousands of logical rules that examine every piece of information entered through the flexible and easy-to-use phrase templates, as well as the findings recorded from the results of a focused clinical examination. The interaction of all of these rules results in any illogical advice options (known as Descriptor Choices) being made unavailable to the user. The prompts offered by LiMA also encourage good practice and prevent simple omissions and inconsistency.

Because all the data is held in a structured format it is meaningful to a computer and holds great potential for comprehensive data analysis in the future.

* United Kingdom

Acceptance by doctors has generally been good. Full productivity returns within 30 to 50 cases for most users. Decision Makers, who use the reports to make decisions on benefit entitlement, have found that the reports are much easier to read and generally contain more useful information.

Possible future developments include: writing protocols for other clinical areas such as neurological and sensory problems; devising similar programs for other types of benefit assessment; developing a mobile solution for use in client's homes; developing applications to assist other health professionals; use of Evidence Based protocols in Occupational Medicine.

ICF: Functional assessment,
aids and barriers to work participation.
CIF : Evaluation fonctionelle,
aides et barrières de la participation au travail ***Søren Brage****

The increase in **sickness absence and disability pensions over the last 10 years has stimulated the Norwegian government and the labour market partners to seek new ways in rehabilitation and reintegration**.

In 2001, an Agreement on a More Inclusive Workplace was signed for a period of four years. The objectives were to reduce sickness absence by at least 20 per cent**to** secure employment for a larger number of people with disabilities, and to raise the real retirement age.

To realize these goals, enterprises are invited to sign individual agreements with the NIS, giving them extended possibilities for support from the NIS, and obliging them to more systematic work for rehabilitation, including written routines for follow up after 8 weeks absence. The responsibility for work against increasing sickness absence is rooted in the workplace, and should be based on early dialogues on possible adjustments in work situation based on functional assessment. The employee must take an active part in the follow-up work. At present 54% of all employees work in "Inclusive workplace enterprises (IWE)".

In the agreement more emphasis is placed on function and less on disease. To clarify the scientific basis for functional assessments, an Expert conference was held in January 2003. The assembly was in favour of support to Inclusive Workplace Agreement, reduced importance of health providers and insurance, and increased emphasis on functional assessments, based on scientific methods. These assessments should be linked to ICF and be inter-professional.

After the conference the University of Oslo has been given support for a three-year research project: "Functional assessments: Health providers' responsibilities in a more inclusive working life". The aims are increased knowledge of functional abilities and assessments, more successful rehabilitation based on functional assessments, more reliable foundation for assessing disability pension rights, and increased inter-professional understanding of functional assessments.

To resolve fundamental problems of assessment, the project will seek consensus (in expert panels) on matters of selection and weighting of items in functional assessments. Also the matter of normality needs to be addressed.

The new inclusive work life indicates a radical change in perspectives in rehabilitation. The traditional sick role, as defined by Parsons, will need to change from rest and passiveness to activity and participation in spite of minor ailments. The doctors will have a new role in more active rehabilitation. Even more important, Norwegian working life must change to accommodate for sick and disabled persons, if the optimistic objectives are to be reached.

The ICF provides a common nomenclature and model for rehabilitation and disability assessments. To be practically useful, however, there is a strong need for core-sets, related to social security.

---

* Functional assessment project, University of Oslo

The Implementation of the ICF in Germany.
Application de la CIF en Allemagne.

Michael F. Schuntermann
Dept. of Rehabilitation Sciences of the Federation of German Pension Insurance Institutes (VDR), Frankfurt am Main, Germany
Dépt. des Sciences de la Réadaptation de la Fédération des institutions allemandes de l'assurance-pension Francfort, Allemagne

Summary
The bio-psycho-social model of the ICF has already found wide acceptance in Germany. Particularly the introduction of contextual factors (environmental factors and personal factors) is welcomed. Several rehabilitation facilities have used the model and the chapters of the revision version Beta-2 as guidelines for documenting their interviews with rehabilitation patients. Their experiences are encouraging. However, it has already been recognized that coding with the ICF will be difficult and time-consuming. Thus, the practicability of the ICF should be improved. Training in the use of the ICF will be absolutely essential. It is welcomed that the ICF provides a common vocabulary for both people with disability, and professionals in the fields of rehabilitation and disability. This is particularly important because in Germany we have a rather complicated social system. In contrast to the ICIDH, the ICF, in general, contains neutral terms only. Many of our physicians in rehabilitation complain about that. Obviously they also need to be able to express the signs and symptoms of restrictions of functioning in negative terms and in this respect they feel that the ICIDH was more helpful. While both the concept of activities and the concept of participation are clearly understood from the point of view of content some of us have severe problems with the operationalization of both concepts via qualifiers. From a theoretical point of view we regret that the concept of activity is not theory driven, and that the concept of participation is not operationalized independently from the concept of activity. A proposal for solving these problems is given. In Germany, the ICIDH or ICF respectively has been taken in account in the following areas: The new German Social Code No. IX (SGB IX) from 2001 – Rehabilitation and Participation of People with Disabilities – is based on the ICF. All guidelines and general recommendations within the context of rehabilitation have been adjusted to the ICF. The ICF plays an important role in the training for the medical field "Physical Medicine and Rehabilitation" and is also included in the curricula of the medical specializations "Social medicine", and "Rehabilitation". The German research program "Rehabilitation Sciences" includes some projects dealing with the ICF. The model of consequences of diseases (ICIDH) is part of the rehab quality insurance program of the German Pension Insurance from 1994. Since April 1, 2004, the institutes of the German Health Insurance have applied the ICF in their rehab application form.

Résumé[1]

Le modèle bio-psycho-social de la CIF est déjà largement accepté en Allemagne. En particulier l'introduction des facteurs contextuels (facteurs environnementaux et personnels) a reçu un accueil très favorable. Plusieurs services de réadaptation avaient déjà utilisé le modèle et les chapitres de la version provisoire Bêta 2 révisée, comme guide pour les entretiens avec les patients en rééducation. Leurs expériences sont encourageantes. Cependant, on constate d'ores et déjà que le codage avec la CIF est difficile et long. Aussi, faudrait-il améliorer l'utilisation de la CIF. La formation à l'utilisation de la CIF s'avère absolument essentielle. Le fait que la CIF fournisse un vocabulaire commun aux personnes ayant un handicap et aux professionnels des domaines de la réadaptation et du handicap, est particulièrement apprécié; et ce d'autant plus que le système social allemand est assez complexe. Contrairement à la CIDIH, la terminologie de la CIF est en général neutre ; ce que déplorent de nombreux médecins de rééducation. Ils ont en effet également besoin de pouvoir traduire les signes et symptômes des restrictions de fonctionnement en termes négatifs et à cet égard, ils trouvaient que la CIDIH était plus adaptée. Bien que les concepts d'activités et de participation soient clairement compris du point de vue de leur contenu, certains d'entre nous éprouvent de sérieuses difficultés à opérationnaliser ces deux concepts à l'aide des codes qualificatifs. Du point de vue théorique, nous regrettons que le concept d'activité ne soit pas fondé théoriquement, et que le concept de participation ne soit pas opératoire indépendamment du concept d'activité. Nous faisons une proposition pour résoudre ce problème. En Allemagne, la CIDIH ou la CIF ont été prises en compte respectivement dans les domaines suivants : le Nouveau Code Social Allemand N° IX de 2001 - Réadaptation et participation des personnes handicapées- est fondé sur la CIF. Toutes les directives et recommandations générales dans le champ de la réadaptation s'appuient sur la CIF. La CIF prend une place importante dans la formation médicale de « Médecine physique et réadaptation » ; elle est également incluse dans les programmes des spécialisations médicales en « Médecine sociale » et « Réadaptation ».
Le programme de recherche allemand en « Sciences de la réadaptation » compte quelques projets traitant de la CIF. Le modèle des conséquences des maladies (CIDIH) est inclus dans le programme d'assurance qualité en réadaptation de l'assurance retraite-invalidité allemande depuis 1994. Depuis le 1er avril 2004, les institutions de l'assurance maladie allemande utilisent la CIF dans leur formulaire d'inscription.

[1] Avec tous mes remerciements à Catherine Barral pour la traduction française du résumé.

1. Background information

The German Pension Insurance Scheme is the largest provider for rehabilitation measures in Germany. In 2001 the German Pension Insurance Institutes granted more than 1 Million rehabilitation measures for about 2 per cent of the insured. The most frequent indications refer to the consequences of musculosceletal, cardio-vascular, neurological, and oncological diseases as well as psychological disorders.

In December 2002 the Federation of German Pension Insurance Institutes welcomed the ICF in a resolution. This resolution was published in March 2003. The paper is eight pages long, and it clarifies the principle position with regard to the ICF. I shall partly base my presentation on this paper.

2. Some general observations concerning the German point of view

"Disability" concerns human lives and, therefore, cannot be regarded as an abstract term. Thus, if we talk about disability we are actually thinking of the prevention and evaluation of disability, as well as overcoming disability. Moreover, we also have in mind human rights, as well as social, disability and rehabilitation politics.

"Disability" is a health-related term. That means the disability process begins with a health condition, for example a disease, disorder, injury, or trauma. Independent of the health condition an individual may then experience disability as a phenomenon in its own right, which hinders him or her in performing activities he or she wants to do, or in living an independent and self-determined life, and the disability process may develop a momentum of its own. For this reason, "disability" is a phenomenon which is to be regarded over and above any existing bio-medical health condition.

Traditionally, "disability was viewed within the context of the bio-medical model, for example, a severe abnormality of a body structure or a loss or deviation of physiological or psychological functions were regarded as disabilities. For instance, the terms "physically disabled" or "mentally disabled" are clearly based on the bio-medical model. As a consequence, "disability" was regarded as an attribute of an individual. For example, the concept of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) of 1980 is mainly based on the bio-medical model, but in the second foreword of 1992 of this classification, this position was amended.

As the successor of the ICIDH, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) from 2001, represents a changed paradigm. The former conflicting positions: "An individual is disabled" and "an individual becomes disabled", are now dialectically resolved by the bio-psycho-social model of the ICF. Within this model disability is defined as the negative result of the interaction between both his or her health condition and his or her contextual factors (environmental factors, personal factors). Theoretically, there is only one case in which disability is independent of contextual factors, namely, if the disability remains the same in all sets of contextual factors. It is easy to determine whether the actual set of contextual factors of an individual has an impact on his or her disability: regard the health problem as constant, and then theoretically alter the set of contextual factors. If there is a set of contextual factors in which the disability is reduced or completely resolved, then the actual set of contextual factors constitute one reason for the disability.

In the ICF "disability" is defined as any restriction of functioning. "Functioning" is the basic term of ICF. In the German speaking countries we had some trouble translating this term. The respective German word which may be back translated as "ability to function", can usually be applied only to machines, devices and so on. If applied to

human beings, then there is often a negative connotation. Despite these problems we found no better translation. In Germany we prefer the term "functional health". Functioning includes all aspects of functional health within the three dimensions (1) body functions (including the psychological area) and body structures of the organism, (2) activities of an individual and (3) participation of an individual in life areas, e.g. working life. For instance, the German Society of Physical Medicine and Rehabilitation defines "Rehabilitation" as the multi- und interdisciplinary management of an individual's functional Health.

Environmental factors may improve or reduce the functional health of an individual. In particular, they may facilitate (facilitator) or hinder (barrier) participation. Inversely, a disability can be reduced or eliminated not only by rehabilitation activities but also by improving the environmental conditions. For this reason both rehabilitation and disability politics should be coordinated, otherwise rehabilitation cannot achieve its aims, namely those of improving abilities and improving participation. Both aspects of the ICF are considered in the German Social Code No. IX of 2001. I shall refer to this code again later.

As mentioned above, the fundamental and most important term of the ICF is the term "functioning". It reflects all aspects of functional health. In order to avoid possible restrictions in the future development of ICF, the terms "functioning" and "functional health" are not closely defined. However, it is necessary to know when an individual is functionally healthy. We derived the following definition from the ICF:

An individual is *completely functionally healthy* if – against the background of his or her physical, social and attitudinal environment –

(1) his or her body functions and body structures correspond to accepted statistical norms for humans,
(2) he or she executes or can execute any activity he or she wants to do, in a manner or to the extent that is expected of people without the health problem, and
(3) he or she participates in all life areas or life situations in which he or she wishes to participate, in a manner or to the extent that is expected of an individual without restrictions in body functions, in body structures or in activities in that culture or society.

This explanation shows that the term "functional health" is based on some concept of normality. In most cases this view may be reasonable. There are, however, instances in which the normality concept should be examined carefully. Oliver Sachs, a famous clinical professor of neurology at the Albert Einstein College of Medicine, New York, gives some cautionary examples in his books.

3. Our participation in the revision process of the ICIDH

The WHO first published a classification of functional health restrictions in 1980. It was called "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps", for short: ICIDH. Since that time more than 2000 papers on ICIDH have been published; but practical experience and theoretical considerations made it necessary to revise the original ICIDH. The revision process started in 1993 and the result of the process, the ICF, passed the Assembly of WHO in May 2001.

It must be admitted that in spite of the efforts of rehabilitation experts such as Professor Jochheim, former President of Rehabilitation International, who tried to introduce ICIDH in Germany, the classification was slow to receive general recognition. The first translation was published in 1989 in the German Democratic

Republic. After the Re-union a revised version of the translation was worked out in co-operation with Austria and Switzerland. This version - with a supplement of 16 papers on ICIDH - was published in 1995. Since then a large number of experts, particularly those working in rehabilitation, have taken note of the ICIDH, and, of course, controversial discussions constantly take place regarding its meaning, purpose and practical relevance within the field of rehabilitation.
When the second translation of the ICIDH was published in 1995, the revision of the classification was already underway - a process in which Germany took part. The Federation of German Pension Insurance Institutes promoted the revision process and supported the German activities financially. I had the honour of coordinating the activities for the German speaking countries. A German Working Group on ICIDH has been established which includes associations of people with disabilities as well as societies, Federal Ministries in the fields of rehabilitation, rehabilitation physicians and representatives of other professional groups. A large group of professionals translated the so called Beta-1 version and Beta-2 version of the ICHDH-2 (working title of the ICF during the revision process). This group was now very experienced so that it was possible to translate the ICF within three months. All translation work was done without royalty. Then in January 2002 we published both the original ICF and for comparative purposes the draft of its German translation in internet for public correction and remarks. This procedure was very successful. The results were discussed at the Consensus Conference on the German translation of the ICF in February 2002, and many of the correction proposals were adopted. Moreover, linguistically difficult terms and phrases of the original ICF were translated back into English by a native speaker (occupational therapist) in order to check the translation. The final version of the German translation of the ICF is available in internet (www.dimdi.de). A printed version is in preparation.

4. Application in Germany (overview)

Due to the fact that the ICF has only recently been published by WHO, application of the classification in Germany can only be discussed on the basis of the ICIDH of 1980 – although it can be said that the ICF is already making itself felt.
The following represent some of the German experiences to date.
The ICIDH or ICF respectively has been taken in account in the following areas:

1. All guidelines and general recommendations within the context of rehabilitation have been adjusted to the ICF.
2. The ICF (ICIDH) plays an important role in the training for the medical field “Physical Medicine and Rehabilitation”.
3. The ICF (ICIDH) is also included in the curricula of the medical specializations “Social medicine”, and “Rehabilitation”.
4. In 1996 the Federal Ministry of Education and Research and the German Pension Insurance initiated the joint research programme “Rehabilitation Sciences”. The programme has an overall budget of 40 Million Euro. The programme includes some projects dealing with the ICF. For example, the Core Set Project aims at the development of disease specific ICF check lists.
5. The model of consequences of diseases (ICIDH) is part of the rehab quality insurance programme of the German Pension Insurance. This programme was introduced in 1994.

6. Since April 1, 2004, the institutes of the German Health Insurance have applied the ICF in their rehab application form.
7. The new German Social Code No. IX (SGB IX) from 2001 – Rehabilitation and Participation of People with Disabilities – is based on the ICF.

5. The new German Social Code No. IX (SGB IX)

The new German Social Code No. IX was developed during the revision process of the ICIDH. It is based on the bio-psycho-social model of the ICF, and it explicitly uses the word "participation". However, the historically rooted special features are also taken into account, for instance, individuals who are threatened by disability have the same social rights, in principle, as individuals with disabilities.

In the German Social Code No. IX (§ 2) the terms "disability" and "threatened by disability" are defined as follows:

An individual is disabled if his/her body function, intellectual capacity or psychological health deviate from the typical state of an individual of the same age, with a high probability of the deviation lasting longer than six months, and thus his/her participation in the societal life is restricted. He/she is threatened by disability if the restriction is expected.

As mentioned above in the ICF, the term "disability" is defined as follows:

A disability is any restriction of functioning.

The disability terms of the ICF and of the German Social Code No. IX differ from each other. The most important differences are:

1. The ICF term includes individuals who have problems in body structures/functions or in performing activities without restrictions in participation.
2. The ICF term refers neither to the concept of age in-equivalence nor to duration.
   Rehabilitation offers the best means of preventing or overcoming disability. However, when one looks at the German Social Code No. IX, individuals with disabilities form only one of the groups of people for whom rehabilitation services are intended. § 4 lists all the groups of people who are targeted for rehabilitation services. The common features of these groups are that their members are (1) threatened by restriction of participation or (2) that they are restricted in participation.

Services for participation include all necessary social services in order:

1. *to prevent or to overcome disability or to reduce the consequences of disability,*
2. *to prevent or to overcome restrictions of earning capacity or caring needs or to prevent premature payment of social benefits or to reduce current payments of social benefits,*
3. *to secure participation in working life according to the individual's abilities and learning,*
4. *to foster comprehensively personal development and to facilitate or to make easier the participation in societal life and the management of an independent and self-determined life.*

Only number 1 refers to disability in the sense of the German Social Code No. IX. Number 2 refers to two social risks: the Social Pension Scheme insures the risk of earning capacity restrictions, and the Social Caring Scheme insures the risk of caring needs.

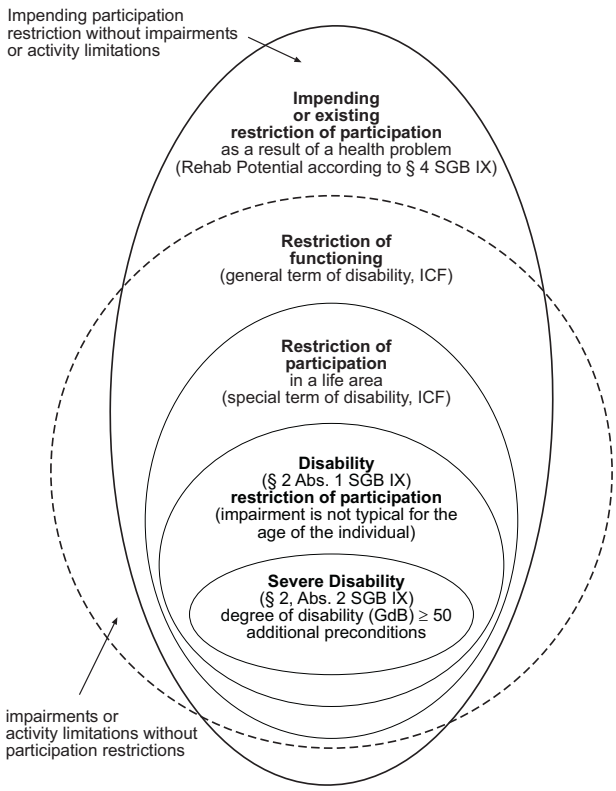
For short, the groups formed by the numbers 1 to 4 are called "rehab potential". Figure 1 shows the differences between the approaches of the ICF and that of the German Social Code No. IX.

6. General views regarding the ICF in Germany, and current activities

The bio-psycho-social model of the ICF has already found wide acceptance, not only in Germany. Particularly the introduction of contextual factors (environmental factors and personal factors) is welcomed. Several rehabilitation facilities have used the model and the chapters of the revision version Beta-2 as guidelines for documenting their interviews with rehabilitation patients. Their experiences are encouraging. However, it has already been recognized that coding with the ICF will be difficult and time-consuming. Thus, the practicability of the ICF should be improved. I shall deal with this problem later.

Due to its complexity, the ICF is a rather complicated classification. Thus, training in the use of the ICF will be absolutely essential. For this reason we have developed training material. We are now dealing with case vignettes which reflect German needs. The case vignettes will be worked out by many experts in the fields of rehabilitation and disability. We will publish this material in internet (www.vdr.de) for public access and download.

Fig. 1: Disability: ICF and German Social Code No, IX (SGB IX) (Rehabilitation and Participation of People with Disability)



1. The rehab potential only overlaps with the ICF term "restriction of functioning", the general definition of disability. This can be attributed to two reasons. (1) "restriction of functioning" doesn't include "impending participation restriction". (2) The ICF term includes individuals who have problems in body structures/functions or in performing activities without restrictions in participation. In the rehab potential an existing or impending participation restriction is necessary.
2. All other terms – "restriction of participation", "disability" according the German approach, and "Severe Disability", a special feature of the German approach – are subsets of both the "rehab potential" and the "restriction of functioning". Moreover, the term "disability" in the German approach is a subset of the ICF term "restriction of participation", the special definition of disability.

It is welcomed that the ICF provides a common vocabulary for both people with disability, and professionals in the fields of rehabilitation and disability. This is particularly important because in Germany we have a rather sophisticated social system. For example, this feature of the ICF was used by the German Rehabilitation Council when developing a method regarding social medical assessment for communication between and within the different professional groups. A similar method was developed by Dr. Hanspeter Rentsch, Kantonsspital Luzern, Switzerland, for his neurological rehabilitation team.
Another point should be stressed, namely that in contrast to the ICIDH, the ICF, in general, contains neutral terms only. Many of our physicians in rehabilitation complain about that. Obviously they also need to be able to express the signs and symptoms of restrictions of functioning in negative terms and in this respect they feel that the ICIDH was more helpful. Perhaps it is possible to include these terms into the ICF as far as possible. On a WHO Meeting in Cologne, 2003, Dr. Geoffrey Reed, American Psychological Association (APA), gave an overview over the Draft Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF. In this manual operational and other examples as well as special notes and assessment information are proposed. This manual could be very helpful for practical application of the ICF.
Another approach to facilitate the application of the ICF are the so called "core sets" which are under development. The Core Set Project is headed by Professor Gerold Stucki, Department of Physical Medicine and Rehabilitation of the University of Munich, Germany. Many international institutions and societies are involved in it including the WHO. As a result of the WHO Conference in Trieste, 2002, the development of core sets was regarded as a matter of priority.
A "core set" is an internationally accepted and evidence based list of ICF categories that are relevant to most patients with a specific health condition. A core set answers the question what should be measured. The health conditions belong to the following groups: Musculoskeletal diseases (Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Osteoporosis, and Back Pain), Neurology and mental problems (Stroke, Depression, Chronic pain, and Obesity), and Internal medicine (Coronary heart disease, COPD/Asthma, Diabetes. and Breast cancer). The purpose of the project is to make the ICF feasible for clinical practice (diagnostics of functioning, planning and executing rehabilitation measures, and evaluating rehabilitation measures), clinical and epidemiological studies, health reporting and monitoring of functioning and health as well as linking the ICF to the ICD and to existing health status measures. The results of the project will be published shortly.
We are considering developing a German adaptation of the ICF which will capture the German situation with regard to rehabilitation and assessing disability more precisely, because our highly sophisticated health and social system has a lot of features which are hardly covered by the ICF. Moreover, we shall try to incorporated the negative terms of the ICIDH into the inclusions and exclusions of the ICF as far as possible. To do this work all scientific societies, and associations, as well as the different insurance schemes in the fields of rehabilitation, social medicine, and disability are encouraged to check the ICF as to whether their needs are covered.
While both the concept of activities and the concept of participation are clearly understood from the point of view of content some of us (including me) have severe problems with the operationalization of both concepts via qualifiers. From a theoretical point of view we regret that the concept of activity is not theory driven, and

that the concept of participation is not operationalized independently from the concept of activity. I shall now discuss these problems and shall propose some solutions.

7. Problems with the concept of activities

As mentioned above, the concept of activity is only heuristically introduced and not theoretically founded. This fact is regrettable because there are theories which could have been used. One of these theories is the Action Theory of Nordenfelt which is quite close to the activity concept of the ICF. He talked about his theory on the last EUMASS Congress. In Germany we use this theory in the training in ICF.

The basics of Nordenfelt's theory are as follows: An "action" is that what people actually do in their environment. There are three preconditions for an action: (1) The individual objectively must have the capacity to perform the action. A capacity can be understood as a person's inner possibility for action. The capacity is what a person's inner resources permit him or her to do. The inner resources are understood as the biochemical, physiological and psychological conditions inherent in the person. (2) The individual objectively must have the opportunity to transform his or her capacity into the respective action. The opportunity is the person's outer or external possibilities. It includes those factors which are listed in the classification of environmental factors of the ICF. The external context may prevent the individual from performing the action. (3) Finally, the individual must have the *will* to perform the action. This is the sufficient precondition for performing the action. Although the will, motivation etc. of the individual are crucial, and thus should be taken in consideration in functional diagnostics and rehabilitation, in the ICF the concept of activity is introduced without these internal factors. This is obviously a deficiency, as Nordenfelt realized.

In the ICF there are two qualifiers for life domain items of the common classification of activities and participation: the performance qualifier relates to the individual's executing the respective action or task in his or her current environment. The capacity qualifier relates to the individual's highest probable level of ability to execute the respective action or task. The capacity qualifier is measured in some test, standard or hypothetical environment. For instance, complex work related capacities may be measured with Functional Capacity Evaluation systems. Both qualifiers are ordinal scaled, and the codes denote "no", "mild", "moderate", "severe", and "complete" problem.

In the ICF it is stated that the impact of the environment of that individual is reflected in the degree in which the two qualifiers, performance and capacity, differ. This proposition is daring, to say the least! Using Nordenfelt's theory this discrepancy reflects both the difference of the different sets of environmental factors (test, standard or hypothetical environment vs. current environment) and the will of the individual to execute the action or task at that time. However, there are several and good reasons why individuals execute actions or tasks at a sub-maximal level. Moreover, there are further possibilities to misinterpret capacity and performance: (1) The capacity to execute an action or task is not the "upper limit" for performing that action or task. Performance may be significantly better than capacity, depending on the regarded set of current environment. (2) It is not possible to infer the degree of performance from the degree of capacity without further information and vice versa. Despite some problems we are convinced that the activity concept is an excellent basis for social medical evaluation und rehabilitation services. The activity concept may be regarded as an operationalization of the disability intervention approach on the individual level.

8. Problems with the concept of participation

In the ICF, "participation" is defined as an individual's involvement in life situations or life areas. In principle, a life area is any set of items of the classification of activities and participation. For instance, "mobility" is a complex life area, and {washing oneself} is a very elementary set containing only one item. One of the most interesting features of this classification is that it is possible to construct a set of items which matches all actions and tasks an individual wants to perform or wants to be involved in.

Both, an individual's participation and performance refer to the same set of environmental factors which may effect as barriers or facilitators. Moreover, both constructs refer to the same classification. For this reason, the main question is: What is the difference between "participation" and "performance"? Or, to put the question more suggestively:

If an individual performs all actions and tasks of a life area, isn't he or she completely involved in this life area?

I suppose that most people would answer "yes". And this is also the position of the ICF. In the ICF, the participation concept is operationalized in terms of the activity concept.

Some people, however, would answer "no" to the above given question. And they could give the following example:

A person can wash himself but it is time consuming, and for washing his feet he needs assistance (full capacity with assistance). At home he washes himself every evening with his wife's assistance (full performance with assistance at home). Now, let this person be in hospital. In this setting he is washed by the nurses because his lengthy washing procedure disrupts the morning routine of the ward and the cleaning schedule. Furthermore, the nurses have no time to watch out for the possible moment when the patient requires help. The patient experiences this situation as a restriction in a sensible life area (restriction of participation in the life area "washing").

It is emphasized in the introduction of the ICF that the ICF "has been accepted as one of the United Nations social classifications and is referred to in and incorporates The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. Thus ICF provides an appropriate instrument for the implementation of stated international human rights mandates as well as national legislation." One of the key words of the Standard Rules is "participation". the Standard Rules do not only refer to the implementation of human rights, disability and rehabilitation legislation and politics as well as improving access to life areas and services, but also to quality of life. Viewing the concept of participation in this context, it is quite clear that the concept of participation answers quite different questions as the concept of activity.

The concept of participation seems to combine two approaches: The human rights approach and the subjective experience approach. The human rights approach includes questions like (1) having access to life areas and services, (2) being integrated in life areas, (3) living both an independent and self-determined life in life areas and (4) enjoying equal rights and opportunities. The subjective experience approach, however, deals with (1) experiencing satisfaction in life areas, (2) experiencing esteem and acknowledgement and (3) having an adequate health related quality of life in life areas.

In the context of life areas, it should be recognized that every item of the classification of activities and participation may be viewed as both an activity item and an

participation item. The above mentioned ideas concerning participation are not operationalized in the ICF by its own right. Instead, the operationalization of participation became part of the operationalization of the concept of activity, using the term "performance". In the concept of activity the qualifiers "performance" and "capacity" have clear-cut meanings: executing an action or task in the current or some standard environment. In contrast to this, it is by no means clear what "performance" and "capacity" mean in the concept of participation. The Australian Institute of Health and Welfare as the Australian Collaborating Centre for the WHO Family of International Classifications is dealing with this problem. The Australians apply the "splitting approach" which is suggested by the WHO. The splitting approach divides the domains, e.g. the chapters, of the classification of activities & participation into two sets, the activity set and the participation set. The ICF provides four options for this procedure: Option A: designate some domains as activities and others as participation, not allowing any overlap; option B: designate some domains as activities and others as participation, but with partial overlap; option D: use all domains as both activity and participation; and option C: designate all detailed domains as activities and use the broad category headings as Participation. Actually, only the options A, B and D follow the splitting approach while option C is based on some hierarchical suggestion.

With respect to these options, the Australians came to the following preliminary conclusion: "Based on experience in Australia during the testing of the draft ICF, options B and D appear the most useful approaches. The Australian Collaborating Centre is not able at this stage to recommend a split of the domains for general use; that is, it is not able to recommend option A as a general solution to delineating Activities and Participation. Option A may nevertheless be suitable for specific applications, where users can obtain agreement among stakeholders on a suitable split of the domains, consistent with the ICF definitions. Option C appears to be untried, and at this stage this User Guide contains no advice on its use."

The advantage of splitting the domains of the classification of activities & participation in activities domains and participation domains is that the performance and capacity qualifiers can reasonably be applied to all items of the activity domains. The main problem, however, is unsolved: What is the meaning of these qualifiers in the context of participation domains? The Australians tried to solve this problem by developing two additional qualifiers: one qualifier reflecting "participation extent", and one qualifier reflecting "participation – satisfaction level". And they propose: "The qualifier 'Participation extent' corresponds to the ICF generic qualifier and indicates the extent of participation restriction. This will correspond to an externally observable (or 'objective') measure of participation. The qualifier 'Participation – satisfaction level' corresponds to the person's own perspective on their participation, and reflects their attitude to their participation in the various life domains." Actually, a "qualifier for involvement or subjective satisfaction" is mentioned in the ICF.

Internationally, there is a lot of discussion on the operationalization of the concept of participation, and I hope that research will offer some solutions for the problems. I myself have the feeling that the splitting approach is too formal, and that the results may be arbitrary to some extent. I am afraid that these could affect the international comparability.

In Germany, we discuss the management of the problem of participation in a different way. I want to explain it by an example. Our Social Code No. IX includes the term "participation" as a legal term in the sense of ICF. When, for example, an individual

applies for rehabilitation services the administration of the respective institute has to solve two tasks: (1) to examine whether the participation in a life area (e.g., working life) of that individual is threatened or decreased, and (2) to decide whether to grant the application or not. The examination is based on a social medical report. In this report, among others, the evaluation of problems and resources of activities of that individual in terms of capacity and performance (as a result of his or her disease or disorder) are crucial, but not participation in its legal sense. In this respect the term "activity" (using Nordenfelt's theory) may be viewed as the social medical counterpart to the legal term "participation". If the application is granted then the problems of capacity and/or performance including both reducing barriers and increasing facilitators are the main subject of intervention. The theoretical background of this procedure is that the term 'participation' is attributed to the legal sphere using the human rights approach while 'activity' in the sense of Nordenfelt is assigned to the intervention sphere using the individual's disability intervention approach. However, I am afraid that this way of looking at things is not very customary in other countries.

9. Outlook / further perspectives

I feel that the WHO wanted to combine two different approaches in the ICF to overcoming disability. The concept of participation is more associated with human rights, disability and rehabilitation politics and social and environmental politics as well as an individual's subjective experience of functional health problems, while, on the other hand, the concept of activity is more related to individual intervention particularly to rehabilitation of an individual including creating facilitators and eliminating barriers. Of course, both approaches complement each other.

It is undisputed that the ICF has great merits. We now have both a concept of functional health and a common vocabulary to communicate about functional health. It is a great step forward that environmental factors are included in the ICF, and that functional health and disability are related to those. This opens up new vistas and possibilities of intervention. All modern definitions of "rehabilitation" are based on the ICIDH, and the more complex ICF will be more useful and helpful in the complete rehab cycle: assessment, assignment, intervention, and evaluation. Some of the shortcomings of the ICF may be overcome, and they cannot serve as an argument for rejecting this classification. When the revision of the ICF is on the agenda, the concept of activity should be revised in terms of action theory, and the concept of participation should be operationalized in its own right.

References

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW): ICF Australian User Guide, version 1.0, download: www.aihw.gov.au/disability/icf_ug/index.html

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, (Hrsg.) (2002): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deutschsprachige Fassung, Version 1.0, 2002. In Vorbereitung. Internetversion: www.dimdi.de

Nordenfelt, L:. (2003): Action theory, disability and ICF. Disability & Rehabilitation, Vol 25, No. 18, 1075-1079

Rentsch, H.P., Bucher, P. et al.: Umsetzung der „International Classifikation of Functioning, Disability and Health“ (ICF) in die Alltagspraxis der Neurorehabilitation. Neurol Rehabil 2001; 7 (4), 171-178

Rioux, M. H. (1997): When Myths Masquerade as Science: Disability Research from an Equality-Rights Perspective. In: Disability Studies: Past, Present and Future, edited by Len Barton and Mike Oliver, Chapter 7, Leeds: The Disability Press.

Schuntermann, M.F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung*, Heft 1-2/2003, S. 52-59

Schuntermann, M.F. (2001): Behinderung nach ICF und SGB IX – Erläuterungen und Vergleich. *Reha-Info,* Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Heft 6/2001: 20-23

Stucki, G., Cieza, A. et al. (2002): Application of the International Classification of Functioning, disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 25, No. 5: 281-282

Stucki, G., Ewert, T., Cieza, A. (2002): Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 24, No. 17: 932-938

Ueda, S., Saleeby, P.W. (2003): Subjective Dimension of Functioning and Disability: Report of the Study Group. Meeting of WHO Collaborating Centres for The Family of International Classifications, Cologne, Germany, 19-25 October 2003

World Health Organization (WHO) (2001): International Classification of Functioning, disability and Health, Geneva

Correspondence:

Dr. Michael F. Schuntermann

Assoc. of German Pension Insurance Institutes, Dept. of Rehabilitation Sciences

Eyssenecksstr. 55, D-60322 Frankfurt am Main

Germany

E-mail: michael.schuntermann@vdr.de

La médecine sociale en Tchéquie.

R. Kucera*

Chaque système de la sécurité sociale a ses nécessités spécifiques et les demandes d'évaluation de l'état de santé, et des résultats qui se dégagent de cette évaluation. Chaque pays a son système de la sécurité sociale, qui résulte du contexte historique et qui dépend de la situation économique et sociale. Dans mon exposé je voudrais approcher un peu le travail du médecin-conseil dans la République tchèque.

Le médecin-conseil, c'est une des spécialisations médicales, spécialisation indépendante, qui puise de toutes spécialisations médicales, et qui traite les résultats avec la façon spécifique. Pour son contenu des connaissances et acquis, le médecin-conseil égale (où peut-être surmonte) les autres spécialisations médicales.

Dans la République Tchèque on peut devenir le médecin-conseil, si on a 10 ans de praxis (expériences), et si on est spécialisé dans une des spécialisations basales, p.e. comme généraliste (praticien), ou chirurgien, neurologiste, interne, et si on a l'examen spécial de cette spécialisation (certificat). Si tel médecin veut travailler comme médecin-conseil, il est enrôlé dans les courses de préparation pour cette spécialisation, cette période dure 3 années, et ensuite il fait aussi l'examen pour obtenir le certificat. Ensuite on peut parler de médecin-conseil qualifié.

Dans notre pays il y a 500 de médecin-conseils environ, 450 d'eux travaillent dans l'Administration Tchèque de la Sécurité Sociale. Ces médecins-ci font des expertises (des avis) pour tous les sub-systèmes de la sécurité sociale. Les autres (il y en a autour 50), sont des employés de la Ministère du travail et des affaires sociales, ils font des expertises pour les tribunaux en cas de litiges.

Le service des médecins-conseils de l'Administration Tchèque de la Sécurité Sociale forme une formation indépendante, son fonctionnement couvre tout le territoire de la république. Les médecins-conseils constituent des divisions dans des échelons locaux aux 76 villes de la république, ces divisions sont assemblées aux 8 régions, le centre du service des médecins-conseils est à Prague.

Les médecins-conseils utilisent les ordinateurs pour son travail, il existe les programmes, qui font la banque de données de tous les assurées qui étaient ou qui sont dans l'arrêt de travail ou leur état de santé a été évalué par les médecins-conseils de la service des médecins-conseils de l'Administration Tchèque de la Sécurité Sociale.

* République Tchèque

La médecine sociale, plus précisément les médecins-conseils, ils utilisent les informations des catégories différentes. On peut les diviser en informations :

- biologiques, concernant le caractère de l'infirmité et les phénomènes psychiques concomitants,
- professionnelles, qui s'occupent des demandes et des retombées de l'activité rémunérée sur la personne,
- sociologiques, qui interprètent des aspect sociales, juridiques et économiques de la situation de la personne avec l'infirmité.

Le principe de l'activité des médecins-conseils n'est pas formé seulement par la mosaïque des informations introduites, mais par les connaissances et acquis médicals qui sont sérieux, modernes et complexes, et qui servent comme le base pour tout à fait concrète et correcte solution de la situation actuelle du santé et pour les conséquences qui résultent de cette situation de la personne et tout ça dans le contexte social.

On peut diviser l'évaluation de l'état de santé des citoyens pour les prestations de la sécurité sociale dans la République Tchèque à quelques parts, qui se différent parmi eux par la méthodologie d'évaluation et par les critères de cette appréciation.

La situation sociale:

- la réduction de l'aptitude à l'activité rémunérée systématique – on évalue la mesure de la réduction de cette aptitude – les prestations sont fournies par l'assurance revenu (il s'agit de l'invalidité),
- l'infirmité grave, handicap – on évalue le genre et le degré du handicap – les prestations sont distribuées par l'État,
- l'aptitude au travail modifiée – on évalue si les infirmités de la personne sont la raison de la réduction de la possibilité au travail – dans ce cas on n'obtient pas les prestations, mais ces personnes ont la protection au marché de travail,
- l'incapacité du travail temporaire (déclaration d'un malade inadapté de travail) – on évalue l'état de santé, qui ne permet pas au malade de poursuivre sa profession – les prestations sont fournis de l'assurance maladie.

L'évaluation se diffère par sa intégralité et par son point de vue de l'appréciation.

Le critère basal pour la détermination de la mesure de la réduction de l'aptitude à l'activité rémunéré systématique c'est l'état de santé défavorable de longue durée. Cet état est évalué par l'examen fonctionnel, qui quantifie la mesure de l'infirmité de l'assuré. On doit aussi connaître les activités salariées lesquels l'assuré faisait avant sa maladie, le degré de l'éducation, ses connaissances et acquis et l'aptitude pour la requalification. Ce tout a l'importance pour l'évaluation de l'invalidité, il faut apprécier, quelle est l'influence des infirmités à ces objectivités et au contraire, quelle est l'influence de ces objectivités à l'état de santé de l'assuré. Si la réduction de l'aptitude à l'activité rémunérée systématique, qui est la conséquence de l'infirmité (maladie, accident), est plus de soixante six pour-cent, il s'agit de l'invalidité pleine. Si cette réduction est plus de trente trois pour-cent mais moins de soixante six pour-cent, il s'agit de l'invalidité partiale. Si la réduction est moins de trente trois pour-cent, il ne s'agit pas de l'invalidité.

L'évaluation du handicap n'est pas en rapport avec l'évaluation de l'aptitude du travail. Les handicaps sont les conséquences des infirmités fonctionnelles et ils reflètent l'interaction de l'homme et de son entourage, et l'adaptation de l'homme à ce milieu. Il peut s'agir du handicap d'orientation, qui touche l'aptitude de la personne de s'orienter à son milieu. Le handicap de la dépendance physique touche l'aptitude de sauvegarder son existence indépendante habituelle à son âge, sexe et situation sociale, compris le soin de soi-même, et les activités de la vie quotidienne. Le handicap de la mobilité touche l'aptitude du mouvement effectif dans son milieu. Le handicap de l'intégration sociale est exprimé par l'inaptitude de participer dans les contacts humains. Le handicap des activités de la vie signifie l'inaptitude de la personne de passer son temps par l'activité habituelle à son âge, sexe et position sociale. C'est l'État, qui fourni l'aide aux personnes qui ont besoin d'aide pour son état de santé, par les prestations spécifiques, en nature ou en espèces. Le rôle des médecins-conseils est évaluer le mesure du handicap.

L'évaluation de la capacité modifiée du travail est l'appréciation de l'état, que la conséquence de l'infirmité ou de la maladie a l'influence au citoyen, sur son aptitude physique ou psychique, ou sur sa qualification ou la possibilité d'utiliser sa qualification ou sur la préparation pour une profession.

L'évaluation de l'incapacité du travail forme une partie des soins médicaux du médecin traitant. Dans ce cas on parle de l'incapacité temporaire de poursuivre sa profession actuelle. Les médecins-conseils font la contrôle, ils sélectionnent le développement de l'incapacité du travail et dans les cas de la durée de l'arrêt du travail non justifié, les médecins-conseil ont le droit d'établir le certificat de reprise du travail à un malade. Au contraire, s'il s'agit de la maladie de longue durée, on peut, sur l'avis du médecin-conseil, prolonger les indemnités journalières sur un an de plus.

La médecine de la sécurité sociale, le travail du médecin-conseil, c'est le sujet très vaste, et le temps de mon exposé est très court. A la fin je voudrais dire seulement, que l'activité du médecin-conseil réuni la médecine et la loi, cette activité est très importante, difficile, elle a des exigences professionnelles, avec les aspects éthiques et psychologiques. La profession du médecin-conseil est la spécialisation, qui a sa place dans le complexe de la médecine et qui est le partenaire équivalent et égal pour les autres spécialisations de la médecine.

A propos des politiques de santé en Europe.

Professeur Marc BRODIN,*

A la suite de mon expérience de quelques travaux Européens je vous propose de réfléchir sur certaines facettes de la construction européenne qui touche nos activités. Comme le Docteur GOUELLO l'a souligné, je vais essayer de m'inscrire dans la suite des propositions formulées par le Professeur BACCHIELLI, Conseiller auprès du Directeur de la Protection Sociale de la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales de la Commission Européenne et Monsieur LENOIR, Directeur de la CNAMTS.

Je connais l'Europe par deux approches :

- D'abord, en tant que Président de **la Société Française de Santé Publique**, Fédération de tous ceux qui, parmi nous, travaillent d'une manière ou d'une autre, d'une institution ou d'une autre, à la santé publique; vous êtes représentés dans le Conseil d'Administration de cette institution par le Docteur Georges Borgès da Silva. J'ai aussi été amené à faire partie du Conseil d'Administration et à présider la **Fédération Européenne des Sociétés de Santé Publique** (25 pays environ). Cette fédération **(EUPHA)**, qui existe depuis le début des années 90, tiendra son **prochain congrès annuel à Oslo du 6 au 9 octobre 2004**. Cette Association réunit chaque année en congrès de 800 à 1000 personnes, qui viennent de 35 pays européens différents. Elle a pour orientation principale la recherche évaluative sur l'organisation et l'utilisation des services de santé.

  Cette Association a développé un journal "The European Journal of Public Health " édité à Londres ; l'équipe de rédaction et d'animation est aux Pays-Bas et en Suède. Vous pouvez trouver cette information sur Internet. Cette association est proche des activités d'un"**Observatoire Européen des Systèmes de Santé**" qui a été créé avec l'**OMS**, actuellement basé à Bruxelles et dirigé par Josep Figueras. Parmi les travaux de cet observatoire, vous pouvez trouver une monographie par pays sur les systèmes de santé. Vous pouvez trouver également des lectures transversales pour 51 pays, sur nos systèmes de santé, avec par exemple, la prévention, la rémunération des médecins, l'Assurance Maladie, etc. Cette association est représentée dans le ***"Health Policy Forum"*** qui est un peu l'équivalent de ce qu'était en France la Conférence Nationale de Santé (espace réunissant l'ensemble des professionnels de santé et des Associations de Patients).

* Président du Conseil Scientifique de la CNAMTS
(Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) (France)

- La deuxième série d'associations que j'ai été amené à connaître, parce que plus proches des systèmes d'Assurance Maladie, et que je vais évoquer avec vous, ce sont des Associations ou des Fédérations (Européennes ou Mondiales) qui s'intéressent à la régulation des professions médicales. La Fédération mondiale (**IAMRA**) vient de tenir son congrès à Dublin. Il s'agit du regroupement des institutions de régulation de l'exercice des professionnels de santé (leur formation continue, les qualifications professionnelles, les règles d'installation, les problèmes de comportement, etc). Dans certains pays, des associations médicales ont une mission de service public (par exemple en France avec l'Ordre National des Médecins), dans d'autres cas des services ministériels jouent directement ce rôle (Pays-Bas, Suède…).

Si je cite ces deux courants de pensée, c'est d'abord pour rappeler que, dans le domaine de la santé, l'Europe se construit beaucoup sur le mode associatif, c'est à dire assez différemment des autres domaines de la vie collective. La seule loi commune que nous ayons à ce jour entre européens, est la loi du "marché unique". Nous n'avons pas pour l'instant et Monsieur Daniel Lenoir l'a rappelé – de loi commune sur la protection ou sur les affaires sociales, nous n'avons pas de loi commune sur la solidarité à la base de nos cultures européennes. La seule loi que nous ayons en commun concerne donc la liberté de circulation des personnes, et les échanges de biens et de services. Chaque fois qu'un individu parmi nous, quel que soit le pays parmi les "25", porte un contentieux à la Cour de Justice des Communautés Européennes, le seul critère de jugement sera la loi instituant le Marché Unique Européen.

En France, de longue date, il nous a été dit que les questions de santé étaient de l'autorité des Etats. L'Administration Européenne est donc dépourvue de moyens réglementaires pour intervenir sur toutes les questions concernant l'organisation de nos services de santé. Mais il faut comprendre que "a contrario" toutes les autres Directions des Communautés Européennes peuvent produire des directives, de l'information, faire voter les parlementaires sur des sujets qui ont des conséquences sur l'organisation des systèmes de soins et donc sur la santé. Peu à peu, les règles sanitaires traditionnelles de chaque pays sont cernées par des acquis qui se construisent à partir de propositions venant des autres Directions. Si l'on prend l'expérience française, on observe par exemple, que le ministère des transports, en édictant des règles sur la circulation, ou le ministère de l'agriculture en faisant des règles sur la santé animale, vont agir sur la santé des populations. Au sein de l'Europe, c'est à peu près le même schéma pour l'ensemble des Directions européennes, à l'exception de celle qui est chargée de la santé.

Le seul moyen que nous ayons pour l'instant de réagir à cette situation, est de nous mettre d'accord à 25, c'est-à-dire d'analyser les propositions faites par l'une ou l'autre Direction, de mesurer leur impact dans le domaine de la santé et de travailler ensemble pour attirer l'attention des autorités sur les conséquences non souhaitables. Plusieurs des travaux présentés durant ces journées conduisent indirectement à harmoniser nos pratiques. Il n'existe, en Europe, que ce qui est inscrit dans le Droit européen, et inscrire dans le Droit européen c'est promouvoir une directive, ce qui s'appelle une loi dans nos pays. Si nos activités ne sont pas traduites dans le Droit

européen, elles n'existent pas. Le secteur santé n'a pas la place qui lui permet d'être opérationnel à l'échelle européenne; d'ou l'importance des mouvements associatifs, pour la construction de convergences.

Pour visualiser avec vous la signification de ce propos liminaire, j'ai choisi de prendre l'exemple d'une **Directive en cours d'élaboration sur les services dans le Marché intérieur**, rédigée par la Direction de la concurrence de la Commission européenne ; elle devrait être présentée au Parlement en fin d'année 2004. Cette Directive est née lors d'une réunion des autorités européennes à Lisbonne ; elle rappelle que l'objectif de l'Union européenne est de développer un espace d'économie de la connaissance le plus compétitif et le plus dynamique au monde, avec une échéance à 2010. Elle est une expression du marché.

Ses objectifs sont de :

- simplifier les procédures relatives à la mobilité des professionnels en Europe, (les professionnels de santé sont également concernés),
- faciliter la libre circulation des services (y compris les services de santé),
- préciser les droits des destinataires des services (donc des patients des malades),
- développer une politique de qualité des services (dans nos pays, des Agences s'intéressent à la qualité des médicaments, des pratiques professionnelles, des dispositifs médicaux…),
- développer une coopération renforcée entre autorités compétentes pour assurer l'efficacité du contrôle de régularité et de qualité de la prestation des services,
- favoriser la convergence des régulations nationales.

Même si l'organisation des soins est de l'autorité des Etats, même s'il est dit que notre diversité culturelle est légitime et digne de respect, il est clair au travers d'un tel projet, que nous devrons pas à pas harmoniser nos pratiques dans le secteur santé, à moins de réagir efficacement. Passons en revue quelques articles de cette Directive, tels qu'ils sont actuellement formulés.

Les articles 6, 7 et 8 concernent la mise en place de "guichets uniques" auprès desquels les prestataires devront pouvoir accomplir l'ensemble des procédures administratives relatives à leur établissement ou prestation de services.

En France, un médecin qui doit s'installer actuellement va devoir effectuer des démarches auprès de l'Ordre des médecins, des organismes d'Assurance maladie, et des services de l'Etat. Avec le guichet unique, il n'y aurait donc plus qu'un seul lieu pour effectuer toutes ces démarches.

Article 7 : définition des informations qui devront être fournies par le guichet unique aux prestataires et aux destinataires des services. Nous devons nous mettre d'accord entre nous, par exemple sur ce que nous attendons des infirmiers et ce qui doit pouvoir être expliqué au patient.

Article 8 : *les procédures et formalités relatives à une activité de service et à son exercice devront pouvoir être effectuées facilement, à distance et par voie électronique.*

En France, tout jeune médecin qui va s'inscrire dans un département pour exercer est physiquement vu par les responsables locaux de l'Ordre des médecins, au moins pour vérifier sa santé mentale en particulier. Pouvoir effectuer de telles démarches à distance et électroniquement questionne automatiquement nos façons de faire (ici des questions de sécurité pour le patient).

De telles dispositions de la Directive sont potentiellement très structurantes pour nos organisations. Cette simplification des procédures relatives à la mobilité des professionnels en Europe sont à la fois opportunité de rationalisation ou fin de toute régulation.

Avec le "guichet unique", sont développés des dossiers tels que le "passeport santé" (expression d'influence américaine), c'est-à-dire l'identification minimum attendue pour chaque professionnel de santé. A l'échelle européenne, nous parlons de "carte européenne d'identité professionnelle" ; les Français sont les seuls en Europe à avoir promu et déjà mis en place une carte (unique) de professionnel de santé (CPS). Pour nos voisins européens, cette démarche n'a pas encore été concrétisée. Il s'agira de formaliser le contenu de cette carte : cela peut être le parcours professionnel d'un médecin, ses caractéristiques d'aptitude, sa spécialisation… Selon les pays, les spécialisations peuvent recouvrir un champ d'exercice plus ou moins large. Comment intégrer dans cette carte les sanctions dont le titulaire peut avoir fait l'objet ? Comment ces informations vont-elles circuler ?

Les Articles 14 et 15 sont très "déstabilisants" s'ils devaient être mis en pratique en l'état.

Article 14 : *les Etats membres ne peuvent subordonner l'accès à une activité de service au respect d'un certain nombre d'exigences qui, aujourd'hui pourtant, régissent l'exercice de ces prestations à l'échelle nationale*. Nous avons en effet des règles nombreuses pour l'installation des médecins, pharmaciens, sages-femmes, etc. Cette loi sur la liberté de circulation des professionnels énonce qu'il est "interdit d'interdire".

L'Article 14 interdit par exemple :

- *d'empêcher d'avoir plusieurs établissements dans plusieurs Etats membres* : un médecin, un pharmacien, doivent avoir la possibilité d'ouvrir des cabinets ou des officines dans plusieurs pays;
- *d'empêcher quelqu'un de s'installer au titre qu'il existe déjà des opérateurs concurrents* ; qu'en deviendrait il dans cet esprit, de l'implantation géographiquement régulée des pharmaciens;
- *d'empêcher quelqu'un de s'installer au motif qu'il n'a pas souscrit une assurance dans le pays* ; un ressortissant français ou hongrois par exemple, doit pouvoir exercer en Norvège sans prendre une assurance professionnel dans ce pays d'exercice ;

Article 15 : les Etats membres doivent examiner le système juridique et évaluer le caractère non discriminatoire, la pertinence et la nécessité de certaines exigences qu'ils imposent aujourd'hui aux prestataires de services. Il est donc demandé aux différents Etats membres, de bien vérifier la légitimité des arguments fondateurs des exigences actuelles.

Pour la profession des pharmaciens par exemple, la France va devoir développer des arguments convaincants pour expliciter la nécessité des règles imposées, et par exemple :

- fixer des limites quantitatives ou territoriales d'installation,
- imposer une forme juridique particulière et un montant minimum de capital pour certaines activités,
- fixer des tarifs obligatoires minimum ou maximum,
- etc.

Les Articles 16, 17 et 19 concernent le difficile équilibre entre la liberté du prestataire et la protection du destinataire du service. C'est le principe du pays d'origine: c'est l'Etat d'origine du ressortissant Européen qui est responsable du comportement de ce ressortissant dans le pays d'accueil. Dans ces conditions, un médecin polonais qui viendrait exercer en France serait d'abord soumis aux règles professionnelles de la Pologne et inversement.

Article 16 : les prestataires de services exerçant temporairement (notion à définir) *leur activité dans un autre Etat membre sont uniquement soumis aux dispositions de leur Etat d'origine*. La définition des dérogations générales renvoie à la proposition de Directive sur la Reconnaissance des Qualifications Professionnelles.

La "négociation" entre ces deux approches et ces deux textes se déroule en ce moment même. La Directive sur la Reconnaissance des Qualifications Professionnelles est la voie par laquelle il est possible de réintroduire des logiques de sécurité de l'offre de services ou les dispositions disciplinaires, qui ne sont pas prévues actuellement. La Directive précise que toutes les informations inhérentes à la régulation de la prestation de service doivent être accessibles au destinataire (le patient dans le domaine de la santé), en particulier auprès des Guichets Uniques.

Article 27 : il concerne les assurances professionnelles (responsabilité civile, pénale) et les garanties professionnelles assorties d'une obligation d'assurance.

Article 29 : il porte sur la publicité commerciale de l'exercice médical. Il existe en France, ainsi que dans de nombreux autres pays, des règles déontologiques interdisant aux médecins de faire de la publicité, notamment sur Internet. L'esprit de cette Directive constitue une remise en cause fondamentale de nos règles du jeu.

Article 31 : *La commission européenne et les Etats membres prendront des mesures de nature à encourager les prestataires à faire certifier leur activité, et à élaborer des chartes de qualité*. Si les professionnels de santé de Grande Bretagne sont plutôt ouverts à une telle perspective, ceux d'autres pays, parmi lesquels la France, sont beaucoup plus réticents.

Article 33 : concerne l'échange d'informations relatives aux éventuelles sanctions : si un médecin fait l'objet, en France, d'une procédure pour un comportement professionnel anormal, il a la possibilité, tant que la procédure n'est pas achevée, de fermer son cabinet en France et de s'installer dans un autre pays membre sans que les organismes français soient en mesure de transmettre l'information au pays d'accueil. Les associations médicales des 25 pays travaillent ensemble sur la circulation de ce type d'informations.

Articles 34 et 35 : ils rappellent les règles du contrôle par le pays d'origine, du comportement de ses ressortissants expatriés. De telles dispositions seront très difficiles à mettre en place.

Article 39 : il concerne l'harmonisation de nos règles de conduite, en particulier les règles déontologiques et éthiques. Les systèmes de santé des 25 pays européens ont tous construit leurs règles déontologiques et éthiques selon leur culture ; l'harmonisation sera donc difficile.

Au-delà des enjeux associés à la mobilité des patients, un dossier européen majeur, inscrit dans l'un des trois programmes de santé publique, concerne actuellement le numéro permanent par patient et le dossier médical "personnel"; certains pays souhaitent l'intégrer sur une carte à puce et d'autres (parmi lesquels la France) l'imaginent plutôt sous forme de clés d'accès à des dossiers médicaux installés sur des serveurs.

La France est actuellement le seul pays parmi les 25 à avoir mis en place un numéro d'identité permanent (la Carte Vitale). En Allemagne, il existe autant de cartes que de systèmes d'assurance (environ 300) et les Britanniques sont assez hostiles à l'adoption d'un numéro d'identité permanent. Un consensus sur ce point ne sera donc pas facile à obtenir. Il serait de l'intérêt de la France, de promouvoir son expérience.

Le système le plus abouti (dans sa diffusion) en Europe est certainement celui qui en France relie les pharmaciens (1 pour 2000 à 2500 habitants) aux Caisses de l'Assurance Maladie Obligatoire et aux Caisses des Mutuelles Complémentaires qui l'ont accepté : ce système complète celui des Laboratoires d'Analyse Médicale qui sont depuis très longtemps en liaison directe avec l'Assurance Maladie. Un tel système de "gate keeper" à la Française (le pharmacien) n'existe dans aucun des autres pays membres; pourquoi ne pas le promouvoir !

Et pour conclure, il est important de retenir qu'en l'absence de Directives émanant du secteur santé, c'est la Cour de Justice des Communautés Européennes qui construit le droit, par défaut; c'est donc la jurisprudence qui, peu à peu, cerne le champ du possible. J'ai donc essayé de vous montrer comment une Directive extérieure au secteur santé peu avoir un impact pourtant majeur dans ce secteur. Si nous ne réagissons pas à temps, c'est dans cette forme qu'elle sera promue en fin d'année 2004.

The role of medical certification in sickness absence.

John G. Maeland*

Abstract

In most countries a doctor's written certification is required for absence from work due to sickness or injury. Thus, doctors act as *gatekeepers* for sickness absence compensation.

The purpose of this presentation is to raise some questions regarding the process of sickness certifications with special emphasis of the doctors' role. To what extent can doctors be trusted to provide fair and reliable judgements of work incapacity? Furthermore, to what extent can medical sickness certificates provide information useful for rehabilitation purposes.

Recent Norwegian studies point to a number of weaknesses regarding the value of medical certificates in sickness absence. Most sickness certificates are initiated by the patient and doctors seem to be little able to predict the further course in long-standing sick-listed patients. Medical consultants and National Insurance officers demonstrate very low agreement when evaluating sickness certificates, indicating uncertainly about criteria for intervention. The high number of certificates further reduces the possibility for meaningful consequences of the detailed medical information provided by the doctors.

It is proposed that employers should to a greater extent take the financial and administrative responsibility for short-term absence, while the National Insurance Administration should concentrate on reducing the long-term sickness absence. Doctors should be trusted to manage short-and medium-length of absences according to medical need. The use of medical certificates should as a rule be abolished in short-term sickness absence (under 8 days). The request for detailed medical information should be restricted to sick-leaves extending 16 weeks. This would result in less emphasis on the gatekeeper role of doctors and higher emphasis on the medical professional role.

Introduction

The sick-listing practices of physicians has impact on patients, employers and society but has mostly been neglected in studies of sickness absence. It has more and less been taken for granted that doctors are qualified for the task of sickness certification. However, when rising costs of sickness compensation occur, doctors are quickly blamed for neglect of their gate-keeping function.

The purpose of my presentation is to raise some questions regarding the doctors' role in sickness absence. To what extent can doctors be trusted to provide fair, "objective" and reliable judgements of work incapacity? To what extent do medical sickness certificates provide information useful for administrative and rehabilitation

* Norway

purposes? I shall conclude with some personal opinions on the role of doctors in sickness absence.

In my presentation, I mostly draw on Norwegian experiences. Therefore it is necessary first to give a brief overview of the Norwegian sickness compensation system – which sometimes proudly and other times disapprovingly is described as the most generous sickness compensation scheme in the world.

The Norwegian sickness compensation scheme

The Norwegian sickness compensation scheme gives all employed persons 100% income compensation from the first day of absence for a full year (52 weeks). The employer pays the first 16 absence days of each spell, whereas the National Insurance System covers the remaining.

The law allows up to four spells of self-certification per year, normally limited to three days each. For longer sick-leaves, a doctor's written certification is mandatory.

Doctors are furthermore required to submit an extended sickness certificate if the sick leave exceeds 8 weeks, for a more detailed description of the medical problem, plan of treatment, suggestions for active rehabilitation measures and judgement of functional ability and prognosis.

Annually, more than 1 million spells of doctor-certified sickness absences are recorded among Norway's 2.3 million employees. About one quarter of a million spells last for at least 8 weeks, necessitating an extended sickness certificate. Since most sickness certificates only cover the period between the consultations, the total number of certificates can be assumed to be several millions per year.

The number of sickness days compensated by the National Insurance System has increased with 60% over the last 20 years to now 14 days per employed person per year. This means that the total average sickness absence in Norway is now close to 30 days per year, or 12% of all contracted working days.

Although the sums are far lower, the Norwegian sickness certification system is also a costly enterprise. Direct compensation costs for the sickness certificates have increased to about 100 million NOK or 12 million Euro yearly. A general practitioner spends nearly one-tenth of his working hours on these and other health insurance forms. In addition, The National Insurance Administration uses significant resources on the registration and handling of these forms.

How useful is the information provided by the medical certificates?

Although too little research has been done in this field, some recent Norwegian studies shed some light on the value of the sickness certificates for the National Insurance Administration in their efforts to shorten sickness spells.

One study investigated doctors' ability to predict further sickness absence by asking sick-listing doctors to indicate whether they believed the patient would return to work within the next 4 weeks. Whereas doctors were able to predict the course fairly well in the first two weeks of absence, their predictive ability was less impressive among more long-standing sick-listed patients. Only about half of those patients believed to return to work within the next 4 weeks actually did so. This raises the question of who is in control of the sick-listing: the doctor or the patient.

In another recently published study pairs of National Insurance Administration officers and medical consultants assessed nearly 1000 sickness certificates regarding the potential for limiting the ongoing sick leave by modifying working conditions. Their independent conclusions were compared using the kappa-statistics, which accounts for agreement obtained by chance. Normally, a kappa value below 0.20 is considered to indicate low interrater agreement.

Regarding ordinary sickness certificates, the inter-observer agreement on the potential for active intervention was low both within and between groups of National Insurance Administration officers and medical consultants. Furthermore, the agreement between either observer group and the sick-listed subjects was on the same low level.

When comparing the assessment of cases with extended sickness certificates, the inter-observer agreement increased but was still quite low. Both observer groups were at odds with the opinion of the patients on the need for active vocational measures.

We have done a similar study in which more than 2000 extended sickness certificates were independently assessed by the National Insurance Administration officer and a medical consultant. Although both groups found that about 12% of the certificates lacked enough information about the medical condition, the agreement on which of the certificates this was the case, was disappointingly low (kappa: .16).

Likewise, the two observers only partially agreed on which cases the medical criteria for sickness compensation were not fulfilled and in which cases the National Insurance Administration should initiate actions for return to work, such as making contact with the employer or initiate vocational rehabilitation.

The inter-rater agreement was highest in identifying those who probably would return to work and those who were permanent vocationally disabled.

The 11 medical consultants participating in this study evaluated between 30 and 300 medical certificates each. When comparing how often the consultants were satisfied with the medical information provided, quite varying proportions appeared.

The same variation was found for other assessments, such as whether the medical criteria for sick leave were fulfilled

or whether the sick-listed was found to be permanent vocationally disabled. This variation was not systematic in the sense that some medical consultants were stricter and others more liberal in their mode of evaluating. Although we cannot rule out that some of this variation might be due to inherent differences the cases evaluated by the separate medical consultants, the varying proportions seems to indicate quite subjective and idiosyncratic judgements when medical certificates are examined even by highly trained consultants.

This study was designed as a randomised controlled study to investigate whether such systematic scrutiny of the medical certificates would result in shortening of the sick-leave period or reduce the risk of permanent disability status. When we compared the 2000 cases that were systematically assessed by both National Insurance Administration officers and medical consultants with about 2000 controls handled as usual , we found no difference what-so-ever in the 3-year follow-up period. We may infer that the information provided by the doctors in the extended medical certificates do not influence the course of the sick-leave even if it is read thoroughly.

This leads us to a discussion of:

What are the purpose(s) of sickness certification?

The purposes of sickness certification are at least five:

Medico-legal: to satisfy legal or contractual preconditions for absence from work and economical compensation.
Moral hazard: to avoid unwarranted absence or compensation by means of a professional judgement system
Medical: to ensure that the sick person seeks medical assistance in order to preserve or restore health
Rehabilitative: to get the doctor's advice on possible interventions that might shorten the sick-leave
Administrative: to obtain diagnosis and other administrative data

The sickness certificate is a legal document but also a means of communicating medical information to a third party, namely the payer of sickness benefits. This type of communication is in principle protected by patient-doctor confidentiality, but excepted by law. However, confidentiality concerns obviously is important to consider when the National Insurance Administration yearly receives several million forms containing sensitive medical information and when the demand for such information seems to be growing.

In its simplest form, a sickness certificate states that the person is unfit or unable to work for medical reasons for a given time period. Let us for a moment consider the basis for this declaration.

In evaluating work ability or disability, the doctor should - at least theoretically - consider both the patient's individual functional ability and the work demands. If the person is unable to meet the demands of the work, a state of work disability can be declared.

Already at this point, problems arise. Firstly, doctors are trained to diagnose medical conditions but far less trained in making functional assessments. The language of function is more crude and imprecise than the language of disease labelling. This reflects the complexity of function but also a long-standing neglect by the medical community. Assessment of function now are mostly based on global evaluations, making them inherently subjective.

An even larger weakness is the other side of the equation: the assessment of work demands. Quite often - perhaps in the majority of cases - the doctor has little if any idea of the functional demands of the work. It is no wonder then, that sickness certification in the vast majority of cases is initiated and decided by the patient. This simply reflects that the doctor is forced to rely on the patient's opinion at least when it comes to the initial sickness certification.

The doctor should also pay attention to the reason(s) for the functional gap. Only when the work disability can be explained by a medical disorder, the legal precondition for sickness certification is fulfilled.

Fortunately, the reason for work disability is in most cases a reduction of the functional capacity due to an illness or injury. This has been termed Type-I disability.

However, in other instances, the functional gap is caused by some changes in the work situation, such as introduction of new technology, new tasks or simply increasing demands: type II-disability. This may also be the result of job-loss, when alternative jobs exceed the person's functional capacity.

Often these changes in work occur gradually and incrementally leading to exhaustion and gradual loss of functional capacity in the person: the combined Type-III disability.

Legally, type-II and even many type-III situations are excluded from sickness benefits but we know that doctors not seldom provide coverage for even these types of disability, either due to neglect or by deliberately omitting these facts.

One would assume that the question of extending sickness periods is more in the hands of the doctor, as the medical picture clarifies. As we noted earlier, this may not be the case. Norwegian research indicates that despite doctors' initial attempts to motivate patients to return to work, when the patients stays sick-listed for a prolonged the doctor tends to lend support to his claims for continued benefits even when the doctor thinks this is not medically appropriate. The doctor is caught between the patient's wishes and the society's expectation and tries to find a workable solution to relieve this tension. One option is of course to use his authority to decline further sick-listing. Another is to ally with the patient and provide the necessary arguments for further sick-leave.

Several studies have demonstrated that doctors often feel uncomfortable with the potentially conflicting roles as patient advocate and gatekeeper for the third party. Many would like to relinquish their gatekeeper role, others try to do a conscientious job arguing that nobody else can negotiate better between these conflicting demands.

In addition to evaluating and confirming functional disability and its reasons, the doctors to an increasingly degree is asked to provide extended medical information to the National Insurance Administration. In fact, in Norway doctors are presently required by law to provide the employer with a functional assessment after 4 weeks of absence. The purpose is to help the National Insurance Administration and the employer to assist the sick-listed person back to work. I have previously demonstrated that the National Insurance Administration seems not be able to use this information to initiate successful action. Rather, this requirement of exchange of potential sensible medical information seems to be an administrative routine without any apparent benefits but with certain costs.

This month, the Norwegian government passed a new legislation strengthening the doctor's gatekeeper role in long-term absence by requiring the doctor to explicitly

giving the reason if a person is still fully sick-listed longer that 8 weeks. If the doctor does not comply, the National Insurance Administration can refuse to reimburse his services.

The driving argument for this pressure for early medical information, is the idea of early intervention in sickness absence. It has rightly been observed that the risk of permanent disability increases with the length of the sickness spell. Therefore, it has been assumed that it is essential to plan and initiate rehabilitative measures as early as possible.

Now, there are several arguments against this conventional wisdom. The observation of an increase in disability risk in long sickness spells may in fact simply reflect the seriousness of the medical condition: serious diseases produce longer spells of absence and also higher disability rates.

Another argument is the number problem. Assessment of early intervention will necessarily involve a much higher number of sick-listed persons, than assessments done later in the course.

Some Norwegian data may help to illuminate these relationships. 4000 persons sick-listed for 8 weeks were followed for 3 years. The solid line represents the proportion still sick-listed in the remaining sickness compensation period. As we can se, the proportion fell quickly and was halved over the first 12 weeks of observation. Only about 15% were still out of work after 52 weeks.

The dotted line represents the proportion among those still sick-listed later awarded permanent disability pension. There is an increasing risk for disability as time passes but the increase is rather modest, at least for the first months. In my opinion this shows that the arguments for early intervention is exaggerated.

A further argument is that we still do not know which sick-listed persons are candidates for active interventions, and even more, we do not have effective interventions .Recent experimental Norwegian studies have largely failed to show any effect of early comprehensive rehabilitation programs for sick-listed persons with musculo-skeletal disorders and evaluations of the performance of the early follow-up programs have been discouraging.

Conclusion

My conclusions so far are the following:

- medical certificates seems to be unreliable in terms of defining work incapacity and potential for intervention to reduce sickness absence
- the social security system is not able to make use of the medical information provided
- most medical certificates are written to satisfy the patient's wishes
- the moral hazard of short-term absence is seemingly not influenced by the requirement of medical certification
- doctors are unhappy about their gatekeeping role and adopt strategies to alleviate the tension
- the arguments for early intervention in sickness absence can be questioned

I propose that employers should to a greater extent take the financial and administrative responsibility for short-term absence, while the National Insurance Administration should concentrate on reducing the long-term sickness absence. Doctors should be trusted to manage short-and medium-length of absences according to medical need. The use of medical certificates should as a rule be abolished in short-term sickness absence, i.e. under 8 days. The request for detailed medical information should be restricted to sick-leaves extending 16 weeks. This would result in less emphasis on the gatekeeper role of doctors and higher emphasis on the professional medical role.

Thank you very much for your attention.

Disability evaluation in fifteen countries: operationalisations, organisation and quality control.

W.E.L de Boer.

Abstract

The results of a study on assessment in long term disability arrangements will be presented with particular emphasis on it's significance for EUMASS.
Practices in 15 countries were studied by means of a questionnaire and interviews with several key persons.

Some general conclusions are that on the level of the legal criterion and medical decision making many similarities are found. On the level of administrative categories and process design however, very many differences are found.
The general development may be towards multidisciplinary assessment of functional capacities.

This poses both a threat and an opportunity.
The threat is that doctors will be less in control of the process. The opportunity is to develop our profession and give it a solid place in this important area.

Topics encountered everywhere are about objectivity, empathy, relationship with treating doctors, tension between the general legal criterion and the unique situation of the particular individual.
ICF might help develop our professional language but more is needed.

EUMASS could take initiatives:
- Development of a taxonomy of instruments and their scientifically proven value. Clarification of the norms that are applied by the assessing doctors.
- Research into reliability and validity of the processes as they are carried out.
- Qualification of assessing doctors.
- Quality control taking the legal context into account.

1. Évaluation de l'incapacité de travail dans 15 pays

Il est un grand honneur et un encore plus grand plaisir de pouvoir partager avec vous les résultats d'une recherche internationale sur l'évaluation du handicap.
Il s'agit la d'une recherche qui s'est faite en l'an 2002 et 2003 avec l'aide, parmi autres, de l'UEMASS.

Pourquoi avons nous fait cela ?

Eh bien, en l'an 1990 j'ai assisté au congrès UEMASS à Brème et la j'ai trouvé très difficile de comprendre comment mes confrères à l'étranger faisaient leur travail.
De l'autre coté j'avais l'impression que la comparaison était l'instrument idéal pour mieux comprendre ses activités à soi et peut être trouver des améliorations.
Par conséquent, depuis ce temps j'ai essayé de clarifier notre profession par voie de comparaison internationale.

Au fil du temps j'ai découvert qu'une approche analytique devrait s'orienter sur plusieurs aspects de notre profession à la fois.

L'intérêt du gouvernement Néerlandais a prêté l'occasion de faire l'étude dont nous parlons aujourd'hui

Nous nous sommes donc demandés comment il fallait faire pour faire comprendre notre profession à travers les frontières.

Cela est nécessaire si on veut vraiment apprendre des autres.

Une autre expérience qui m'a incité à faire ce genre de recherche était la tendance des politiciens et de notre management de prendre des détails des pays étranger et les présenter comme des pratiques à copier chez nous sans se demander si ces pratiques étaient possible dans notre contexte.

Il fallait donc une compréhension supérieure des ensembles des pratiques. Une approche de systèmes.

2. Qu'avons nous fait ?

Une comparaison des critères, de l'organisation, de la pratique et de la gestion de qualité.

Nous avons pensé que les ensembles seraient adéquatement décrits avec cela.

3. Comment avons nous fait cela ? En suivant quelle procédure ?

Nous avons d'abord fait une recherche de la littérature, puis nous avons envoyé un questionnaire aux participants et ensuite nous avons mené des interviews avec des participants chez eux et si possible nous avons observés les évaluations.

Pour ceci nous ne nous sommes pas restreints aux approches médicales. Pour bien comprendre les évaluations comme elles sont faites, la médecine ne suffit pas.

Par conséquent, nous nous sommes servis d'approches sociologiques, juridiques, médicales, et aussi psychologiques.

4. Nous avons étudiés d'abord les critères dans les différentes lois.

C'est à dire les définitions, les concepts de l'incapacité de travail et leurs opérationalisations.

Ceci forme une approche sociologique et juridique.

Elle nous apprend plus précisément ce qui doit être évalué par les professionnels.

5. Puis nous avons décrit les script des évaluations différentes, c'est à dire l'ensemble des acteurs.

Une évaluation est ainsi considérée comme un événement qui fait jouer plusieurs acteurs dans des rôles définis.

On trouve évidemment le gouvernement qui impose la loi, mais aussi l'Institut d'assurance sociale qui décide sur les opérationalisations de la loi et qui donne la direction et les conditions de travail des professionnels. Puis il y a bien sur les Professionnels eux mêmes.

En général il s'agit-là de médecins mais il y en a de disciplines différentes.

La plupart des professionnels, étant médecins, est lié avec la communauté médicale qui gère certaines normes, et valeurs et qui a beaucoup de connaissances et d'expertise.
Le client est un acteur par définition.
Un peu moins visibles sont les organismes de supervision qui doivent garantir envers le public que les évaluations soient bien faites.
Finalement les tribunaux jugent si les procédures mais aussi les normes sont bien appliquées.

Tout cela forme une approche sociologique, constructiviste si vous voulez, qui nous fait comprendre le dynamisme des évaluations.

6. Ce dynamisme est illustré par une autre approche aussi :
nous avons étudiés les procédures d'assessment.
Nous nous sommes demandés quelles sont les démarches dans le temps entre arrêt de travail et invalidité.
Et qui fait quoi avec quel type d'information?

Cela forme une approche plutôt business

7. Finalement il y a l'interaction entre le Professionnel et le Client
avec certains instruments et le jugement médical à l'intérieur de nos têtes.
Là il s'agît d'une approche plus classiquement médicale et psychologique

L'ensemble de tout cela donne des descriptions des évaluations dans le domaine de la sécurité sociale qui n'existait pas encore.
Avec des approches tellement différentes il y a une multitude de résultats plus ou moins en détail.

8. Quels sont les Résultats principaux de cette étude ?
Notamment pour l'UEMASS?
Nous avons surtout trouvé des similarités dans les critères de la loi et dans le jugement médical.
Par contre nous avons trouvé des différences dans les catégories administratives et dans le déroulement des procédures d'évaluation.

9. Passons d'abord aux similarités, qui se trouvent donc surtout
dans les critères de la loi et ensuite dans le jugement médical.
Ces similarités sont très importants pour nous car elles nous permettent de comprendre la logique des évaluations et de comparer les évaluations.
Pour l'UEMASS ces similarités sont très important, elles donnent les point de départ du développement professionnel.

10. Quels sont au juste ces similarités ?

Elles doivent vous paraître familiers et je généralise un peu pour éclaircir:
Quelqu'un peut être considéré comme handicapé s'il est :
Incapable de gagner sa vie,
cela doit être permanent,
cela doit être une conséquence de son état de santé
et tous les efforts possibles doivent être faits et n'ont pas eu de succès.

11. Sur le plan du jugement médical les similarités seraient qu'on se sert de normes sociales qui demandent une argumentation médicale et individuelle.

Le noyau de nos activités est formé par les Entretiens avec les clients enrichi avec autres sources d'information.
Nous cherchons à établir une image plausible et consistente.
Il nous faut des compétences sur le contenu socio-médical et sur la gestion de la relation avec le client dans une situation difficile.
Si vous trouvez tout cela évident, notre recherche peut être considérée comme valide.

12 . Les différences se trouvent surtout dans les catégories administratives.

Il faut que j'explique ce terme là.
Les catégories administratives sont des opérationalisations des critères de la loi.
Elles sont faites par les instituts d'assurance sociale parce que ces critères de la loi sont formulés en termes assez générales.
Les catégories administratives sont nécessaires pour des raisons d'efficacité et légitimité. Je vous montrerai quelques différences dans ce domaine.
Elles sont décrites en plus ample détail dans le rapport de notre recherche.
Les différences dans ces catégories administratives se reflètent dans des différences de procédure d'évaluation et dans les instruments dont on se sert.

13. Le critère de l'incapacité peut être opérationalisé de différentes manières :

L'incapacité peut être absolu ou relatif.
Dans le dernier cas elle représente une perte.
Cette perte peut être exprimée sur une échelle comme une perte de 80%, une perte totale, une perte de 2/3.
Ensuite l'incapacité peut être definie comme réaliste ou théorique, c'est à dire en tenant compte oui ou non des possibilités réelles de l'individu.

Le critère de la permanence lui aussi peut être opérationalisée de plusieurs facons :
Une période d'attente très variable, entre 26 semaines et 5 ans
Cette période peut être rigide ou flexible et on trouve des habitudes de Re-évaluation qui sont très diverses. L'obligation de faire des efforts de réhabilitation aussi est maintenue de manières différentes.

14. Comme ces opérationalisations sont différentes, on trouve des procédures et des instruments différents.

Par exemple le nombre et le genre de professionnels qui font les évaluations.

Il y a toujours des médecins conseils, 1 ou plusieurs, mais aussi d'autres professionnels comme des experts de travail, un expert en psychologie peuvent être inclus.

Les démarches précises sont variables elles mêmes ou bien la suite des démarches.

Dans les sources d'information on trouve toujours le client lui-même et le médecin traitant.

Dans ces sources on puise parfois une fois, parfois plusieurs fois, par voie d'entretien ou questionnaire etcétéra.

Mais on peut trouver l'employeur aussi!

Tout cette information est pesée suivant des standards professionnels qui peuvent s'agir de la relation diagnose-handicap ou préciser la procédure de jugement.

En comparaison avec les critères on dirait que les différences sont plutôt technique en non pas fondamental.

15. Passons au contrôle de la qualité.

Il paraît partout limitée.

Qu'est-ce que nous avons trouvé?

À part l'éducation des professionnels qui se fait à peu près partout mais très très variable de durée et de contenue.

On applique surtout l'évaluation du dossier, du rapportage.

Il y a peu de gestion sur l'input.

On noue rarement le résultat des évaluations avec des caractéristiques de l'application pour une pension.

Il y a aussi peu de gestion de procédure, c'est à dire adapter la procédure suivant les caractéristiques de l'application.

Il y a peu de comparaison des résultats entre eux, ce qui se ferait à la recherche de la fiabilité.

Il nous a semblé que dans la gestion de la qualité il y a beaucoup à gagner.

16. Avec cela je vous ai donné une idée générale sur les similarités et différences et leur compréhensibilité.

Les évaluations ne se trouvent pas dans un vacuum mais contrairement dans un environnement social et politique qui les influence beaucoup. Sans trop vouloir spéculer pourrait-on distinguer quelques tendances générales?

Il me semble que L'Évaluation se développe dans une direction fonctionelle.

Il me semble aussi que L'évaluation doit de plus en plus soutenir la réhabilitation et la réinsertion dans le travail.

Par conséquent elle devient de plus en plus pluridisciplinaire

Cela pose des menaces pour nous qui sont pourtant aussi des défis.

Notre profession se trouve à une intersection de biologie et de sociologie, ou nous servons la santé publique et la civilisation.

L'intégration, oui ou non, des gens handicapés dépend pour une partie importante de notre travail.

Tout cela est d'une importance bien trop souvent sous estimée.
Il nous faut sans cesse re inventer notre profession dans des circonstances changeantes.
Que voulons nous donc faire?
Rester passifs et attendre ce qui nous arrivera?
Agir seuls ou dans les bornes de nos organismes?
Aujourd'hui nous pouvons nous demander ce que UEMASS pourrait signifier et contribuer.

17. Je propose que UEMASS cherche à développer un language professionnel, partant de la CIF.

Je propose que UEMASS développe une taxonomie d'instruments d'évaluations à partir des critères juridiques et compétences médicales et psychologiques qui forment le noyau de notre profession.
Je propose que UEMASS se mette à la clarification des normes sociales que nous appliquons.
Je propose que UEMASS promeuve la recherche sur la fiabilité et validité.
Je propose que UEMASS harmonise la qualification des professionnels
Je propose que UEMASS développe des techniques pour la gestion de la qualité.

Avec cela UEMASS deviendra facilement le site international sur l'évaluation du handicap.

Je vous remercie d'avoir bien voulu écouter ce message.

Octobre 2004 :

Une nouvelle nomenclature en France. October 2004 : A new nomenclature in France. La Classification Commune des Actes Médicaux. The Common Medical Consultation Classification.

Dr. Sylvie ALBARET et Mme Annie ALIES PATIN
Chargées de Mission pour la **C**lassification **C**ommune des **A**ctes **M**édicaux (C.C.A.M.)
à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés **(C.N.A.M.T.S.)**

- sylvie.albaret@cnamts.fr- annie.alies-patin@cnamts.fr

En 1996 un important chantier de refonte de la nomenclature des actes techniques médicaux a été lancé en France pour élaborer un référentiel descriptif des actes, moderne, cohérent et remettre à plat les honoraires des praticiens du secteur libéral devenus inadaptés au fil des ans.
In 1996, an important reshaping of the technical medical act designations has been started in France in order to create a descriptive reference list of the consultations, modern, coherent, and to examine for all angles the fees for the private sector practitioners, that became maladjusted with the passing years.

Deux grands types de travaux ont été réalisés :
Two main classes of works have been carried out :

- Le premier a porté sur la rédaction des libellés des actes médicaux, selon une méthodologie structurée pour garantir la non ambiguïté, l'exhaustivité, la maniabilité et l'évolutivité du référentiel résultant. Ce référentiel est appelé la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) car il sera commun aux secteurs public et privé et se substituera aux deux nomenclatures actuellement en vigueur : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM)[2]. Sa construction cogérée par l'état et l'assurance maladie a mobilisé 500 experts des sociétés savantes et a abouti à 7200 libellés.
- The first one dealt with the drafting of the medical consultation wordings, according to a precise methodology, to avoid any ambiguity, to guarantee the exhaustiveness, the handiness and the upgradeability of the resulting reference list.

---

[2] *La NGAP est la nomenclature qui définit les honoraires des praticiens libéraux et le CdAM est le référentiel qui sert, dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) à décrire les actes pratiqués dans les établissement et à moduler la dotation des établissements. Ces deux nomenclatures sont toutes deux plus ou moins obsolètes et, de surcroît, incompatibles entre elles.*

The NGAP is the nomenclature that defines the fees for the private sector, and the CdAM is the reference list used, in the context of the Medicalization of the Information System (PMSI), to describe the acts carried out in the health institutions and in order to modulate the endowment of the establishments. Those nomenclatures are both more or less obsolete, and moreover incompatible.

This reference list is called Common Medical Consultation Classification (CCAM), because it will be common to all the establishments and all the practitioners whatever their area of work (private or public), and it will take the place of the two nomenclatures in effect at the present time: the General Professional Act Nomenclature (NGAP) and the Medical Act Catalogue (CdAM). Its construction managed jointly by the government and the Health Insurance mobilized 500 experts from scholarly companies and lead to 7200 designations.

- Le second a consisté à évaluer les ressources mises en jeu par les praticiens pour réaliser ces actes : le travail médical (combinaison de stress, technicité, temps passé, effort mental) et les charges des honoraires cohérents et équitables. Ces travaux ont été gérés par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). La hiérarchisation du travail a mobilisé 1000 experts des Sociétés Savantes et a permis de classer les 7200 actes techniques médicaux sur une échelle unique de travail médical. Le coût de la pratique a été estimé en collaboration avec le CREDES *(Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé).*
- The second one consisted in evaluating the ressources involved by the practitioners to make these acts: the medical work (combination of stress, technical nature, time required, mental effort needed) and the professional costs (or practice costs), in order to converge on coherent and fair fees. These works have been managed by the National Health Insurance (CNAM). The evolution of this work mobilized 1000 experts from scholarly companies and allowed to classify the 7200 technical medical acts in a unique medical working scale. The cost of the practice has been estimated in cooperation with the CREDES (Centre for the Research, Studies and Documentation in Health Economy). professionnelles (ou coût de la pratique), afin d'aboutir à

L'échelle des actes avec leurs scores de travail médical et de durée sont publiés sur le site de la CNAM : www.ameli.fr.
The scale of the acts and their medical work duration performances are published on the CNAM web site: www.ameli.fr.

Ces travaux servent de base à la négociation en cours.
These works are used as the basis for the negociations in progress.

La CCAM des actes techniques sera opérationnelle à la fois pour le PMSI et pour les honoraires au 1er octobre 2004.
The CCAM for the technical acts will be operational on October, 1st 2004, both for the PMSI and for the fees.

La même démarche est d'ores et déjà lancée sur les consultations et les autres actes cliniques, pour les intégrer à la CCAM en 2005.
The same process has already been started regarding the consultations and the other clinical acts, to integrate them to the CCAM in 2005.

XVe Congrès.
Lille 10-12 juin 2004.
En collaboration avec la Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2

XVth Congress.
Lille 10-12 of June 2002.
In collaboration with "Faculté de Médecine de l'Université de Lille 2"

Organising Committee

Association Scientifique de Médecine d'Assurance (ASMA-asbl)-France.	Union Française de Médecine d'assurances et de sécurité sociales. (UFMASS-France).

Lectures libres.

Free lectures.

Use and implementation of the ICF from a Dutch perspective
Utilisation et application de la CIF : la perspective néerlandaise.

Marijke W. de Kleijn – de Vrankrijker
WHO-FIC Centre in the Netherlands, Bilthoven, the Netherlands

Abstract

Once upon a time (25 years ago) there was a clear need in the Netherlands for a set of definitions and terms in the field of disability. At that time WHO invited Philip Wood in England to prepare a classification which was published in 1980 by WHO as the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Shortly after the ICIDH publication in English the Dutch centre published the dutch translation (May 1981), which stimulated a lot of applications mainly in the field of rehabilitation and allied health professions. The interest in the ICIDH and the applications raised many critical remarks, which stimulated our interest in active participation of the revision process.

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was the final result of the revision process after ten years of international cooperation and compromises. WHO published the ICF in the formal working languages being: Arabic, Chinese, English, French, Russian and Spanish (2001). Other language versions have been prepared by other organizations such as the Dutch (2002), Japanese (2002) and Portuguese (2003) versions. Language versions such as the Slovenian and the Czech version do exist as an informal version and other language versions are still in preparation such as the Servian version. This phenomenon means that the implementaion of the ICF in Europe and abroad are in different stages of advancement.

The Dutch version of the ICF (ICF-NL) is available as a printed version (book) including a CD-ROM (ICF-browser for direct use, ICF in xml-file for use in an electronic sytem and ICF in pdf- file). The use and implementation of the ICF-NL will be described along the lines of the following items:

- implementation strategy,
- dissemination,
- coding, A versus P, qualifiers,
- training,
- measurement,
- maintenance, updating,
- derived and related classifications,
- use of ICD and ICF together,
- subjective aspects.

At the European level we feel that there is a need for more cooperation between countries and existing European collaborating centres. This could be as a European network of centres and country key persons or a twinning system. Furthermore we think that a European classification conference (ICF and other WHO-FIC members) should be envisaged (eg each three years). Exchange of information and experience between European countries should be the aim of such phenomena and events. Both ideas will be presented and participants will be invited to give their views.

At the international (world wide) level we work om improvement of ICF implementation through the WHO-FIC Implementation Committee. The first priorities of the committee are: development of an implementation strategy and a standard framework for the storage of information about ICF use, implementaion, training materials, etc. Draft versions of both will be offered with an invitation to present suggestions.

Résumé abrégé[3]

La version néerlandaise de la CIH a été publiée en 1981. Dès le début, la CIH a soulevé de nombreuses critiques et nous avons décidé de participer activement au processus de révision de la classification. La CIF est le résultat de la révision, publiée par l'OMS en 2001 dans les langues de travail officielles de l'OMS (parmi lesquelles l'anglais et le français). Des traductions en d'autres langues ont été réalisées ou sont en cours ou en projet, effectuées par d'autres organisations. Il découle de cet état de fait qu'en Europe et dans le monde, la CIF connaît des niveaux d'application différents.

La version néerlandaise de la CIF est disponible sous forme d'ouvrage avec un CD-Rom (comprenant la CIF sous formats xml et pdf ainsi qu'un navigateur CIF). Nous décrirons l'utilisation et l'application de la CIF aux Pays-Bas.

Au niveau européen, le besoin d'une meilleure coopération entre les pays et les centres collaborateurs existant en Europe se fait sentir. Cette coopération pourrait être mise en œuvre à travers un réseau européen et un colloque européen sur la classification qui se réunirait sur une base régulière.

Au niveau mondial, nous travaillons à la question de l'application de la CIF à travers le comité chargé de l'application de la famille des classifications internationales de l'OMS (OMS-FCI). Les objectifs prioritaires de ce comité sont : l'élaboration d'une stratégie d'application et la constitution d'une base de données standard sur la CIF (utilisations, applications, matériel de formation, etc.).

Nous soumettrons ces deux projets (niveaux européen et mondial) à la discussion.

Author

Dr. Marijke W. de Kleijn – de Vrankrijker, head
WHO-FIC Centre in the Netherlands
PO Box 1, 3720 BA Bilthoven, the Netherlands
Phone +31 30 274 4267, Fax +31 30 274 4450
Website: www.rivm.nl/who-fic

[3] Avec tous mes remerciements à Catherine Barral pour la traduction française du résumé.

On the Promotion and Application of ICF in Sweden: Actors – Problems – Factors of Success.

Sonja Calais van Stokkom.
Uppsala university

The former WHO-classification ICIDH was published in Swedish 1997, 17 years after the edition in English. The publication of the translated ICIDH was meant to stimulate a more active participation in the ongoing revision process. Therefore also, the different versions ICIDH-2, Beta-1, and Beta-2 were translated in order to facilitate participation in field trials.
Finally, ICF in Swedish, both the short and full versions, were published in the second half of 2002 and an official presentation was held by the National Social Board in March 2003.
In order to describe the promotion and application of the new classification, I have chosen to present different actors, relevant for the further promotion and application, different acknowledged problems in the present discussion and to sum up with what I perceive as factors of success for the further implementation of the ICF in Sweden.

ACTORS

- The **National Social Board** has the official responsibility for classifications like ICD and ICF in relation to authorities and users within Sweden. The board has lead and financed the translation process in different ways. Beside **one leading reference group** including representatives from different branches of the Social Board, **three groups of experts** were formed in order to support in the translations and to initiate and perform field trials. The Expert Groups consisted of one from the field of **Habilitation/Rehabilitation of children**, one from the field of **Rehabilitation of adults and elderly** and one group covering the area of **Psychic disorders and intellectual disabilities**. The National Social Board has published the translations in web versions and finally edited the printed versions in 2002. The groups of experts have published reports from field trials and continue to function in some ways as their members have initiated further conferences, projects and education programs.
- The **Nordic WHO Collaborating Centre for Classifications in Health Care**. The centre is the primary link between WHO and the Nordic countries concerning health related classifications. The centre was represented in the leading reference group, mentioned earlier, and has had an active and important role in the revision process, not the least as exchanging and spreading of information within the Nordic countries. The former head of the centre, Björn Smedby, was the guest editor of a special issue of the Swedish journal "Socialmedicinsk tidskrift" about ICF, its structure and usefulness within different areas. The centre has formed an advisory group - the Nordic Reference Group for ICF. The group started working inspired by the ICF Australian User Guide, developed by the Australian Collaborating Centre for the WHO Family of International Classifications. The intention is to create a Nordic Guide in order to promote the use of ICF in the

Nordic countries. It will probably be available later this year and is meant to be followed by translated national versions with recommendations from the Nordic group. By tradition, the Nordic centre also keeps in contact with the three Baltic states, who are invited to joint conferences.

- **Professional unions – professional organizations**, mainly of physiotherapists, occupational therapists. The paramedical professions have paid a great deal of attention to ICF, collectively and not only individually. It gives a strong pressure to include ICF in the professional university education schedules.
- **SVERI – The Swedish Organization of Rehabilitation International**. This is the umbrella organization for members of RI . RI was rather passive in paying attention to ICIDH - ICF during the revision period, but ICF comes more on the agenda today. SVERI arranges seminars of joint interest for the member organizations in Sweden and has among others discussed ICF and experiences of its use.
- **Universities and Research centres**. Beside the growing interest to give the ICF a sufficient attention in medical and paramedical educational schedules, there are an increasing number of graduate studies and research projects with relevance for the use of ICF. At Mälardalen university, there is a special involvement in the field studies of participation, which has given important results about assessing participation through methods for subjective reports, including persons with intellectual impairments or limitations. Professor Eva Björk-Åkesson is member of the task group for a special version for children and has prepared for the starting field studies. Today, at a number of universities there are special networks for research on disability and they show a growing interest and attention for research using ICF.
- **Rehabilitation clinics and Habilitation units**. Earlier, in many habilitation units for children and adults with impairments and functional limitations, ICIDH as developed further in Quebèc was used for different purposes. The way, the Quebèc model introduced environmental factors and changed the concept of handicap into handicap situations within "life habit" areas was very compatible with the Swedish relativistic concept of handicap. Since ICF in 2001 was endorsed by WHO, it has seemed natural to shift to the new classification. The acceptance of the general model has been non-problematic, but the introduction of the classification for practical use still takes time and energy. At rehabilitation clinics, there have been efforts to study different existing and used instruments for assessing functioning and disability and to analyze how well they can be described by ICF concepts. It is not expected that clinical use will exchange instruments in the short run, but there may be an expectation of development of new instruments in the future built on ICF concepts. The interest for the work with core sets is obviously apparent.
- **The Social Insurance Authority – The National Social Insurance Board**. The board has recommended the use of ICIDH in connection with medical assessment and doctor's certificates. There has been expressed an interest to shift to ICF, but that is still not made. We will expect that to come.

- **The Swedish Handicap Institute** is responsible for development and information about technical aids. The institute still uses the terminology of ICIDH but shows a growing interest in how a shift to the ICF terminology could be done. One factor that perhaps is hindering is the fact that the concept of handicap still is a well accepted term, however used in a different way compared to the definition in ICIDH.

PROBLEMS

It will not be a complete list of problems but a review of some of our discussions lately. In the work with the Nordic user guide, the reference group have had the intention to give some recommendations for use in the Nordic countries, agreed on by the members of the group. The guide should be fully consisted with the ICF. However, ICF itself , at various points, reflects optional approaches and requires more research and more practical experiences.

- **Different levels of knowledge and experience of the ICF**. Every authority, every interested group of people, every concerned person are all aware of the need of information, training etc. Beside the university educations, there are a great demand for information and education. However, my experience is that to many sessions around ICF have very mixed audiences. They may be mixed coming from different professional groups, different activity sectors and different levels of knowledge and earlier experience of the ICF. While ICF is meant to enlighten the communication and cooperation between different professionals in a team, the total mixture in the audience is not favourable for a deeper understanding. Then, everyone is waiting for the next step, which sometimes is not planned. Of course, a condensed information also has a value, but for a more extended use, more education is needed.
- **Dialogue problems between different professions, who are used to specialization**. It is often the occupational therapists, who express the greatest enthusiasm of the new classification. They find it immediately compatible with earlier used terminologies. In rehabilitation and habilitation, where different professions work together, the work does not always function as a real teamwork but as a number of specialists working beside each other. The ICF opens for a clear team situation where every member of the team needs to be familiar with the work of the other team members.
- **Assessment problems. Qualifiers and instruments**. The recommended uniform scale for assessing and quantifying problems is an ordinal scale without criterias for the different scale positions. The effort to give percentages has not given any support for the criterias to be used. We expect that empirical data in the future will give recommendations about criterias for assessment of different variables. We recommend that in clinical use, the used criterias will be documented. There are practical experience showing that a five-point ordinal scale is not always possible. There is also expected that criterias for a more differentiated assessment of the positive no-problem situation should be developed in the clinical use. Many existing instruments are in fact index constructions while ICF presents variables one by one. Should we expect new indexes built on ICF variables?

- **Activity and participation as two distinct perspectives**. The Nordic reference group has had many discussions about the joint set of domains for activity and participation. As we perceive activity and participation as different perspectives, on different levels, we recommend that all use should specify by using a and p coding-prefix. The d-code should only be used when it is not possible to decide on which level – with which perspective – the assessment is. We accept capacity and performance as separate qualifiers for activity, but only performance for participation. The recommendation further is to assess participation principally as a self assessment of the person in question.

FACTORS OF SUCCESS

- A functioning exchange of information about experiences of the ICF in practice.
- Inclusion of the new terminology in legislation, in policy documents, in agreements between different authorities.
- Consultation and an open discussion with organizations of disabled persons.
- Individual enthusiastic persons in different activities.
- To be aware of that it is not a question of all or nothing! More step by step!

Author
Sonja Calais van Stokkom, ass. prof. em.
Uppsala universitet
Box 821
SE-751 08 Uppsala
Sweden
Phone: +46 18 4711182, Fax: +46 18 4711170
sonja.calais_van_stokkom@soc.uu.se

ICF in France: education, uses and network of French speaking European countries.
La CIF en France : formation, utilisation et réseau partenarial francophone européen.

Catherine Barral
Deputy Head of the French WHO FIC Collaborating Centre, Paris, France
Centre Collaborateur français OMS –FCI, Paris, France

Abstract

The first WHO classification of disabilities -ICIDH- published in French in 1988, had been very favourably received in France by public authorities in charge of social affairs and disability, as well as by NGOs of persons with disabilities. First, its conceptual segmentation into three levels of experience of disability (impairment, disability and social disadvantage) was found operational; secondly, the underlying individual model of disability comforted the then dominant representation system of disability in France and the traditional rehabilitation and institutionalisation orientation of our disability policy. However from the nineties on, the notion of accessibilisation of society progressively gained ground as a main condition of the inclusion of persons with disabilities in ordinary educational, employment and life settings. The revision process of the classification, in which France participated actively, took place in the context of this evolution. Therefore, parallel to the criticisms of its scientific and operational quality, it was also felt that the new classification was potentially a useful vehicle for the promotion in France of a systemic model of disability; a model that integrated individual and environmental dimensions and a model that was broadly acknowledged (if not implemented) by the other countries of the European Union.

French being one of the official languages of WHO, a French version of ICF was provided to French speaking countries as early as Fall 2001.

We will describe the various uses, references and applications of ICF in France in terms of education, surveys and legislation since 2002. In the light of these applications, we will show the problems that the implementation of the ICF conceptual model poses. These difficulties stem from two reasons: (i) a sociological and political one: resistance to change related to the economic implications and structural disruption that a real implementation of the systemic model of disability would bring about; (ii) a technical one related to the lack of operational conceptual definitions and to the extreme complexity of the coding system. Finally, we will mention the recent launching of a network of French speaking partners, including trainers, health, rehabilitation and social work professionals, disability studies researchers, from Belgium, Switzerland, Luxemburg, Quebec and France. This initiative of the French WHO Collaborating Centre is meant: (i) to share training resources in order to meet more efficiently the growing demand for training to ICF; (ii) to promote applications of ICF and DCP (Disability Creation Process: Quebec classification, previous to ICF, based on a systemic model too and already applied in French speaking countries) in order to collect and compare data; (iii) to develop a research network on both classifications in a comparative perspective meant to contribute to the improvement of ICF. Once

operational, this network will aim next at developing collaborative work with French speaking countries of North Africa and Africa.

Résumé abrégé

La première classification des handicaps de l'OMS -CIDIH- publiée en français en 1988 avait été très favorablement accueillie en France tant par l'administration de l'action sociale chargée du secteur du handicap que par les associations de personnes handicapées. D'une part on appréciait la qualité opératoire du découpage conceptuel du handicap qu'elle proposait, selon trois niveaux d'expérience (déficience, incapacité, désavantage) ; d'autre part, le modèle individuel du handicap qui la sous-tendait confortait le système de représentation du handicap dominant en France et correspondait à l'orientation traditionnelle de réadaptation et d'institutionnalisation.

Cependant à partir des années quatre vingt dix, la notion d'accessibilisation de la société s'est progressivement imposée comme une des conditions de l'inclusion des personnes handicapées dans les milieux ordinaires d'éducation, de travail et de vie. Le processus de révision de la CIDIH, auquel la France a activement participé, s'est inscrit dans le cadre de cette évolution. Aussi, parallèlement aux critiques faites à la nouvelle proposition de classification, contestée au plan de sa qualité scientifique et opératoire, on reconnaissait aussi que cette classification en préparation pouvait constituer un véhicule utile pour promouvoir en France un modèle systémique du handicap intégrant dimensions individuelles et environnementales, modèle par ailleurs assez largement reconnu (sinon appliqué) par l'ensemble des pays de l'Union européenne.

Le français étant une des langues officielles de l'OMS, cette dernière a mis à la disposition des francophones une version française de la CIF dès l'automne 2001.

Nous décrirons les diverses utilisations, références et applications de la CIF en France en matière de formation, d'études et de recherche, de législation, depuis 2002. A la lumière de ces applications de la CIF, nous montrerons les difficultés rencontrées pour opérationnaliser le modèle conceptuel qu'elle propose. Ces difficultés sont de deux ordres : (i) sociologique et politique en terme de résistance au changement liée aux implications économiques et aux bouleversements structurels que pourrait entraîner une véritable application du modèle systémique du handicap ; (ii) une difficulté technique liée d'une part à l'absence de définitions conceptuelles opératoires, d'autre part à l'extrême complexité du système de codage.

Enfin, nous évoquerons la constitution récente d'un réseau partenarial francophone, regroupant formateurs, professionnels de la santé et de la rééducation, chercheurs dans le champ du handicap belges, suisses, luxembourgeois, français et québécois. Cette initiative du centre collaborateur français de l'OMS pour la Famille des Classifications Internationales a pour objectifs : (i) de mettre en commun les ressources en matière de formation afin de répondre plus efficacement à la demande croissante de formation à la CIF, (ii) de collecter et comparer les données issues d'applications de la CIF et du PPH (Processus de Production du Handicap : classification québécoise, antérieure à la CIF, fondée également sur un modèle systémique du handicap et déjà appliquée dans diverses institutions belges, suisses ou françaises), (iii) de développer un réseau de recherches et d'études sur l'une et l'autre classifications dans une perspective comparative en vue de contribuer à l'amélioration de la CIF. Une fois opérationnel, ce réseau mettra en oeuvre des collaborations avec les pays francophones du Maghreb et d'Afrique.

Author
Catherine Barral
Centre Technique National d'Etudes et de Recherche
sur les Handicaps et les Inadaptations
236 bis rue de Tolbiac
75013 Paris
France
Tel. +33 1 45 65 59 09
Fax +33 1 45 65 44 94
c.barral@ctnerhi.com.fr
http://www.ctnerhi.com.fr

ICF in German Statutory Health Insurance.
La CIF dans l' assurance-maladie en Allemagne.

Elisabeth Nüchtern
MDK Baden-Württemberg, Lahr/Schwarzwald, Germany

Abstract

Germany's Statutory Health Insurance (SHI) as an important branch of the social security system has gradually implemented the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and its forerunner, the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). The process started with the issue of the second German translation of the ICIDH in 1995. ICF has replaced ICIDH since 2003. As a part of the SHI, the Medical Service of the SHI (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK) has been involved in the implementation of the ICIDH and ICF.

This presentation provides

- a survey of important SHI documents which are based on ICF or ICIDH,
- a short report on the application of ICIDH and ICF,
- an outlook at the perspectives of ICF in Germany's SHI.

SHI documents based on ICIDH or ICF (selection):

- Common Framework Recommendation Concerning Complex Medical Prevention and Rehabilitation established by all German statutory health insurances and 26 other federal organisations (1999)
- Framework Recommendation of the Federal Rehabilitation Council Concerning Out-Patient Rehabilitation (2000)
- Guidelines for Prevention and Rehabilitation Assessment by the MDK (2001)
- Directives of the Federal Standing Committee of Physicians and Health Insurances Concerning the Prescribing of Physiotherapy, Speech Therapy and Occupational Therapy paid for by the SHI (2001)
- MDK-Manual for the Assessment of Geriatric Rehabilitation (2002)
- Agreement on Quality Standards for Prevention and Rehabilitation Measures between the National Associations of Health Insurances and the Elly-Heuss-Knapp-Foundation for mothers in need of health care and recuperative measures ("Müttergenesungswerk") and similar organisations (2003)
- Rehabilitation Directives of the Federal Joint Committee (2004)

Application of ICIDH and ICF

ICIDH has been applied in management plans by some physicians in outpatient and inpatient rehabilitation institutions since the publication of the second German translation of ICIDH in 1995.

The application of ICIDH in sociomedical assessment was initiated by the MDK in 1999.

Since 2001, consequences of disease have had to be described in terms of ICIDH in applications for prolonging a rehabilitation measure paid for by the SHI.

Since April 2004, physicians have been obliged to complete a standard form to prescribe rehabilitation measures paid for by the SHI, including not only diagnosis, case history, abnormal findings and previous treatment, but also in particular

- impairments
- activity limitations and participation restrictions
- contextual factors of relevance.

Perspectives and recommendations

ICF – a classification not only for rehabilitation!

In Germany, ICIDH as well as ICF have been particularly applied in the field of rehabilitation. Rehabilitation, however, represents only a small part of the tasks of SHI (less than 2 percent of its annual budget of about 140 billion €). We need ICF in further areas of the SHI and the MDK, as a tool to maintain and improve the quality of decisions.

ICF – a uniform language for European physicians in insurance and social security!

We still face obstacles and resistance to the ICF application in Germany, because the classification is more complex than ICIDH and the time-consuming encoding procedure does not fit to our shortage of resources. To convince people of the ICF benefits, we would welcome efforts to make the ICF more user-friendly. Germany's SHI has made important progress to implement the ICF – but there remains a long way to go.

Résumé

En Allemagne, la CIH et la CIF ont été successivement introduites dans la communication entre les caisses-maladie, les autres institutions, les médecins et le service médical des caisses-maladie (« MDK »).

La présentation traite les sujets suivants :

- les documents de base des caisses-maladie en Allemagne qui se réfèrent à la CIH ou à la CIF,
- l'application pratique de la CIH et la CIF par les caisses-maladie et le MDK en Allemagne
- les perspectives de la CIF par rapport à l' assurance-maladie.

Quelques exemples des documents de base qui se réfèrent à la CIH ou à la CIF :

- La Recommandation de cadre commune concernant les soins de prévention et de réadaptation hospitalière et ambulatoire du 12 mai 1999
- La Recommandation de cadre du conseil fédéral de réadaptation concernant la réadaptation médicale ambulatoire du 20 octobre 2000
- Les Directives pour les expertises en matière de prévention et de réadaptation du service médical des associations fédérales des caisses-maladie du 12 mars 2001
- Les Directives du corps fédéral des médecins et des caisses-maladie concernant les traitements paramédicaux du juillet 2001
- Le Manuel du MDK en matière de réadaptation gériatrique du 12 décembre 2002

- Les Profils de performance pour les centres de la fondation Elly Heuss-Knapp des cures pour les mères et les institutions similaires, convention du 1er août 2003
- Les Directives pour la réadaptation médicale du 1er avril 2004.

L' application de la CIH et de la CIF

La CIH a été appliquée par quelques centres de réadaptation médicale à partir de 1995, au sein du MDK à partir de 1999, par des centres de réadaptation à partir de 2001, par des médecins conventionés prescrivant des prestation de réadaptation dans l' assurance-maladie à partir d' Avril 2004.

III. Les perspectives

Nous devraient exploiter la CIF pour d'autres domaines outre la réadaptation médicale.
La résistance toujours existante vis-à-vis la CIF doit être brisée en mettant en valeur les avantages pratiques. La CIF peut contribuer à augmenter la qualité des expertises médicales dans un contexte très complexe et différencié. Les expériences qu' a fait le service médical avec la CIH en Allemagne en font preuve. En plus, la CIF d' autant que point commun unie nous médecins d'assurance et de sécurité sociale à travers les pays d' Europe.

Author

Dr. med. Elisabeth Nüchtern
MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schwarzwald
Germany
E-mail: e.nuechtern@mdkbw.de

Biopsychosocial ICF model compromising between medical and social definition of disability.

CIF modèle biopsychosocial compromis entre les définitions médicale et sociale du handicap.

Seija Talo
Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, Finland
Stakes, Centre national de recherche et développement pour l'action sociale et la santé, Helsinki, Finlande

Abstract

The biopsychosocial approach has been wished to balance between the contradictive concepts of medical and social approach. The former blames individual and the latter environment for functional limitations. As a biopsychosocial model WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health is supposed to take into account not only the individual bio- and psycho-factors but also the environmental context contributing to individual disablemenet. Therefore, its evidence in settling the disability issue has been waited for.

It cannot, by no means, guarantee the ability of the biopsychosocial (BPS) model to improve the situation of persons with disabilities. However, in Finland the theoretical assumption that the "biopsychosocial approach" is a justified procedure to describe persons' functioning, disability and health has been taken seriously. Therefore, already the predecessor of ICF, ICIDH, was translated to Finnish in 1985. The ICF-translation is currently in print.

In every “CF-country”, a lot of attention is nowadays paid to the development of qualifiers and assessment instruments for functioning, disability and health. In the Finnish educational programs it is emphasized that before proceeding to determine qualifiers the conceptual system behind the operationalizing the concepts should be understood and used in unified way. Therefore, in educational programs clarifying the concept of the "biopsychosocial approach is underlined.

The dissemination process of ICF-classification in Finland has started by means of seminars (ABC-schools for ICF) in which the consensus is searched for common understanding of the ICF-language to be used generally in clinical tasks and data documentation, speeches and lectures, articles and writings. We also started discussions about transforming the language of different types of vocabularies, documents and research reports into “ICF-language”. Also, in the first seminar the small groups of clinical workers were gathered in order to start coding piloting. The following conceptual structure was schemed to form the conceptual basis of coding: the uppermost umbrella term, such as Functional status/ wellbeing / Quality of life is an abstraction needing more concrete indicators, such as Functioning, Disability and Health, the concrete indicators of which are determined in the biopsychosocial context as physical, psychological and social determinants (the BPS-model). The combined model of BPS- and ICF-approaches demands that components of Body functions and structures,

Activities and Participation are each described from bio-, psycho- and socio perspectives. This means that the core-sets of the ICF-categories are selected and grouped by multiprofessional teams in nine areas.

In Finland ICF-terminology is not yet included in any formal administrative system. We are taking the preliminary steps in getting the clinical and other practitioners to find the meaning of using ICF in their everyday work. As basic principle of clinical work performed in the ICF context the biopsychosocial approach is emphasized. Missing the practical possibilities to assess every item of ICF in bio-, psycho- and socio terms the skillful, multiprofessional teamwork is expected to take the responsibility of doing its assessment tasks in justified way.

Résumé abrégé[4]

Pendant des décennies une approche biopsychosociale qui définirait le handicap en composant avec les concepts contradictoires de l'approche médicale et de l'approche sociale a été attendue. Alors que la première de ces deux approches tient l'individu pour responsable de ses incapacités fonctionnelles, la seconde décrit l'environnement comme producteur du handicap individuel. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS est considérée comme un modèle biopsychosocial qui prend en compte non seulement les facteurs biologiques et psychologiques individuels mais également les facteurs environnementaux contextuels. La question se trouve ainsi résolue.

Cette présentation n'est malheureusement pas en mesure de démontrer la capacité du modèle biopsychosocial (BPS) à améliorer la situation des personnes handicapées. Cependant, en Finlande, l'assomption théorique selon laquelle l'approche biopsychosociale est une procédure justifiée pour décrire le fonctionnement, le handicap et la santé des personnes est prise très au sérieux. C'est pourquoi le concept d' "approche biopsychosociale" est interprété de façon unifiée.

A l'heure actuelle, une grande attention et de nombreux débats sont consacrés à l'élaboration des codes qualificatifs et à la programmation de l'évaluation du fonctionnement, du handicap et de la santé. On considère toutefois, qu'il n'y a pas d'urgence en la matière tant que le système conceptuel qui sous-tend l'opérationnalisation n'est pas interprété et utilisé de façon homogène et systématique.

C'est la raison pour laquelle la diffusion de la CIF en Finlande a été engagée sous forme de séminaires (Classes ABC pour la CIF) dans lesquels on s'efforce de rechercher un consensus sur l'utilisation commune acceptée et unifiée du système conceptuel et du langage, dans les discours, les écrits, les vocabulaires, les documents et les rapports de recherche. Le premier séminaire était centré sur le contexte général dans lequel la CIF s'inscrit et les buts de son utilisation ; le second était consacré à la sélection et à l'adoption des concepts communs qui serviront de base aux applications futures de la classification. La structure du système conceptuel est la suivante : les termes génériques supérieurs tels que état fonctionnel/bien-être/qualité de vie sont des abstractions qui requièrent des indicateurs plus concrets, tels que fonctionnement, handicap, santé qui à leur tour sont trop abstraits pour être mesurés en tant que tels. Leurs indicateurs concrets sont des déterminants physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent être décrits en combinant les modèles CIF et BPS. Dans le cadre de ce modèle combiné, les composantes de fonctions et structures anatomiques, activités et participation peuvent être décrits dans une perspective biologique, psychologique et sociale. Ainsi se trouvent

[4] Avec tous mes remerciements à Catherine Barral pour la traduction française du résumé.

ajoutés neufs domaines, chacun définis par une sélection spécifique de domaines et catégories de la CIF. Ces sélections sont établies par consensus entre équipes pluridisciplinaires. Théoriquement les sélections professionnelles peuvent conduire à une image fragmentée du comportement humain, dont chaque item doit toujours être décrit et évalué dans la triple perspective bio, psycho, sociale. En l'absence de possibilité d'utiliser cette forme compréhensive d'évaluation, un travail d'équipe compétent devra justifier sa démarche d'évaluation.

Author
Seija Talo, Ph. D.
Stakes, National Research and Development Centre for Welfare and Health
Lintulahdenkuja 4
FIN-00530 Helsinki
Finland
Mail Address P.O.Box 220, FIN-00531 Helsinki, Finland
Phone: +358 9 3967 2670
Mobile: +358 50 351 7529
email: seija.talo@stakes.fi

The Feasibility of Using the ICF as a frame of reference for establishing the prevalence and impact of disability in Ireland.

Donal F. McAnaney (1), Anne Good (2)

(1) Rehab Group, Ireland, (2) National Disability Authority, Ireland

Abstract

For the ICF to have a significant impact on transforming the way that jurisdictions respond to disability, it is essential that ICF driven data is available to opinion formers, organisations of people with disabilities, legislators and purchasers of services. The challenge of transforming what is generally accepted to be a complex classification system into a genuinely useful tool for producing valid and useful national and local statistics must be addressed if systems are to learn and innovate. The National Disability Authority (NDA) and the Department of Health and Children in Ireland have both taken up the challenge and have engaged in separate but complementary initiatives designed to incorporate the ICF model into data collection. The NDA is concerned to utilise the ICF as the basis for a national disability study to be completed every 5 years and the Department of Health and Children through a National Physical and Sensory Disability Database (NPSDD) initiative has attempted to integrate the ICF model into a database to document the service needs and gaps of people with disabilities and the level of current service provision at both a local and national level. This data is to be used to determine future investment and resource needs.

Both organisations have piloted ICF based approaches to data collection, in one case in terms of a survey instrument administered to a randomly selected sample and in the other case in terms of integrating a number of key questions into a questionnaire designed to document individual service needs and provision at a local level.

The results of both pilots have been generally positive. The NDA questionnaire was evaluated as working well, response rates were high and the actual interviewing stages were positively received by the population in question. The NPSDD carried out a series of focus group consultations and piloted a Measure of Activity and Participation (MAP). The response of people with disabilities to MAP was extremely positive. This measure is being integrated into the new version of the database.

This presentation provides an overview of the results of both pilot initiatives and draws some conclusions with regard to the key issues facing statisticians, policy makers and people with disabilities if the ICF is to be effectively deployed as a tool in achieving more accurate and more relevant estimates of disability within the community and within society.

Author

Dr. Donal McAnaney, Director
Department of Research & Innovation, Rehab Group
Roslyn Park, Beach Road, Sandymount
Dublin 4, Ireland
Tel: +3531 2057299, Fax: +3531 2057211, donalmcananey@rehab.ie, Web: www.rehab.ie

ICF and evaluation of work disability in social insurance. What are they about? What is their relationship? What is the use of ICF in disability evaluation?

Wout E.L. de Boer[5], Ghislaine Bruls,[6] Freddy Falez[7]

1 What are they about?

Evaluation of disability for work, as it is practised in different countries, can be looked upon from different angles. One is from the legal point of view from which one can see very different arrangments (CoE, Brunel). Another angle is the medical one, the angle of the evaluating professional, from which one can see more similarities (Waddell, Boer). Here we take the latter one as that suits better the activities of EUMASS.

Disability for work, more in particular full incapacity for work, is everywhere about the following questions:

Does this person meet the social norm of being entitled to exclusion form work? Is he, so to speak, sick enough? Very often the question of disability is a relative one: did this person loose 2/3 of his earning capacity?

Disability is expressed as a gradual phenomenon on a single axis: a percentage, two thirds, full or not full.

Partial disability is about the question what capacities this person has and what the value is of these capacities. We do not go into partial disability in this article.

A time perspective is always connected to it: permanence. This brings in an approach of rehabilitation which leads to the following questions:

Can anything be done about his disability?

Has he done what can be reasonably expected from him?.

Disability evaluation can be performed with several goals in mind: qualification for a pension, qualification for work and qualification of potential for rehabilitation. Here we concentrate on the first.

[Fig Viaene?]

ICF: classification of functioning, impairments etc. ICF is an internationally approved concept of disability, consisting of several constituting factors: Health status/ impairments, body structure and function, activities, participation, environmental factors and personal factors. These factors are connected as shown is figure 1.

---

[5] Senior researcher and consultant, TNO, Hoofddorp

[6] Medical Adviser ….

[7] Medical advisor, Direction Etudes, Union Nationale des Mutualités Socialistes, Laboratoire de médecine légale, Université Libre de Bruxelles (Belgique).

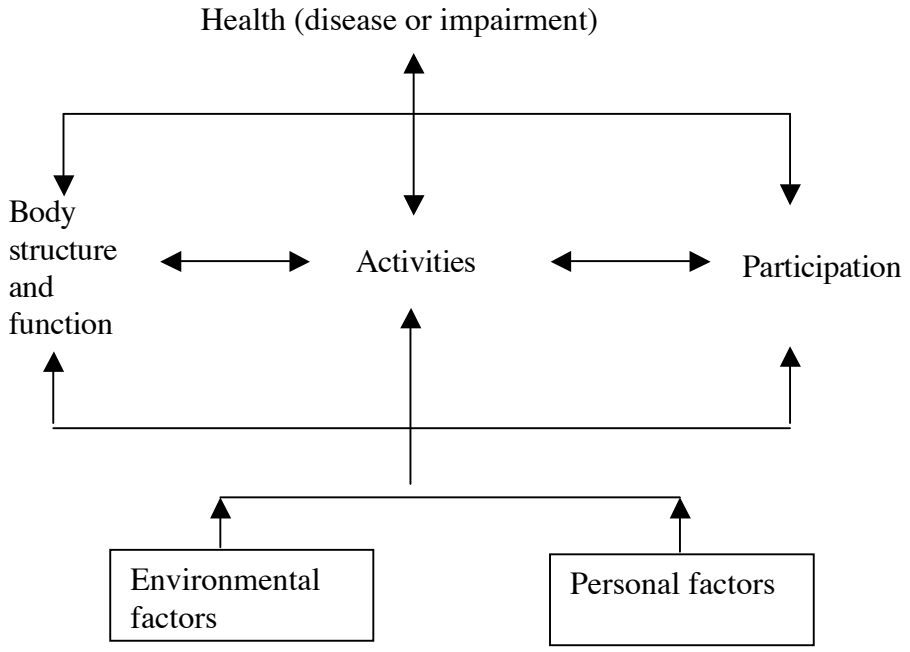


Figure 1: ICF

As ICF is new and internationally approved after a huge project of drafting (WHO), and as disability evaluation in social insurance is in need of concepts (Willems, Boer), the question arises as to the value of ICF in disability evaluation. EUMASS installed a working group to address this question.

2 Methodology

In order to answer the questions that are mentioned above, we had several meetings with experts from different countries (B, F, D, Nl) We used our practical experience and tried concepts in the practice of disability evaluation. We did so in an iterative process of case analysis and conceptual discussion, supported by reported and ongoing research that we were familiar with.

3 Results about their relationship

Conceptually:
ICF describes and classifies a part of the disability in social insurance: the functional state of the individual in relationship to participation and personal and environmental factors. A gradation exists in rough parameters for several items. Personal factors and environmental factors are not operationalised.

Social security disability comprises: structure, function, activities and participation on a time perspective and with regard to rehabilitation. This overlaps with a part of ICF. The environmental factors and personal factors are ruled out for decisions in social insurance. Social insurance demands consistency of the clinical picture with the other aspects. It also requires a decision on severity of impairments, restrictions of functioning and limitation of participation. Finally social insurance evaluation is about permanence and, most often, on loss with regard to the individuals previous condition or with regard to a social average.

Table

In practice:
In actual evaluation we all felt that personal and environmental factors are included in our clinical judgment and later on are, to different degrees and in different subjects, discarded as arguments for disability. We also noted that it is possible to describe cases transnationally into the same ICF terms, see below. Consequently, ICF can be used as a language to express our results in: a specification of our output (Output is the doctor's opinion on clients possibilities, not on his actual activities; a theoretical judgment, cf Nordenfelt). To classify we look at body function, body structure and activities and participation. We do use environmental factors and personal factors as information to validate but not as an output of the evaluation. Practitioners would start with structures, and thereafter with functioning.
A problem is to administer qualifiers: how severe are the impairments and disabilities? Are they to be qualified in an absolute manner or a relative one and in the last case, relative to what? [Ambiguous] Small can be important: enough to lose one's job. The notion of severity is charged with being arbitrary, discretionary and so prone to subjectivism. How to agree on Mild, Moderate, Severe and Complete? By way of development of consensus?

4 Conclusions

ICF can be seen as a tool to enhance transparency. This would serve public health purposes and research. It would also improve professional quality of care.

It would make clear in which cases it is predominantly the situation, rather than the individual that accounts for disability. To that purpose these aspects would have to be investigated and registered. This might also show that the central position of the medical evaluation is not quite adequate. [multidisciplinary]

ICF could be a tool to justify our decisions: relationships between activities and disability could be established. That is yet to be done. ICF does not however, include reintegration behaviour or prognosis.

ICF is not helpful in the aspect of loss: we do not see how to include the individual or general norm into ICF classification as these are too individual and fluid.

ICF as a tool for decision making? To some extent it is obviously the case: ICF can

partly be seen as a specification of the report that the doctor has to make. Therefore it influences the procedures the doctor will use to reach a decision. In the Netherlands interview protocols have been drafted that rely on the same ideas as the ICF (Boer, Spanjer, Wijers)
On the other hand the tool for decision making is very limited. Is it possible to retrieve all necessary information? Methods of examination are not included in ICF or connected to it. Using ICF can easily suggest a level of detail, consistency and objectivity that does not correspond with the capacities of the evaluator.
Furthermore we feel that personal factors, motivation, coping and environment are important elements in our decision making. ICF does not describe these in sufficient detail.

Moving from medical evaluations to functional ones is what ICF makes necessary. It is intellectually difficult in the sense that it requires another paradigm of evaluation. Different topic of diagnostic, different decision making. Education is necessary! Applying ICF probably takes more time and effort on the side of the doctor.

From existing functional coding (FML in the Netherlands, PCA in the UK) to ICF takes time for development and implementation. In the Netherlands all jobs that are used for matching in disability evaluation would need to be recoded.

CIF et évaluation de l'incapacité de travail en assurance sociale. Définitions. Relations entre CIF et incapacité de travail Quelle pourrait être l'utilité de la CIF dans l'évaluation de l'incapacité ?

Wout.E.L. de Boer[8], Ghislaine Bruls[9], Freddy Falez[10]

Définitions.

L'évaluation de l'incapacité de travail peut être considérée sous différents angles.

L'angle légal varie en définitions différentes. (CoE 2001, Bolderson ea 2002) Par contre, l'approche médicale, l'évaluation professionnelle, présente plus de points communs (Waddell 2003, Boer ea 2004). C'est cette approche qui est ici analysée, car elle correspond mieux aux objectifs de l'UEMASS.

L'incapacité de travail.

L'incapacité de travail et plus particulièrement l'incapacité totale de travail correspond aux interrogations suivantes :

La personne rencontre-t-elle la norme sociale qui aboutit à la reconnaissance de son incapacité? En d'autres mots, est-elle suffisamment malade ? Peut-on agir sur cette incapacité ? A-t-elle fait ce qu'il est raisonnablement attendu d'elle ? Très souvent, l'incapacité est exprimée de manière relative : cette personne a-t-elle perdu les 2/3 de sa capacité de gain?

L'incapacité peut être traduite comme un phénomène graduel sur un axe linéaire : un pourcentage, deux tiers, complète ou incomplète. Une perspective temporelle lui est toujours associée : la permanence. Ceci mène à une approche de réhabilitation.

L'incapacité partielle.

L'incapacité partielle pose la question des capacités résiduelles de la personne et de la valeur de ces capacités. Il s'agit là d'une autre évaluation. Nos n'aborderons pas l'incapacité partielle dans cet article.

L'évaluation de l'incapacité

L'évaluation de l'incapacité comprend un examen du client dans lequel l'établissement de données médicales est inclus. Dans différents pays l'examen est protocolé de manières très diverses. Les instruments utilisés paraissent différer aussi. En Allemagne il existe par exemple des standards diagnostics, au Royaume Uni un schéma d'examen fonctionnel, aux Pays Bas des standards fonctionnels et de procédures (Boer e a 2004) Par conséquent les évaluations en pratique sont difficiles à comparer. En tout cas il semble commun que le médecin évaluateur décrit la situation médicale et sociale du client, décide sur cette situation en relation avec la situation antérieure ou normale de cet individu et sur la permanence de la situation rencontrée.

---

[8] Senior researcher and consultant, TNO, Hoofddorp, (Pays-Bas)

[9] Médecin conseil….

[10] Médecin Conseiller, Direction Etudes, Union Nationale des Mutualités Socialistes, Laboratoire de médecine légale, Université Libre de Bruxelles (Belgique).

CIF : Classification internationale du fonctionnement et du handicap.

La CIF est une classification internationalement approuvée du concept d'incapacité reprenant différents facteurs constitutifs : état de santé, handicaps, structures de l'organisme et fonctions de l'organisme, activités, participation, facteurs environnementaux et facteurs personnels

La CIF a été récemment approuvée internationalement après un énorme travail préparatoire. Comme l'évaluation de l'incapacité est à la recherche de concepts (Willems 2000, Boer 2004), la question posée est de savoir quelle est la valeur de la CIF dans l'évaluation de l'incapacité. L'UEMASS a formé un groupe de travail concernant cette question. Ce groupe de travail a remis une première communication lors du congrès d'Oslo (2002)[11] Il a poursuivi ses activités pour évaluer ce problème.

Méthode.

Afin de répondre aux questions posées ci-dessus, le groupe de travail a réuni des experts de différents pays (Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas). Usant de leurs expériences, ils ont testé les concepts dans la pratique de l'évaluation. Il s'agit d'un processus itératif d'analyse de cas et de discussions conceptuelles, supportées par des rapports de recherches en cours avec lesquelles les experts sont familiarisés.

Résultats concernant le cadre relationnel.

Concepts

La CIF décrit et classifie partiellement l'incapacité en assurance sociale. Le fonctionnement de la personne en relation avec les facteurs personnels et environnementaux. Il existe une gradation en paramètres assez frustes pour différents items. Les facteurs personnels et environnementaux ne sont pas détaillés.

L'incapacité de travail en sécurité sociale.

L'évaluation recouvre une partie de la CIF : structure de l'organisme, fonctions de l'organisme, activités et participation, avec une perspective temporelle concernant la réhabilitation. Les facteurs environnementaux et personnels ne sont pas utilisés. Ici se pose la question de savoir si cette façon d'évaluer la personne en ignorant son environnement et ses facteurs personnels est fondée. L'assurance sociale demande une cohérence entre le tableau clinique et d'autres aspects. Elle demande aussi une décision concernant la sévérité des handicaps, limitations du fonctionnement et restrictions de participation. Finalement, l'évaluation en assurance sociale concerne la permanence de l'état, et, le plus souvent, au vu de la condition antérieure des personnes et au regard d'une norme sociale.

En pratique.

Tous les experts constatent que les facteurs personnels et environnementaux sont inclus dans leurs jugements cliniques, puis, écartés comme arguments d'incapacité. Ils constatent également qu'il est possible d'exprimer les cas de manière transnationale dans les mêmes catégories de la CIF (voir ci-dessous.)

En conséquence, la CIF peut être utilisée comme un langage permettant la description

[11] Le groupe de travail consiste, outre les auteurs, des personnes suivantes : F Corias (F) M Duvoux (F) A Ingenbleek (B) K Leistner (D) tous médecins conseil dans l'assurance sociale.

des cas de la manière suivante: expression de notre résultat, i.e. l'opinion du médecin concernant les possibilités du patient et non sur ses activités actuelles ; il s'agit d'un jugement théorique. Pour la classification, nous observons les fonctions de l'organismes, les structures de l'organisme, les activités et la participation du patient. Nous utilisons les facteurs environnementaux pour fonder notre évaluation mais non entant que résultat de l'évaluation. En tant que praticiens, nous démarrons l'évaluation par les structures et fonctions de l'organisme et nous terminons par le fonctionnement de la personne.

La C.I.F. pose ici la question de savoir ce qu'il faut évaluer : les répercussions des déficiences des structures et des fonctions de l'organisme sur les capacités (évaluation purement théorique dans un environnement uniforme n'exerçant aucune influence facilitatrice ou d'obstacle) ou une évaluation *in concreto* du fonctionnement de la personne, avec son état de santé, dans un environnement réel.

L'utilisation des qualificateurs pose un autre problème : quelle est la sévérité des handicaps et des incapacités ? Doivent-ils être qualifiés de manière absolue ou relative, et alors, relative à quoi ? Un léger handicap peut être important, suffisamment pour perdre un emploi. La notion est ressentie comme chargée d'arbitraire et prône ainsi la subjectivité. Comment se mettre d'accord sur les termes « léger, modéré, sévère et complet » ? Consensus ? Se pose ainsi le problème de la fidélité des décisions des médecins-conseils. La CIF permet-elle d'améliorer cette fidélité et de diminuer ainsi la subjectivité ?

Conclusions.

La CIF peut être considérée comme pouvant augmenter la transparence. Ceci devrait servir les recherches et questions en santé publique. Elle devrait aussi améliorer la qualité professionnelle des soins.

Il faudrait éclaircir la question de savoir dans quelle mesure l'évaluation porte sur l'interrelation entre le patient et son environnement. Les médecins évaluent l'état de santé de la personne, mais pour ce faire, ils tiennent peu ou prou en compte sa relation avec son environnement. Ces aspects devraient être étudiés et enregistrés. Ceci pourrait en outre démontrer que la position centrale de l'évaluation médicale n'est pas nécessairement adéquate. Le médecin peut certes évaluer les répercussions fonctionnelles des déficiences corporelles, mentales ou des fonctions de l'organisme. Le patient quant à lui, fonctionne dans un environnement qui n'est pas neutre. L'incapacité de travail est en fait un problème complexe et interactif entre le patient, l'environnement professionnel et social, les bénéfices éventuels ou les désavantages qu'il retire de son incapacité. Le médecin expert ne peut à lui seul répondre à toutes les questions qui se posent.

La CIF pourrait être un instrument pour justifier nos décisions. Cela demanderait que les relations entre handicaps et activités soient établies. Ceci reste à faire. D'autre part, la CIF n'inclut pas le comportement de réintégration ni de pronostic.

La CIF ne nous aide pas dans l'aspect de la perte. Nous ne voyons pas comment inclure la norme individuelle ou générale dans la classification car ils sont trop individuels, trop implicites et trop fluides.

La CIF peut être un outil d'aide à la décision : elle peut être partiellement vue comme une caractéristique du rapport que doit établir le médecin. Pour cela, elle influencera les procédures qu'utilise le médecin pour élaborer une décision. Les protocoles d'entretien pour l'évaluation de l'incapacité qui ont étés esquissés aux Pays Bas ont été fondés sur les mêmes idées que la CIF (Boer ea 1997, Herngreen ea 1988, Spanjer 2002, Wijers 1996.) D'un autre côté, l'outil d'aide à la décision est très limité. Est-il possible d'y

retrouver toute l'information nécessaire ? Les méthodes d'examen ne sont pas intégrées dans la CIF ni ne lui sont connectées. L'usage de la CIF peut aisément suggérer un degré d'objectivité dont l'évaluateur n'est pas capable. En outre, nous ressentons les facteurs personnels tels que la motivation et le « coping » et l'environnement comme des éléments importants de notre décision. La CIF ne les décrit pas de manière suffisamment précise (Nordenfelt 2003). La CIF doit être utilisée en tant qu'outil de synthèse des constatations médicales. Le bloc des catégories « travail et emploi » du chapitre 8 du domaine des activités et participation renseigne sur le degré de participation du patient dans ce domaine et une information indirecte sur ses motivations. De même, le domaine des facteurs environnementaux donne des informations sur l'environnement au travail, les attitudes des relations proches (famille, supérieurs hiérarchiques etc.), les politique s en matière d'emploi et de rééducation professionnelle qui peuvent être utilisés pour décrire l'environnement dans lequel se meut le patient.

La CIF rend nécessaire le passage des évaluations médicales vers l'évaluation fonctionnelle. Intellectuellement, ce processus est difficile car il suppose un autre paradigme de l'évaluation. Une autre manière de diagnostic, une autre manière de prise de décision. Une formation est nécessaire. L'application de la CIF demande probablement plus de temps et d'effort pour le médecin.

Par apport à d'autres modes de codage fonctionnel (FML aux Pays-Bas, PCA au Royaume-Uni), la CIF prend du temps de développement et d'implémentation. Aux Pays Bas, tous les travaux utilisés pour le croisement de données en évaluation de l'incapacité devraient être recodés.

Challenges and changes in the administration of the Hungarian disability assessment system.

Dr. Ferenc Móricz, Dr. Ilona Kislaki Hungary

Like the other European countries Hungary has to face the growing expenses of disability pensions.
In our paper we would like to show not only the reasons for this process but the possible solutions too.

According to our examination the factors responsible for increasing expenses are the following.

1. Demographic and epidemiological changes of population
2. Effects of the transitory state from the former socialism to the present market economy in our region (Central-East Europe)
   - Effects of globalised economy on the employment
   - Enable social security system 's challenges for all population
   - Transitional lack of the new type social security and solidarity
3. In many cases the efforts on claiming benefits diminish the return-to-work efforts.
4. Recent methods, administration and institutions of disability programs need some urgent reforms, namely:
   - The procedure of disability assessments and reassessments
   - The role of physicians in this process
   - The type and quality of evidence required
   - The accuracy of decisions (quality control issues, appeals)
   - Frauds and misuses in disability programs as substitutions of early retirement or unemployment.

The main fulfilled changes to reform of Hungarian disability pension system

1. We began the reorganization of the National Institute of Medical Expertise
2. We started a special post-graduated education for medical experts to become health insurance and social security specialists.
3. We published a new guideline for the evaluation disability and seek-leave cases. (This book contains Hungarian translation of International Classification of Impairments, Activities, and Participation as well.)
4. With respect to new assessment and rehabilitation system we submitted our proposals on restructuring disability pension system to the legislative assembly.

Les défis et les changements dans le domaine de la qualification de l'invalidité en Hongrie

Comme la plupart des pays d'Europe la Hongrie dans les dernières quinze années se trouve confronter a l'augmentation des dépenses de la pension d'invalidité.

Dans notre communication nous nous occupons non seulement des causes ,mais aussi des solutions possible de ce processus.
Selon notre enquête les causes sont:

1. Le changement démographique et épidémiologique de la population
2. Le changement politique /du socialisme au capitalisme/!
   de notre région /Europe de l'Est/
   - L'influence de la globalisation sur l'emploi
   - Le filet de protection sociale est inaccessible pour certains groupes
   - Le manque provisoire des formes de solidarité sociale
3. L'aspiration aux allocations est plus forte que la préoccupation de trouver un travail
4. La forme de la détermination, le procédé et l'institution de l'invalidité exige un changement profond, dont:
   - La détermination et l'allocation de l'invalidité
   - Le rôle des experts médicaux dans le processus
   - L'exigence de la qualité baser sur l'évidence médicale
   - Les décisions correctes / assurance qualité, droit d'appel /
   - Les pensions d'invalidités obtenues par escroquerie à la place des pensions anticipées et du chômage

Les résultats principaux de la réforme des pensions d'invalidités en Hongrie:

1. Le commencement de la réorganisation de l'Institut National d'Expertise Médicale
2. commencement de la formation des experts médicaux spécialiste en sécurité sociale et assurance médical
3. mise au point de nouveaux principes dans le classement de l'invalidité et de l'arrêt de travail publiée aussi dans un livre, contenant la traduction hongroise de l'FNO
4. L'initiative d'une règle de droit concernant ceux qui demandent une assurance d'invalidité à la suite d'une incapacité de travail en les faisant entrer dans un système de réhabilitation complexe.

Risk factors for sick leave due to low back pain. A review.

Dr Marc Dubois

Purpose
Medical care utilization and sickness absence because of low back pain (LBP) cause a high economic burden to society in many countries and call for preventive measures to reduce sickness absence. In most cases low back pain is self-limiting even without necessary medical intervention. Therefore, some authors suggest that prevention and treatment should focus on preventing chronicity of low back pain and disability resulting from low back pain rather then on preventing the onset of pain. A policy aimed at prevention should adress all factors associated with sickness absence. The goal of this study was to synthesize findings from available studies of risk factors for sickness absence because of low back pain.

Method
In a medline search we identified 20 papers in which prognostic factors were identified for low back pain and sickness absence. Prognostic factors were catalogued and summarized.

Results
Significant prognostic factors included ineffective disability management of treating physicians, lack of job satisfaction, high level of physical and psychological workload, prior episodes of sickness absence, the subjective evaluation of the health status, severity of pain or disability and workers'compensation.

Conclusions
Identifying risk factors for sick leave due to LPB should increase the efficiency of prevention startegies aiming at limiting the impact of these episodes on workers and companies. With regard to musculoskeletal sickness absence, prevention should focus on chronicity of low back pain rather than the onset of low back pain. In this respect both the level of biomechanical exposure and the psychosocial work environment represents important dimensions to consider in the reduction of work absenteeism. More cooperation between physicians is needed to agree to the prevention of prolonged disability.

Dr Marc Du Bois

Facteurs de risque de l'absence maladie due à la lombalgie.

Etude

Objet
L'utilisation de soins médicaux et l'absence maladie en raison d'une lombalgie font peser une lourde charge économique sur la société dans de nombreux pays et exigent des mesures préventives afin de réduire l'absence maladie. Dans la plupart des cas, la lombalgie est auto-limitante même sans intervention médicale nécessaire. C'est pourquoi, certains auteurs suggèrent que la prévention et le traitement devraient se concentrer sur la prévention de la chronicité de la lombalgie et l'incapacité résultant de la lombalgie plutôt que sur la prévention de l'apparition de la douleur. Une politique axée sur la prévention devrait viser tous les facteurs liés à l'absence maladie. Cette étude avait pour objet de dresser une synthèse des résultats des études disponibles des facteurs de risque d'absence maladie due à la lombalgie.

Méthode
Dans une recherche medline, nous avons répertorié 20 articles dans lesquels étaient identifiés les facteurs de pronostic pour la lombalgie et l'absence maladie. Les facteurs de pronostic ont été catalogués et résumés.

Résultats
Les facteurs de pronostic significatifs incluaient la gestion inefficace de l'incapacité" des médecins traitants, l'absence de satisfaction au travail, une charge de travail physique et psychologique élevée, des épisodes antérieurs d'absence maladie, l'évaluation subjective de l'état de santé, la gravité de la douleur ou de l'incapacité et l'indemnité pour accident du travail.

Conclusions
L'identification des facteurs de risque d'absence maladie due à la lombalgie devrait accroître l'efficacité des stratégies de prévention visant à limiter l'impact de ces épisodes sur les travailleurs et les entreprises. Concernant l'absence due à une affection musculosquelettique, la prévention devrait se concentrer sur la chronicité de la lombalgie plutôt que sur l'apparition de la lombalgie. A cet égard, tant le niveau de l'exposition biomécanique que l'environnement de travail psychosocial constituent des dimensions importantes à prendre en compte dans la réduction de l'absentéisme. Une coopération plus étroite entre les médecins est indispensable pour adhérer à la prévention de l'incapacité de longue durée.

Dr Marc Du Bois

L'arbitrage généralisé dans le cadre de la médecine de contrôle de l'absentéisme au travail en Belgique : premières expériences de l'effet de la nouvelle loi.

Dr Joos Rampelberg, Belgique

Introduction.

La loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle a profondément modifié l'article 31 de la loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail.

Cette loi a notamment prévu une possibilité généralisée de faire appel à un arbitrage en cas de désaccord entre le médecin-traitant et le médecin de contrôle. Chacune des parties – l'employeur et le travailleur – a le droit de mettre en œuvre un médecin-arbitre reconnu par le Ministère de l'Emploi et du Travail afin de trancher les litiges qui peuvent surgir entre le médecin-traitant et le médecin de contrôle.

Un arrêté royal du 20 septembre 2002 a fixé l'entrée en vigueur de l'article 31 de la loi du 3 juillet 1978 tel que modifié par la loi du 13 juillet 1999 au 1 décembre 2002.

> Un autre arrêté royal, de même date, a fixé les frais de procédure, à partir de la même date.

C'est dire que le nouveau système d'arbitrage fonctionne depuis une année et demi environ, et qu'une étude concernant cette nouvelle procédure semble indiquée à la lumière des éléments recueillis pendant cette première période.

Cette étude se propose donc de présenter de façon approfondie la totalité des dossiers d'arbitrage soumis à un des trente-cinq arbitres nommés et reconnus par l'arrêté ministériel du 27 août 2002, en prévision de l'entrée en vigueur de la nouvelle législation.

Méthode

Analyse de la totalité des dossiers soumis à l'un des trente-cinq médecins arbitres pendant la période de référence s'étendant du 1 décembre 2002 au 31 mai 2004, une vingtaine au total.

Dans la mesure du possible, il sera demandé au 34 autres médecins-arbitres quel fut le nombre (éventuellement approximatif) de cas soumis à leur arbitrage.

Résultats.
Une analyse des problèmes rencontrés sera présentée, notamment concernant :

- le caractère contradictoire d'un arbitrage
- l'étendue exacte de la mission d'un médecin-arbitre
- la charge de preuve et l'appréciation des éléments probants dans le cadre du délai (fort limité) imparti
- l'obligation de motivation à la lumière du secret professionnel
- ….

Une appréciation de l'importance quantitative de l'arbitrage en Belgique sera formulée.

Discussion.
Dans la discussion, une appréciation générale de l'activité d'arbitrage telle qu'elle se fait actuellement sera proposée, ainsi que des solutions aux problèmes soulevés et non prévus expressément dans les règles actuellement en vigueur.

Who assesses best, man or machine?

Dr. R. Cremer
TNO Work & Employment, Hoofddorp

Claim assessment by medical doctors is often debated with respect to objectivity, consistency and reliability. As the complex process of assessing the situation of a claimant is difficult to capture in terms of relevant variables, an appropriate research design is hard to develop and to execute. On the other hand expectations of machine intelligence with respect to assessing the human social condition are high. In order to better understand the pro's and con's the state of the art was studied in a theoretical evaluation.
In this presentation it is discussed what can be expected from artificial intelligence as compared to human intelligence. Machine intelligence is growing in potential whereas human intelligence is more or less stable. Limitations in human abilities can be easily indicated, it can also be pointed out which 'expertise' in a machine should be developed.
With respect to qualities of claim assessments in interaction with a human claimant the following conclusion is drawn. Machine intelligence is in a beginners' phase, at large it is stable, possesses 'brute force', is fast and efficient in consulting extensive databases. Human intelligence is variable, sensitive for social interference, 'fuzzy', 'sloppy' and slow but holistic and capable of inferences from extensive data sets. One can expect that in principle skilled assessors do a very good job. However skills levels are variable and once a skilled person becomes an expert the more rigid work procedures become. It will be highlighted why experienced professionals run the risk of overlooking important details and 'novice experts' make good chances of reliable assessments.

Évaluation par homme ou machine ?

L'évaluation de l'handicap est souvent critiquée aux sujets de l'objectivité et fiabilité. Le processus de l'évaluation et le jugement médical sont difficiles à opérationnaliser. Parfois l'intelligence artificielle semble promettre des contributions. Les possibilités dans ce domaine seront présentées et discutées. L'IA est très puissante, systématique et rapide, L'intelligence humaine est capable de faire des inductions et des approches intuitives et holistes. Chez l'homme l'expérience a des effets qui peuvent être à la fois une amélioration et un risque pour la qualité du jugement médical.

Les femmes et la sécurité sociale aux Pays-Bas.
Evolution de la sécurité sociale suivant les sexes.

Ingeborg v.d.Bold et Yvonne Margry,

Introduction

Aux Pays-Bas le risque de recevoir sécurité sociale est pour les femmes 2,5 fois plus grand que pour les hommes. Selon une recherche les conditions de travail sont partiellement responsables de cette différence, mais une partie reste non expliquée.
La recherche et la publicité ont suggéré le rôle du médecin conseil comme cause.
Dans notre recherche la question centrale est si il y a une différence d'examen d'hommes ou de femmes par le médecin conseil.
Nous n'avons pas étudié les conséquences pour la sécurité sociale.

Méthode

La population de recherche consiste de travailleurs de plusieurs chaînes de supermarchés aux Pays-Bas. Un sondage a sélectionné, a d'abord été évolué pour sexe et age du travailleur. Ensuite homogénéisé pour niveau d'éducation et corrigé pour sexe de médecin conseil. En tout 247 dossiers étaient inclus.
Ces dossiers ont été examinés pour des différences de certaines sujets dans les rapports des médecins conseils concernant des travailleurs masculins et féminins. Les résultats ont été travaillés avec SPSS et les résultats relevantes ont subi une épreuve statistique ("chikwadraattoets") pour prouver la signification statistique.

Résultats

Nous avons constaté qu'il y a des différences statistiques significatives dans les rapports des médecins conseils à propos des travailleurs masculins et féminins.
Le travail et surtout l'aspect de la contenance du travail était plus souvent un sujet d'examen chez les travailleurs masculins tandis que les circonstances privées étaient surtout nommées chez les travailleurs féminins.
Le rapport quotidien est plus explicité chez les travailleurs féminins. Il n'y a pas de différences entre travailleurs masculins et féminins en ce qui concerne examen physique et la demande d'information spécialisée par les médecins conseils.

Discussion

Dans notre recherche nous avons supposé que le médecin conseil écrit dans son rapport ce qu'il trouve important pour son jugement.
Les différences trouvées dans les rapports pourraient cependant être dues au fait que les travailleurs masculins citent spontanément d'autres sujets que les travailleurs féminins.
Mais c'est le professionnalisme du médecin conseil qui doit déterminer quelle information est importante pour la motivation de sa conclusion. C'est pourquoi on peut supposer que les différences trouvées indiquent quand même une différence dans le processus d'évolution du médecin conseil.
De même, les différences dans l'exposé du rapport quotidien vont dans ce sens, en effet il ne s'agit pas d'une communication spontanée du travailleur, mais d'un instrument de recherche du médecin conseil.

Les résultats de cette recherche sont importants parce qu'il s'avère que les médecins conseils attachent moins d'importance au travail et aux conditions de travail des femmes, alors que l'on sait que justement chez les femmes, les conditions de travail sont un facteur de risque d'incapacité de travail.
Donc on recommande que le médecin conseil soit attentif au travail et aux conditions de travail des travailleurs féminins.

Evaluation de l'incapacité de travail.

Dr Feron
Médecin conseil Principal, Union Nationale des Mutualités Socialistes
Collège d'enseignement du DES en Evaluation des atteintes de la santé.
Université Libre de Bruxelles

Résumé
Afin de chercher d'éventuels facteurs pouvant influencer l'incapacité de travail, une étude a été menée sur les certificats d'incapacité de travail introduits pendant un an auprès des médecins conseils de la Mutualité socialiste de Charleroi.
La recherche a porté sur les durées d'incapacité en fonction du type de pathologie, de l'age, du sexe et du statut social.
Une attention plus particulière a été consacrée aux diagnostics relevant des pathologies psychiatriques.

Simultanément le questionnaire SASS (Social adaptation self – evaluation scale) a été adressé à quatre échantillons aléatoires sélectionnés parmi quatre groupes diagnostiques (lombalgies, troubles somatoformes, anxiodépression et fractures)

Près de la moitié des incapacités renseignées concerne les domaines de la psychiatrie et de la rhumatologie- orthopédie- traumatologie.

8% vont voir leur incapacité perdurer au- delà d'un an et donc devenir invalides au sens de la législation de Sécurité Sociale belge.

La population carolorégienne aura préférentiellement recours pour la prescription de son incapacité à son médecin généraliste, sauf pour les affections gynéco- obstétricales et néoplasiques.

Les problèmes orthopédiques et rhumatologiques se rencontrent préférentiellement chez les ouvriers, travailleurs de force ou exerçant des gestes répétitifs entraînant des pathologies mécaniques : lombalgies, gonalgies, périarthrites scapulo-humérales, épicondylites, tendinites…

Les chômeurs ont un taux d'incapacités liées à la traumatologie équivalent à celui des ouvriers, avec une part importante de fractures et d'accidents au membre supérieur et tout particulièrement la main.

Les employés ont plus souvent recours à des incapacités pour complications liées à la grossesse.

Les affections psychiatriques touchent préférentiellement les employés et les chômeurs ainsi que les femmes.
Nous avons relevé une concomitance plus élevée de troubles psychiatriques plus élaborés (schizophrénie, maniaco-dépression, troubles phobiques ou obsessionnels compulsifs, psychose…) ainsi que d'assuétudes chez les chômeurs et les isolés.
Le chômage ne génèrerait pas un surplus de morbidité, la maladie en elle même serait

un facteur d'exclusion non seulement de la société mais aussi de la vie familiale.

Beaucoup de travailleurs vivent leur métier comme stressant.
Nous constatons un taux de dépression plus élevé chez nos assurés ayant un statut d'employés.
En effet, ils sont souvent confinés dans des rôles subalternes, sans prise de décision sur la gestion de leur activité.
Des études anglaises et américaines confirment qu'il s'agit là de facteurs de risque de morbidité

Les reprises du travail ou la réinscription au chômage sont importantes. Elles sont spontanées dans 80 % des cas. Les incapacités seront clôturées pour la moitié avant la fin du premier mois et les trois quarts avant la fin du troisième mois.

L'activité du médecin conseil va se mobiliser à partir du deuxième mois et s'intensifier en fonction de la longueur de l'incapacité.
Il sera plus interventionniste chez les chômeurs, les femmes, les incapacités pour motif psychiatrique. Nous constatons pour ces dernières que non seulement elles ont des durées moyennes plus longues mais que plus elles s'allongent plus le taux de reprises spontanées s'effondre par rapport aux autres groupes diagnostiques.

Notre hypothèse de départ visant à trouver parmi les facteurs psychosociaux des indicateurs aidant les évaluateurs dans l'estimation de la durée de l'incapacité de travail ne trouve pas de réponse avec les paramètres utilisés.
C'est déjà en soi une démonstration.
Cela nous montre que ce n'est peut être pas cet axe qu'il faut investiguer.
L'important est de retenir que « la perception de la réalité n'est pas la réalité ».
Confronté à une information parcellaire, l'évaluateur doit éviter de faire des généralisations hâtives, ferments des idées préconçues, véhiculées plus vite que souhaité.
Dans notre pratique quotidienne, nous côtoyons les patients qui ne vont pas bien, dont les pathologies traînent ou s'aggravent.
Nous sommes parfois en présence de certaines personnalités apathiques ou démotivées, pour lesquelles nous devons nous montrer plus interventionnistes en leur notifiant leur fin d'incapacité.

Notre but doit être de réintégrer la personne dans son fonctionnement social tel que le préconise et le définit l'OMS dans sa deuxième version de la classification des handicaps (CIF)

Research on sickness absence: a systematic review of the literature.

Alexanderson K, Allebeck P, Hansson T, Hensing G, Jensen I, Mastekaasa A, Norlund A, Perk J, Wahlström R, Vingård E.

Kristina Alexanderson - Professor
Section of Injury Prevention, Department of Clinical Neuro Science,
Karolinska Institute
Box 12718, S - 112 94 Stockholm, Sweden
Telephone: +46 8-692 2252, Fax: +46 8 653 94 13
Cell phone: +46 702 162 099, E-mail: kristina.alexanderson@cns.ki.se

Introduction

Sickness certification is a task of many physicians that often is not based on scientific evidence. Therefore, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, a multidisciplinary group has performed an evidence-based literature review regarding sickness absence.

Goal

Perform a systematic review of scientific studies on sickness absence and disability pension to assess the scientific evidence about positive and negative consequences of being sickness absent, on causes of sickness absence, and on physician's sickness-certification practices.

Material and Methods

All scientific studies published in scientific journals in English or Scandinavian languages up to October 2002 were systematically searched for in different scientific databases (Medline, SSCI, PsychInfo), in reference lists, and through contacts with researchers. All identified publications were judged according to relevance, quality (according to set criteria) and the scientific evidence they provided.
Studies addressing the following seven topics were reviewed
Reasons for sickness absence in general, irrespective of diagnoses
Souses of sickness absence with back or neck disorders
Sick leave and psychiatric diagnoses
Sick leave following stroke, MI and certain heart procedures
Consequences of sick leave
'Sickness presence'
Sickness-certification practices of physicians

Results

The research area was found to be surprisingly undeveloped regarding theories, concepts and methods. There was overall little evidence regarding many central aspects of sickness absence, more often due to lack of studies of good quality than to contradictory results. There was, however, limited or moderately strong evidence for the following:
Divorce, physically heavy work, and low socioeconomic status increase the risk of sickness absence in general, higher work control decreases the risk. The design of the sickness insurance system influences levels of sickness absence.
The following factors increase the risk of sickness absence with back or neck diagnosis:

earlier such problems, a specific diagnosis, low work satisfaction, physically heavy jobs, female sex, high age, shorter employment time.
Women have a higher rate of sickness absence due to psychiatric diagnoses.
Most people return to work following stroke or myocardial infarction.
Physicians regard their work with sickness certification as problematic and their certificates are often of poor quality.

Discussion
More and better research is needed. So far most results are not on a level where they can have implications for decisions in clinical practice nor in politics or at work sites.

Conflicts of interests: none.

Recherche sur les absences pour congés de maladie : une évaluation systématique de la littérature

Auteurs : Alexanderson K, Allebeck P, Hansson T, Hensing G, Jensen I, Mastekaasa A, Norlund A, Perk J, Wahlström R, Vingård E.

Kristina Alexanderson - Professeur
Section pour la Prévention des Accidents
Service des Sciences Cliniques Neurologiques
Karolinska Institute
Boîte postale 12 718
112 94 Stockholm
SUÈDE

Tél: (46) 8- 692 2252, Téléfax: (46) 8-653 94 13
Tél mobile : (46) 702 162 099, e-mail : kristina.alexanderson@cns.ki.se

Introduction

La mise en congé de maladie est une tâche qui n'est pas toujours fondée sur des preuves scientifiques. C'est la raison pour laquelle le Conseil Suédois pour l'Evaluation Technologique de la Santé, constitué d'une équipe pluridisciplinaire, a effectué une évaluation basée sur les données probantes de la littérature sur les congés de maladie.

Buts de l'Etude

Effectuer une évaluation systématique des études scientifiques sur les congés de maladies et pensions d'invalidité afin d'évaluer de façon critique l'évidence en ce qui concerne les conséquences positives et négatives des congés de maladie ainsi que des pratiques des médecins pour la mise en arrêt de travail.

Méthode

Tous les articles scientifiques publiés jusqu'à octobre 2002 dans des revues scientifiques de langue anglaise ou scandinave ont été systématiquement recherchés dans différentes bases de données (Medline, SSCI, PsychInfo), dans des listes de références bibliographiques, ainsi que par le biais de contacts avec des chercheurs. Toutes les publications identifiées ont été évaluées en fonction de leur pertinence, de leur qualité (selon des critères déterminés à l'avance) et des preuves scientifiques qu'elles apportent.

Les articles traitant d'un des sept thèmes suivants ont été revus :

- les causes des congés de maladie, indépendamment du diagnostic clinique
- les causes des congés de maladie pour affections du dos ou de la nuque
- les congés de maladie liés à des affections psychiatriques
- les congés de maladie à la suite d'une congestion cérébrale, d'un infarctus du myocarde ou de certaines affections cardiaques
- les conséquences des congés de maladie
- la présence au travail bien qu'étant malade
- les pratiques de mise en arrêt de travail des médecins

Résultats

Les théories, les concepts et les méthodes de ce domaine de recherche sont étonnamment sous-développés. Il existe peu de preuves en ce qui concerne beaucoup d'aspects essentiels pour la compréhension des congés de maladie, ceci étant attribué plus au manque d'études de bonne qualité qu'à des résultats contradictoires. Il existe néanmoins des preuves limitées ou modérément convaincantes en ce qui concerne les résultats suivants:

Le divorce, un travail physiquement astreignant, et un faible niveau socio-économique augmentent le risque de congé de maladie et en règle générale, un niveau élevé de contrôle de travail diminue ce risque. Le modèle de l'assurance pour congés de maladie influence les niveaux de congés de maladie.

Les facteurs suivants influencent le risque de congés de maladie du dos ou de la nuque: problèmes similaires antécédants, certains diagnostics, faible niveau de satisfaction professionnelle, travail physiquement astreignant, sexe féminin, âge élevé, courte expérience professionnelle.

Les femmes ont un taux plus élevé de congés de maladies pour affections psychiatriques.

La majorité des personnes retournent au travail après une congestion cérébrale ou un infarctus du myocarde.

Les médecins considèrent la mise en arrêt de travail comme problématique et leurs certificats médicaux sont souvent de faible qualité.

Discussion

Davantage de recherche et une recherche de meilleure qualité sont nécessaires. Jusqu'ici, la plupart des résultats ne peuvent être utilisés ni pour prendre des décisions en pratique clinique, ni pour prendre des décisions dans le domaine de la politique ou sur les lieux de travail.

Livre vert sur les services d'intérêt général.

Docteur Martine GOUELLO

Contribution au débat
des Caisses Nationales Françaises en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM)

Pôle Europe, M.R.E.I.C., Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
(C.N.A.M.T.S.) martine.gouello@cnamts.fr

Préambule
Les parties prenantes au débat rappellent que, depuis sa création en 1945 en réponse à un profond et large besoin de sécurité de la population, le système de protection sociale français s'est développé en s'arrimant à des valeurs humaines fondatrices d'universalité, d'égalité et de solidarité (solidarité entre les générations et à l'intérieur des générations). Par le rôle qu'il joue dans la temporisation des aléas de la vie et la préservation du bien être des personnes, le système de protection sociale français constitue un des sédiments de la cohésion sociale et un des moteurs de la dynamique économique.

Au sein de la protection sociale, l'assurance maladie obligatoire a l'importante mission de protéger toute la population des conséquences financières liées à la maladie, la maternité, l'invalidité, l'accident du travail, la maladie professionnelle, le décès, quels que soient le statut, l'âge, les revenus financiers et l'état de santé au moment de l'affiliation. Toutes les personnes bénéficient ainsi du même accès et du même niveau de protection, quels que soient leur âge, leur situation matérielle ou leur lieu de résidence.

Le débat

Faut-il préciser les critères utilisés pour déterminer si un service est de nature économique ou non économique ? La situation des organisations sans but lucratif et des organisations qui remplissent pour une grande part des fonctions sociales doit-elle être mieux clarifiée ?

Faut-il inclure d'autres exigences dans la définition commune des services d'intérêt général ? Quelle est l'efficacité des exigences en vigueur du point de vue de la réalisation des objectifs de la cohésion sociale et territoriale ?

Les parties prenantes prennent acte que, dans l'approche communautaire, la défense des services d'intérêt général ne consiste pas en la protection de catégories de travailleurs ou d'opérateurs particuliers. Elle vise le droit fondamental de tous les résidents (le "public") à bénéficier de l'accès à des services de qualité, à un prix abordable, quels que soient leur situation socio-économique, leur lieu d'habitation, qu'ils soient résidents européens d'aujourd'hui ou demain.

La notion de services d'intérêt général étant absente des traités, le vrai débat doit donc porter sur la définition et la mise en œuvre des instruments les mieux adaptés pour faire de ce droit une réalité au quotidien, pour tous, notamment les plus fragiles, les plus défavorisés et les plus isolés. S'agissant de leur champ d'intervention, elles notent que dans sa Communication de 2000, la Commission énumère une série d'exemples d'activités non économiques, relevant intrinsèquement des prérogatives de l'Etat, comme les **régimes de base de sécurité sociale obligatoire.**

L'assurance maladie obligatoire française met l'accent sur l'importance :

- ***de donner une reconnaissance politique privilégiée (inclusion dans le futur traité constitutionnel) et une définition claire au concept de « services d'intérêt général » ;***

- ***de garantir le label « d'intérêt général » en référence à la fois aux finalités du service et aux droits individuels des usagers et de différencier très nettement le caractère économique ou non des services d'intérêt général par la méthode dite d'un "faisceau de critères permanents" déterminés au plan européen.***

Parmi les critères à prendre en compte, les auteurs soulignent plus particulièrement l'application concrète du principe de l'égal accès à des prestations de qualité, d'une solidarité horizontale et verticale et l'implication des résidents jusqu'aux échelons les plus élevés de décision.

Quel doit être le rôle de la Communauté en matière de services non économiques d'intérêt général ?

Quels aspects de la réglementation de ces exigences doivent être traités au niveau communautaire et quels aspects doivent être laissés aux Etats membres ?

L'assurance maladie obligatoire française se prononce au regard de son champ d'intervention, à savoir que les systèmes d'assurance maladie relèvent de la compétence exclusive des Etats membres. La Communauté peut apporter une plus-value en termes de promotion de la coopération et de la coordination des systèmes de protection sociale.

Faudrait-il prévoir un renforcement des échanges des meilleures pratiques, de leur étalonnage pour les questions relatives à l'organisation de service intérêt général dans l'union ? Qui faudrait-il impliquer dans cet exercice et quels secteurs pourraient être couverts ?

Le secteur de la santé est un secteur où les échanges des meilleures pratiques sont à encourager. La méthode ouverte de coordination permet de prendre en compte la diversité des pratiques nationales par un processus d'échange d'informations, de recherche, de comparaison et d'adaptation de la politique sociale des Etats membres sur la base d'objectifs communs et précis, convenus mutuellement, à partir desquelles les Etats membres tirent les leçons nécessaires. Les "meilleures pratiques" doivent s'entendre au sens littéral. L'Europe doit faire montre d'ambition au niveau de la politique sociale. Il s'agit de déterminer des "critères d'excellence". Une évaluation globale accroît la transparence et permet de meilleurs choix politiques ainsi qu'un débat démocratique solidement étayé. Cette évaluation, s'appuyant sur des critères objectifs et des indicateurs mesurables, doit être pluridisciplinaire et multidimensionnelle. Il est important d'associer les utilisateurs, les consommateurs, les partenaires sociaux, les prestataires de services et bien entendu les organismes d'assurance maladie.

L'assurance maladie obligatoire française est par conséquent favorable à un observatoire des services d'intérêt général pour aider la Commission à proposer toute initiative susceptible d'améliorer l'efficacité des services d'intérêt général, notamment dans le domaine de la santé.

Les conséquences et les critères du financement basé sur la solidarité doivent-ils être précisés au niveau communautaire ?

De nombreux services d'intérêt général ne peuvent être fournis de façon rentable, sur la base des seuls mécanismes du marché, tels que les soins de santé. Aussi des dispositions spécifiques sont-elles nécessaires pour assurer l'équilibre financier.

L'assurance maladie est financée, en France, par des cotisations proportionnelles aux revenus professionnels des personnes tandis que les prestations sont fondées sur les besoins de celles-ci. La solidarité implique une redistribution de revenus entre les personnes et entre les différents régimes au niveau national.

L'assurance maladie obligatoire française demande que les conséquences et les critères du financement basé sur la solidarité demeurent précisés au niveau des Etats membres.

*
**
*

Le modèle social européen ne peut se développer que s'il se nourrit de cohésion sociale et de croissance économique. L'assurance maladie obligatoire française participe pleinement à ces deux objectifs, en permettant l'accès à des soins de qualité à tous, un niveau élevé de protection de la santé sur un territoire au développement durable.

Proposition of Directive of the European Parliament and of the council amending Directive 2001/83/EC on the community code relating medicinal products for human use.

Dr M GOUELLO – Pôle "EUROPE" –
martine.gouello@cnamts.fr
EUROPEAN Affairs - Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Proposition de Directive du Parlement Européen et du Conseil Modifiant la Directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

Proposition of régulation of the European Parliament and of the Council laying down community procedures for the autorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing an European Medicines Agency

Proposition modifiée de Règlement du Parlement Européen et du Conseil établissant des procédures communautaires pour l'autorisation, la surveillance et la pharmacovigilance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence Européenne pour l'évaluation des médicaments [COM(2002)0735].

THE OBJECTIVES FOR THE EUROPEAN COMMISSION
LES ENJEUX SELON LA COMMISSION EUROPEENNE

- **To increase the competitivity of the European Pharmaceutical sector** - Augmenter la compétitivité de l'industrie européenne
- **To develop the research in Europe/USA -** Développer la recherche en Europe/Etats-Unis
- **To decrease the parallel imports -** Diminuer les importations parallèles

MAIN STAGES - PRINCIPALES ETAPES

- Nov. 2001
  The European Commission - Commission Européenne (DG Entreprise)
- Sept. 2002
  The European Economic and Social Committee - Comité Economique et Social
- Oct. 2002
  The European Parliament 1st letture - Parlement Européen 1re lecture
- April 2003
  New proposal of the European Commission - Nouvelle proposition de la Commission Européenne
- June 2003
  The Council of ministers - Conseil des Ministres
- Nov-Dec 2003
  The European Parliament 2d letture - Parlement Européen 2e lecture

Compromise elaborated by the Commission, Council, Parliament -
Compromis élaboré par le Trilogue (Commission, Conseil, Parlement)

Voted by the Parliament in December 2003 -
Voté par le Parlement en Décembre 2003

The objectives for the French Health Insurance - Les enjeux pour l'Assurance Maladie Française

- **The Public Health -** Santé Publique
- **Medecinal expenditures -** Dépenses médicamenteuses

THE STRENGTHS - LES RAPPORTS DE FORCE

- **The European Commission** - La Commission Européenne - DG Entreprise
- **The political parties represented in the EU Parliament** - Les Partis politiques représentés au Parlement Européen
- **The Council of Health Ministers** - Le Conseil des Ministres de la Santé
- **The Pharmaceutical Industry** - L'industrie pharmaceutique
- **Le Collectif "Europe"**

THE ACTIONS OF THE CNAMTS - ACTIONS DE LA CNAMTS

- **Observation** - Suivi et observation
- **Elaboration of a CNAMTS position** - Elaboration d'une position CNAMTS
  1/ **The Evaluation of medicines** - L'Evaluation du médicament
  2/ **Information of patients ans health professionnals -** Information des patients et des soignants
  3/ **Duration of data protection -** Durée de protection des données
  4/ **Representation of Health Insurance on the Board of the European Agency for the Evaluation of medicinal products** - Représentation de l'Assurance Maladie au Conseil d'Administration de l'Agence Européenne de l'Evaluation du Médicament

COMPROMISE DECEMBRER 2003 - COMPROMIS DECEMBRE 2003

1/ **Prolongation of clinical data protection -** Prolongation de la durée de protection des données

- **8+2 (+) 1 supplementary year (one or several therapeutic indications)**
- (+) 1 année supplémentaire (une ou plusieurs indications thérapeutiques)
  - **Cost for the French Health Insurance : € 200 million a year**
  - Coût pour l 'Assurance Maladie Française : 200 millions d 'Euros par année

- **Established molecule (+) 1 year** - Molécule établie (+) 1 an
  - **Out of the list (+) 1 year** - Le délistage (+) 1 an

- **Definition of generic medicine** - Définition du médicament générique

2/ <u>Evaluation of medicine</u> - <u>Evaluation du médicament</u>

- **There is no compulsory comparaison between new drugs and older ones -** Pas d'essais comparatifs avec les traitements de référence
- **Re-evaluation after 5 years** - Réévaluation à 5 ans (et après 10 ans pour raison de pharmacovigilance)

3/ Patients and health professionnals information - <u>Information des patients et des soignants</u>

- **International Denomination** -
  Dénomination Commune Internationale (DCI)
- **Braille**

4/ <u>No representative of health funds</u> - <u>Pas de représentant de l'Assurance Maladie à l'Agence</u>

5/- <u>Autres Points</u> :

- **Centralized autorisation procedure for 6 groupes of diseases -** Procédure centralisée pour 6 groupes d'affections
- **Improvement of the transparency of Agencies -**
  Amélioration de la transparence des Agences
- **Improvement of the pharmacolovigilance -**
  Amélioration de la pharmacovigilance
- **Public information (no advertising)** -
  Information du public (Pas de publicité)
- **Compassionate use (but financing unknown) -**
  Usage compassionnel (mais financement non précisé)

<u>RISQUES</u>

- **Single EU drug price** ? -
  Prix départ-usine unique dans l'Union Européenne ?
- **Public information or advertising?**
  Information du public – Publicité ?

Réglementations européennes : exemples de certains risques d'interprétation et d'application.

Dr Philippe Swennen
Directeur de Projets
Association Internationale de la Mutualité AIM
Rue d'Arlon, 50
B-1000 Brussels Belgium
Phone: +322 234 57 02 Fax: +322 234 57 08
philippe.swennen@aim-mutual.org
www.aim-mutual.org

Contexte

Il est bien établi que les systèmes de santé sont essentiellement du ressort des États membres, mais la Commission Européenne y joue un rôle supranational souvent méconnu et qui a des conséquences sur l'organisation et le financement ou remboursement des soins de santé des pays. Exemples :

- les récentes propositions de directives de la Commission Européenne sur les services, sur le temps de travail, sur la qualification des professionnels de la santé,
- les différents arrêts de la Cour de Justice Européenne (CJE) sur la mobilité des patients
- la notion de service d'intérêt général, etc.
- Toutes ces dispositions européennes jouent un rôle souvent utile pour assurer une sécurité juridique pour la mobilité des patients dans l'espace européen. Mais leurs conséquences quand on passe à des cas d'application pratiques et les interprétations avec les « effets secondaires » entraînés existent et créent une certaine insécurité juridique, pas toujours bien évaluée.

Exemples

Les exemples suivants de risque dans l'application et de confusion sont développés pour en prendre la mesure :

Risque dans l'application de l'arrêt de la CJE arrêt Müller Fauré (stipulant qu'il n'y pas besoin d'autorisation préalable pour les soins non-hospitaliers délivrés dans un autre Etat membre chez un prestataire non-conventionné)

La CJE ne semble pas avoir pris en considération les conséquences internes de cet arrêt au sein même des pays. En effet, si les soins ambulatoires reçus dans un autre État membre chez un prestataire non conventionné sont remboursés, les patients pourraient également réclamer le remboursement pour des soins dispensés par des prestataires non conventionnés sur le territoire national. Dans certains cas, l'impact financier des factures des prestataires privés nationaux pourrait être considérable.

Par ailleurs, dans un tel contexte, il pourrait aussi devenir plus difficile de trouver des prestataires de soins disposés à se conventionner : dans une telle situation, les prestataires pourraient perdre tout intérêt à se conventionner et à s'engager envers les objectifs de maîtrise des coûts et de garantie de qualité (exemple du Luxembourg après les arrêts Kohll et Decker).

Risque dans l'interprétation de l'Article 16-18 du Règlement 1408/71 modifié de la CE (E111)

Concernant le formulaire E 111 (règlement 1408/71 modifié), bientôt remplacé par la carte d'assurance-maladie, concernant les soins transfrontaliers :
d'après le nouveau règlement, pour des soins lors du séjour temporaire, la condition de l'urgence n'est plus nécessaire ("soin immédiatement nécessaire'') et est remplacée par ''pour des soins qui s'avèrent médicalement nécessaires''.
Ce changement peut être interprété de façon critique pour plusieurs raisons, p.ex. :
il est difficile de faire la différence avec les soins programmés pour lequel une autorisation préalable (E112) est toujours nécessaire ;
même si certains types de soins ne sont pas ou plus couverts dans leur pays, la carte européenne d'assurance-maladie offre aux patients la possibilité de bénéficier de ce traitement aux frais de leur système national de sécurité sociale, au cas où ils chercheraient ce traitement dans un pays où il est (toujours) couvert.

Manque de cohérence entre ''le règlement modifié 1408/71'' et ''la proposition de directive Bolkestein sur les services'' (article 23 dédié au remboursement des soins)

Dans la comparaison entre le règlement 1408/71 (E111) et la directive services (Bolkestein), ces deux approches diffèrent considérablement en termes de législation appliquée (tarifs, couverture) et de procédure administrative (règlement financier).
En outre, l'arrêt Vanbraekel (C-368/98) permet aux patients de prétendre au meilleur taux de remboursement, soit dans le pays d'affiliation soit dans le pays de prestation.

Art. 16-18 **Règl. CE 1408/71(modifié)** (Libre circulation de personnes)	**Proposition Bolkestein** **Art. 23 Directives Services** (libre circulation des services)
E111 : **- s'adresser directement aux prestataires** **- pour des soins qui s'avèrent médicalement nécessaires lors du séjour temporaire** compte tenu de la durée du séjour et de la nature des prestations[1] *si couverts par le système du pays de délivrance*	**Soins non hospitaliers**: - pas d'autorisation préalable, *si ils sont couverts par l'État d'affiliation*
Application de la législation "*comme si le patient était affilié à l'État où les soins ont été délivrés*" remboursement suivant le tarif de l'État de délivrance sauf si le tarif de l'État d'affiliation est plus favorable (CJCE Vanbraekel) mêmes conditions d'accès de l'État de délivrance	**Application de la législation** *"comme si le patient recevait le traitement dans son pays d'affiliation*" remboursement non inférieur au tarif du pays d'affiliation Même conditions et formalités que le pays d'affiliation
Règlement financier entre États	*Avance des frais - remboursement ex post facto*

[1] tous les soins qui sont nécessaires et qui lui permettent de continuer son séjour de sorte à éviter qu'il ne doive rentrer chez lui pour se faire soigner.

Tout cela va très probablement donner lieu à différentes interprétations, à une administration très complexe – voire impossible – et à une importante confusion pour les patients.

Conclusion

Au lieu d'attendre le prochain arrêt de la Cour de Justice ou une plainte par la CE, il serait préférable que les décideurs politiques en matière de santé commencent à agir. Le processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et les développements en matière de soins de santé dans l'UE, initié par le Conseil «Santé», a proposé e.a. les propositions suivantes dans ce cadre :

Développer un cadre pour la collecte systématique de données sur la mobilité des patients et des professionnels de santé

Installer un mécanisme permanent au niveau européen pour une coopération européenne et une surveillance de l'impact de l'UE sur les systèmes de santé.

La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé.

Henri Lewalle
ANMC – OFBS/LLS

Summary
Cross-border co-operation in healthcare offers an answer to the demand of access to quality healthcare at a reduced social cost for the populations living in the border areas close to healthcare establishments offering a wide range of care. This cross-border co-operation is the place of experiments in the field of regulation and synergies between the care provision in the border area.

Les formes des systèmes de protection sociale à l'intérieur de Union européenne ont vu le jour il y a près d'un siècle. Elles ont permis de financer le développement de nos systèmes de santé qui se sont progressivement déployés après la première guerre mondiale et surtout au lendemain de la seconde. Mais, c'est au cours de la seconde moitié du XXe siècle que la médecine s'est enrichie des découvertes qui ont permis d'améliorer les niveaux des indicateurs de l'état de santé des populations que sont l'espérance de vie, la mortalité périnatale …

L'élargissement et le développement de ces construits sanitaires et sociaux résultent principalement de l'essor des économies des pays à l'intérieur desquels ils se sont constitués. Ils ont pu, ainsi, atteindre les objectifs d'accession pour l'ensemble des populations à des soins de qualité grâce à des savoirs-faire humain et technique de haut niveau et à la propagation des valeurs de solidarité, de démocratie, de justice sociale, d'équité et de cohésion sociale.

Édifiés pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des espaces nationaux, ils ont été réfléchis, organisés, réglementés et régulés depuis leur origine sur la logique de l'État nation.

Les premières heures du Marché commun n'ont pas eu d'incidence sur ces politiques. Les règles du Traité de Rome de mars 1957 ne les concernaient pas. Mais, le processus d'intégration européenne s'est progressivement accentué avec l'Acte Unique, la création du Marché Intérieur, le Traité d'Amsterdam et plus récemment les objectifs de Lisbonne. La dynamique de libéralisation des marchés s'étend quasiment à toutes les sphères de l'activité humaine suite aux décisions du Conseil, aux arrêts de la Cour de Justice, à l'adoption d'instruments émanant de la Commission

Le domaine sanitaire et social n'échappe pas à cette emprise. Depuis 1998, année où la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) a rendu son arrêt dans les affaires Decker et Kohll, les responsables et gestionnaires des politiques de santé et d'accès aux soins s'interrogent sur les conséquences de cette évolution jurisprudentielle.

Certains Etats ont modifié leur législation, d'autres attendent encore le prononcé d'arrêts qui les concernent, des mises en demeure de la Commission … D'aucuns arguent encore que cette jurisprudence ne leur est pas applicable cherchant à reporter l'échéance de son intégration dans leur législation.

En six ans, divers arrêts sont tombés confirmant une jurisprudence définitivement installée. Des études, des interprétations convergentes et des documents communautaires créent un référentiel qui a permis à la Commission de publier des communications et de déposer une proposition de directive pour légiférer.

Aujourd'hui, il est communément admis que les principes du Traité, la libre circulation, des biens et la libre prestation de services s'appliquent aux systèmes de santé et d'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne.

Désormais, les prestataires de soins étrangers ne peuvent plus être discriminés au regard des prestataires nationaux. Les patients sont autorisés à se faire soigner à l'étranger. Cependant, ils doivent, pour obtenir un remboursement en rapport avec les prestations servies, recevoir une autorisation médicale préalable de leur organisme assureur pour les soins hospitaliers. Cette procédure d'autorisation est considérée comme une entrave à la libre prestation de services mais justifiée par des raisons d'intérêts général et de santé publique pour les hospitalisations.

Aujourd'hui la mobilité est incontestablement inscrite au centre des préoccupations sanitaires et sociales des institutions communautaires.

La proposition de directive sur les services, déposée en janvier 2004, dont l'objectif vise à accélérer la mise en œuvre du Marché Intérieur par une application horizontale, au secteur des services, des principes du libre établissement et de la libre prestation de services, témoigne de la détermination politique de la Commission de soumettre le champ de la santé à ces principes. Aujourd'hui, cette proposition exacerbe le débat entre les tenants d'une libéralisation des politiques de santé et d'accès aux soins et ceux qui plaident pour le maintien des dispositifs existants, construits sur des bases nationales.

Le présent exposé dégage une perspective de coopération entre les systèmes de santé et d'accès aux soins frontaliers après un examen des dispositifs juridiques existants. La coopération transfrontalière permet de répondre à une demande d'accès aux soins à moindre coûts sociaux, au profit des populations résidants dans les zones frontalières distantes de plateaux techniques capables de dispenser un large éventail de soins. Elle est le lieu d'expérimentation de régulation et de synergie entre les offres de soins frontaliers.

La coopération transfrontalière cherche, avant tout, à contribuer à une prise en compte des réalités et à développer une vision intégrative européenne constructive, à travers des rapprochements régionaux et particulièrement, dans les zones frontalières. Grâce au programme Interreg III France Belgique et Wallonie-Lorraine-Luxembourg, centrés sur l'amélioration de la vie au quotidien du citoyen, des iniatives peuvent être impulsées à l'adresse des populations concernées par des projets transfrontaliers, en l'occurrence, dans le domaine de la santé, les patients, les professionnels de santé, les établissements de soins, les organismes d'assurance maladie … afin de donner contenu et sens au modèle social européen ou plutôt à ses différents modèles.

Carte européenne d'accès aux soins. Health card in Europe.

Dr Christian PUPPINCK

Christian PUPPINCK
Docteur en médecine
Chargé de mission auprès des Institutions européennes
22 rue Joubert 75009 Paris France
Tel : +33 1 53 32 73 98
Fax : +33 1 53 32 73 99
Email : christian.puppinck@edfgdf.fr

Contexte

En approuvant le plan d'action visant à éliminer les obstacles à la mobilité géographique d'ici 2005, le Conseil européen de Barcelone a décidé de créer une carte européenne d'assurance maladie.

Elle « remplacera tous les formulaires actuellement nécessaires pour bénéficier des soins dans un autre État membres ».

Elle permettra aussi « une simplification des procédures, mais ne changera pas les droits et obligations existants ».

Objectif

La nouvelle carte européenne profitera d'abord aux citoyens européens, en leur évitant les procédures actuelles d'obtention des différents formulaires, qui seront remplacés par une carte unique et individuelle. Elle favorisera leur mobilité dans le cadre de séjour temporaire :

- les voyages avec le formulaire « E111 »
- le détachement dans un autre pays par l'employeur avec le formulaire « 1128 »
- le transport routier international avec le formulaire « E 110 »
- les études avec le formulaire « E128 »
- la recherche d'un emploi avec le formulaire « E119 »

Ce faisant, elle leur permettra de bénéficier, sous une forme plus aisée, de la facilité essentielle offerte par la coordination des régimes légaux d'assurance maladie, organisée depuis plus de trente ans par le règlement 1408/71.

Toutes les personnes en séjour temporaire dans un autre État peuvent accéder aux soins immédiatement nécessaires dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État.

Quant aux patients qui feront l'avance des frais, chez le médecin par exemple, dans le pays de séjour temporaire, ils pourront être remboursés plus rapidement par leur régime d'affiliation. La création d'une carte européenne simplifiera l'accès aux soins dans le pays de séjour temporaire tout en garantissant aux organismes qui financent le système de soins du pays de séjour que le patient est bien assuré dans son pays d'origine et qu'ils seront donc bien remboursés par leurs homologues.

Mise en œuvre

On doit tenir compte ici de la diversité des situations nationales en matière d'usage des cartes dans les systèmes de protection sociale et de santé, et respecter la compétence des États en matière de sécurité sociale et d'organisation des systèmes de soins.
Si certains pays ont déjà diffusé largement des cartes à leur population, avec parfois des objectifs qu'ils vont au-delà de la seule prise en charge de soins, c'est encore loin d'être le cas partout.
Par ailleurs, la capacité des cartes de dialoguer par-delà les frontières (leur « inter opérabilité ») est aujourd'hui inexistante, à l'exception de quelques projets encore en phase pilote, puisqu'elles n'ont qu'une vocation nationale.

L'ensemble du dispositif sera mis en œuvre au 1er juin 22004 pour une réalisation complète en 2005.

Mobilité des patients en Europe.
Patient mobility in Europe.

Christian PUPPINCK
Docteur en médecine
Chargé de mission auprès des Institutions européennes
22 rue Joubert 75009 Paris France
Tel : +33 1 53 32 73 98
Fax : +33 1 53 32 73 99
Email : christian.puppinck@edfgdf.fr

Contexte

Outre les conséquences de la mobilité des patients, les systèmes de santé de toute l'Europe sont déjà confrontés à des défis communs, étant donné qu'ils s'adaptent à l'évolution constante des sciences médicales, au vieillissement de la population européenne, et aux attentes croissantes du public.

Bien que ces systèmes de santé soient essentiellement du ressort des États membres, la coopération au niveau européen est largement susceptible de profiter à la fois aux patients individuels et aux systèmes de santé en général.

Mise en œuvre

Pour les patients

L'accès des personnes aux soins relèvent naturellement de la responsabilité des États membres en matière de système de soins et d'assurance santé. Les droits régis par le droit communautaire portent principalement sur le remboursement des soins de santé fournis dans un autre État membre.

Fondée sur la jurisprudence stable et solidement établie de la cour de justice, elle stipule que :

tous les soins non hospitaliers auxquels un citoyen peut prétendre dans son État membres peuvent également plus être prodigué, sans autorisation préalable, dans n'importe quel autre État membres. Ils lui seront remboursés jusqu'à concurrence du montant remboursé au titre du système dont il relève.

tous les soins hospitaliers auxquels un citoyen peut prétendre, dans son Etat membre, peuvent également lui être prodigué dans n'importe quel autre état membres, à condition qu'il est obtenu l'autorisation préalable du système dont il relève. Cette autorisation doit lui être accordée dès lors que le système en question ne peut garantir, dans un délai médicalement acceptable, les soins dont il a besoin, compte tenu de son état. Dans ce cas-ci également, l'intéressé sera au moins remboursé jusqu'à concurrence du montant du remboursement prévu par le système dont il dépend.

si la citoyen souhaite bénéficier d'un traitement à l'étranger, les autorités sanitaires dont il dépend doivent lui communiquer des informations sur la manière d'obtenir l'autorisation de se faire soigner dans un autre État membre, sur les niveaux de remboursements qui seront appliqués, et, le cas échéant, sur la façon de faire appel de certaines décisions.

En outre, conformément aux réclamant1408/71, une personne séjournant temporairement dans un autre état membre, et venant à nécessiter des soins de santé, se verra prodigués ses soins au même titre que les personnes assurées dans ce pays. Si elle doit les payer, ils lui seront remboursés dans son pays d'origine sur la base de tarif en vigueur dans l'état membre où ses soins lui ont été fournis.
Après le 1er juin 2004, les citoyens pourront attester de ce droit au moyen de la carte européenne d'assurance maladie, qui remplacera le formulaire papier actuel.

Pour les institutions
La collaboration européenne peut apporter des avantages concrets à l'efficacité et l'efficience des services de santé en Europe.
Ceci s'appuie sur une collaboration européenne visant à permettre une meilleure utilisation des ressources, telles que la mise en place d'une meilleure compréhension des droits et devoir des patients, le partage des capacités disponibles entre les systèmes de soins transnationaux, la mobilité des professionnels de santé et la coordination de l'évaluation de nouvelles technologies de la santé.
Il s'agit également de l'amélioration de la formation et de la connaissance des systèmes de santé, de l'identification des meilleures pratiques pour assurer un accès universel à des services de qualité.

Vers l'Europe des professionnels de la Santé.

Christian PUPPINCK
Docteur en médecine
Chargé de mission auprès des Institutions européennes
22 rue Joubert 75009 Paris France
Tel : +33 1 53 32 73 98
Fax : +33 1 53 32 73 99
Email : christian.puppinck@edfgdf.fr

Contexte

En Europe, la libre circulation des patients conduit à un développement des échanges et du partage d'informations entre les divers professionnels de santé des Etats de l'Union.
la libre circulation des professionnels de santé leur permettra d'exercer dans un autre pays que le leur à condition qu'ils puissent apporter la preuve de leurs droits à exercer.

Mise en œuvre

Du point de vue des données

Les informations sur le système de santé sont essentielles.
C'est sur elle que repose la capacité des citoyens à utiliser les systèmes de santé, ou celle des professionnels à établir un diagnostic, à soigner le patient ou à l'aiguiller vers un spécialiste, et celle des autorités sanitaires à gérer les systèmes dans leur ensemble.

Au niveau européen les informations servent de point de départ à l'identification des meilleures pratiques et à la comparaison entre les normes.
Cela va des renseignements concernant l'offre détaillée de soins de santé à la mise sur pied d'un cadre visant à la collecte systématique de données sur le volume et la nature des mouvements de patients, y compris les données sur les mouvements liés au tourisme et sur le séjour de longue durée.
Les collectes d'information sont orientées vers les domaines de la formation sur le système de santé, sur les données hospitalières, les soins primaires, les produits pharmaceutiques, les efforts en matière de prévention et de promotion de la santé.
Un portail européen sur la santé publique servira de point d'accès unique à des informations sur la santé classées par thème, et à des indicateurs concernant *mortalité et morbidité*, *blessures et accidents, mode de vie, santé et environnement, santé mentale, systèmes de santé.*

Du point de vue des professionnels de la santé

La mobilité dans le domaine de la santé ne concerne pas uniquement le patient ; certains professionnels de la santé s'établissent dans un autre pays que leur État d'origine.
Cet établissement est facilité par les règles européennes relatives à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Ces règles visent à garantir une procédure claire, simple et transparente de reconnaissance.

De manière plus générale, les informations sur le nombre de professionnels de la santé, leur spécialisation et leur mouvement et leur répartition sont importantes pour la planification et l'offre de services de santé. Ces données devraient être rassemblées via le Comité de la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Une question particulière est le choix des procédures engagées pour faute professionnelle et la méthode la mieux indiquée pour assurer, avec la confidentialité et la célérité voulue, un échange d'informations.

Back Pain rehabilitation in UK industry.

Dr Wright - England

Occupational health services are only available to a minority of British workers, the majority of whom are employed in small and medium enterprises. The management of sickness absence, which runs at about 4-5%, therefore does not always have the benefit of occupational health advice. Of those off work through sickness absence about 40% will report a musculoskeletal illness of which back pain is the commonest disorder given on the sick certificate. A proportion of those who remain off sick will lose their jobs.

The approach to the problem of back pain by industry is primarily to reduce occurrence by proper training and risk reduction. If this fails then business should accommodate the employee in such a way that recovery can take place and a return to normal work be effected. In considering the need for such training there is a requirement to take account of the relevant legislation and the possibility of civil litigation. The working environment and factors affecting job satisfaction all play a key role in sickness absence overall.

The key function of an occupational physician in these circumstances is to persuade management that rehabilitation is the way forward and that this can be done while the person remains at work, albeit in a reduced capacity. Rehabilitation must be time limited and if a full return cannot be effected then redeployment may be necessary, taking into account the provisions of the Disability Discrimination Act (1995).

Businesses may consider provision of or referral to rehabilitation services, but in general only laeger and more profitable organisations are able to contemplate this.

Occupational exposure to silica and autoimmune diseases.

C.H.M. Van haecht

Silica (silicon dioxide) is formed from the two most abundant elements in the earth's crust, oxygen and silicon. The crystalline form of SiO_2 is found most commonly in cristobalite, tridymite and quartz, an abundant component of soil and rock.
It is when the crystalline silica-containing rock and sand are used or processed (in mining, quarrying, drilling, sand blasting, tunneling operations and foundry work) that workers can be exposed to elevated dust levels of respirable silica. That this causes silicosis of the lungs (and some other lung diseases including cancer) is worldwide known and accepted, but less known is the association with systemic autoimmune diseases.

However, there are in the literature early case reports of men occupied in the industry with autoimmune diseases as scleroderma (Bramwell, 1914), glomerulonephritis (Collis, 1922) and rheumatoid arthritis (Caplan, 1953).
Since then, a number of epidemiological studies have been undertaken to explore the association between occupational exposure to silica and autoimmune diseases as glomerulonephritis, vasculitis (including Wegener's granulomatosis), scleroderma or systemic sclerosis, rheumatoid arthritis, lupus erythematosus and sarcoidosis.
At this moment it must be admitted that there is a relative paucity of good case-control and cohort studies investigating environmental exposure and the risk of developing systemic autoimmune diseases in large part because these diseases are relatively rare.

From a pathophysiological point of view, there is large support for a causal relationship. Autoimmune diseases certainly have a genentic basis with an individual predisposition, but it is also clear that in the development of the disease exogenous triggers (possibly even multiple triggers) play a substantial role. Potential mechanisms of induction of autoimmunity could be suppression of one section of the immune system or chemical binding to a self-antigen forming a neoantigen thus breaking tolerance. Old and recent investigations in animal models (e.g. New Zealand mixed mice and Lewis rats) confirm that instillation of silica increases the production of autoantibodies and exacerbates autoimmune responses.

In conclusion, there is evidence enough that justifies further well-designed epidemiologic studies to explore the association between occupational exposure to silica and autoimmune disesases. This is true from a scientifical point of view but as well because of the possibility to give a compensation to the victims of these diseases and primarely in function of preventional actions.

Exposition professionnelle a la silice et maladies auto-immunes
(résumé)

La silice (oxyde de silicium) est formée à partir des deux éléments les plus abondants dans la croûte terrestre : l'oxygène et le silicium. La forme cristalline du SiO_2 se rencontre le plus souvent dans la cristobalite, la tridymite et le quartz, un composant abondant du sol et de la roche.
C'est au moment où la roche et le sable contenant de la silice cristalline sont exploités et transformés (dans les opérations d'exploitation minière, d'extraction, de sondage, de sablage, de forage de tunnels et les travaux de fonderie) que les travailleurs peuvent être exposés à des niveaux élevés de silice inhalable. Il est mondialement reconnu et admis que ceci provoque la silicose des poumons (et quelques autres maladies pulmonaires dont le cancer), mais la corrélation avec des maladies auto-immunes systémiques est moins connue.

La littérature contient néanmoins des rapports d'observation précoce sur des hommes occupés dans l'industrie atteints de maladies auto-immunes comme la sclérodermie (Bramwell, 1914), la glomérulonéphrite (Collis, 1922) et la polyarthrite rhumatoïde (Caplan, 1953).
Depuis lors, un certain nombre d'études épidémiologiques ont été entreprises afin d'explorer la corrélation entre l'exposition professionnelle à la silice et les maladies auto-immunes comme la glomérulonéphrite, l'angéite (dont la granulomatose de Wegener), la sclérodermie ou la sclérose systémique, la polyarthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux et la sarcoïdose.
A l'heure actuelle, force est d'admettre qu'il y a une relative pénurie d'études cas-témoins et de cohorte explorant l'exposition environnementale et le risque de développement de maladies auto-immunes systémiques à grande échelle en raison de la relative rareté de ces maladies.

D'un point de vue pathophysiologique, une relation causale est largement soutenue. Les maladies auto-immunes ont certainement une base génétique avec une prédisposition individuelle, mais il est clair également que, dans le développement de la maladie, des facteurs déclencheurs exogènes (peut-être même plusieurs déclencheurs) peuvent jouer un rôle substantiel. Les mécanismes potentiels d'induction de l'auto-immunité pourraient être la suppression d'une section du système immunitaire ou la liaison chimique à un antigène du soi formant un néoantigène, entraînant ainsi une rupture de la tolérance. Les recherches anciennes et récentes sur des modèles animaux (p.ex. souris New Zealand Mixed et rats de Lewis) confirment que l'instillation de silice augmente la production d'anticorps auto-immunes et exacerbe les réponses auto-immunes.

L'on dispose, en conclusion, de preuves suffisantes justifiant de nouvelles études épidémiologiques bien conçues pour explorer l'association entre l'exposition professionnelle à la silice et les maladies auto-immunes. Ceci est vrai d'un point de vue scientifique, mais aussi en raison de la possibilité d'octroyer une indemnité aux victimes de ces maladies et avant tout en fonction d'actions préventives.

C.H.M. Van haecht (11/2/04)

Physicians' co-operation: a neglected return to work strategy?

K. Mortelmans[1 2], P. Donceel[1], D. Lahaye[1].
Affiliation: [1]Department of Occupational, Environmental and Insurance Medicine, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium; [2]Department of Research and Development, Occupational Health Services IDEWE, Belgium.
Address for correspondence: Department of Occupational, Environmental and Insurance Medicine, Katholieke Universiteit Leuven. Kapucijnenvoer 35/5, 3000 Leuven, Belgium.
E-mail: katrien.mortelmans@idewe.be
Presenter: K. Mortelmans.

Abstract in English

Physcians' co-operation: a neglected return to work strategy?

Introduction
Return to work studies are mainly focused on workplace based interventions or patient oriented interventions. Less attention is paid to the co-operation between all stakeholders: a necessary condition to make professional reintegration successful. The aim is to describe results of the implementation of a model improving co-operation between 2 involved physicians: the insurance physician and the occupational physician.

Methods
In 2001-2003, in Belgium, 15 insurance physicians and 40 occupational physicians applied a co-operation model in daily practice. The co-operation model was conducted by the means of general information exchange in interdisciplinary meetings and individualized information exchange using a communication form. The communication form was reserved for 505 employees, aged 18-50, on sick leave due to a non-pregnancy related disorder, proving written informed consent at the time of the second work(in)ability assessment consultation. Through the form the insurance physician informed the occupational physician on regular base on the employees' sick leave aetiology, work relatedness of the disorder, and prognosis regarding duration of work inability. The use of the form continued as long sickness benefit was allowed. Individualized information exchange was ceased when work inability duration exceeded 1 year.

Results
On the question "Did the interdisciplinary meeting(s) improve the image you had of the occupational physician or did they result in better comprehension?" responded 27% of the insurance physicians 'not at all', 13% 'not really, 20% 'no opinion', 33% 'a little', and 7% 'yes, certainly'.
Mean duration of the use of the communication form was 103 days (SD=92,7; median=72; range: 1 to 319). In 51% of the cases, the insurance physicians used the communication form in broader sense than initially foreseen. For 195 patients, the need and the possibilities for partial or accommodated return to work were discussed. For 103 patients, the insurance physician asked the occupational physician information on the patient's job content. For 32 patients, another type of additional discussion - mainly patients' employment dismissal due to medical reasons - was initiated.
Discussion and conclusions

The co-operation model was well accepted, welcome and rigorously applied. The implementation shows that insurance physicians want occupational physicians to play an active role in disability management. Furthermore, the co-operation between the insurance physicians and occupational physicians in the professional reintegration process of employees on long-term sick leave leaves significant room for improvement.

Short summary in French

La collaboration entre les médecins :
une stratégie négligée dans la réintégration professionnelle ?
Dans les études de réintégration professionnelle, on accorde de plus en plus d'attention à la collaboration entre toutes les parties impliquées dans l'assistance au retour au travail du patient en incapacité de travail.
En Belgique, le projet 'ReGA' vise à une plus grande collaboration entre les médecins du travail et les médecins-conseil afin de prévenir l'incapacité de travail de longue durée. Un modèle de collaboration fut développé et appliqué par 15 médecins-conseil et 40 médecins du travail. Le modèle comprenait des réunions interdisciplinaires et l'usage d'un formulaire standardisé. Le formulaire était utilisé par le médecin-conseil pour donner au médecin du travail de l'information sur l'étiologie de l'incapacité de travail, la relation entre le diagnostic et les circonstances de travail, et la prévision de la durée de l'incapacité du travail. Dans cette étude, le formulaire était utilisé pour 505 employés en congé de maladie depuis plus de 2 mois et ce jusqu'au retour de l'employé au travail ou jusqu'à 12 mois de congé de maladie.
À la question de savoir si les réunions ont abouti à une meilleure entente avec le médecin du travail, 40% des médecins-conseil ont répondu négativement, 20% n'avaient pas d'opinion et 40% ont répondu positivement.
Pour 51% des employés, les médecins-conseils utilisaient le formulaire non seulement pour donner de l'information mais aussi pour initier une vraie collaboration avec le médecin du travail.

Ce modèle de collaboration a été bien accueilli.

Maladies lombaires dégénératives : facteurs de risque professionnels et reconnaissance par le Fonds des Maladies Professionnelles en Belgique.

Dr Grietje Morren

Introduction

En Belgique existent deux systèmes de reconnaissance d'une maladie comme étant une maladie professionnelle.

Le système liste contient entre autre
"*Affections de la colonne lombaire associées à des lésions dégénératives précoces provoquées par des vibrations mécaniques transmises au corps par le siège" (code 1.605.12)*
Le Fonds a publié ses critères de reconnaissance.

Le système ouvert peut couvrir des maladies qui ne figurent pas sur la liste et qui trouvent leur cause déterminante et directe dans l'exercice de l'activité professionnelle.
On manque de critères d'exposition officiels.

Méthode

Sur base d'expérience, à la lecture d'études scientifiques, de la reconnaissance dans d'autres pays et de la jurisprudence, l'ANMC a établi, elle-même, des critères pour introduire une demande de réparation auprès du Fonds dans le système ouvert pour une maladie lombaire dégénérative.

Résultats

Les facteurs d'inclusion (lever des poids lourds, s'incliner en avant, torsion de la colonne lombaire) et les facteurs d'exclusion (anomalies congénitales, obésité, polyarthrose, activité sportive, âge élevé) sont pris en considération pour déterminer l'opportunité de faire une demande ou pas pour réparation.
Ils correspondent bien avec un modèle qui analyse l'influence du travail sur le développement de la douleur dans la région lombaire (Scan J Work Environ Health 2003, vol 29, no 6 by Freek Lötters and others).
Ce modèle va être utilisé pour raffiner l'approche de l'ANMC.

Introduction

In Belgium, two systems are used to recognise an illness as being of an occupational nature.

Conditions listed in the system include:
"*Disorders affecting the lumbar spinal column, linked to early-onset degenerative changes caused by vibration transmitted mechanically to the body via the seat " (code 1.605.12)*

The Fund has published its recognition criteria.

The open system can cover disorders not shown in the list and in which their determinant, direct cause is to be found in the practice of an occupation.
There are no official exposure criteria.

Method
On the basis of experience, of scrutiny of scientific studies, of recognition in other countries and of jurisprudence, the ANMC has drawn up its own set of criteria on the basis of which claims relating to a degenerative low back disorder may be lodged with the Fund under the open system.

Results
Inclusion factors (lifting heavy weights, leaning forwards, twisting of the lumbar spinal column) and exclusion factors (congenital abnormalities, obesity, polyarthrosis, sporting activity, advanced age) are taken into account when assessing whether or not there are grounds for lodging a claim for damages.
These fit well with a model that analyses work and the impact that this has on the development of lower back pain (Scan J Work Environ Health 2003, Vol 29, No 6: Freek Lötters *et al*).
This model will be used to fine-tune the ANMC approach.

Centre d'Expertise en Réorientation Professionnelle du Hainaut Occidental (CERPHO) : une méthodologie d'expertise originale. Professional retraining expertise centre in West Hainaut (Belgium): an original expertise methodology.

Dr Freddy Falez
Médecin Conseiller
Direction Etudes UNMS (Belgique)
Laboratoire de médecine légale et Sociale
ULB (Prof P. Lucas)

Summary
In Belgium, professional retraining is paid by the social insurance. Before paying a retraining, it is important to assess the patient's remaining capacities. The Expertise Centre in Professional retraining in West Hainaut (Belgium) proposes a new and original way of assessment based on multidisciplinary between work doctor, psychologist and other disciplines. Assessment uses a French tool describing professional constraints and communication between the Centre and the social security board is made by ICF coding.

Résumé
En Belgique la réorientation professionnelle est payée par la sécurité sociale. Il est donc important d'évaluer les chances de succès du patient. Le Centre d'Expertise en Réorientation Professionnelle du Hainaut occidental propose une méthode originale, basée sur l'interdisciplinarité entre médecin du travail psychologues et autres professionnels. Il utilise le Répertoire opérationnel des Métiers et Emploi de l'ANPE française pour décrire les contraintes professionnelles et la CIF pour sa communication avec les autorités de la sécurité sociale.

Assessing the sensitivity and specificity of a functional capacity protocol. A retrospective study.

Trang Nguyen M.D., Randolph D.C, MD, P.H.

The economic and personal impact of occupational injuries has become phenomenal. With such a large impact on society, there is a necessity to get the injured individual back to being a productive lifestyle and to ensure no recurrence of the injury. As a part of the return-to-work process, healthcare providers are utilizing Functional Capacity Evaluations (FCE) to quantify the capabilities of the workers. A recent literature review in the spring of 2002 indicated that most of the present commercial FCE system has little or no validity established. This study will evaluate the sensitivity and specificity of a FCE protocol. It is hypothesized that a more accurate assessment of an individual's functional ability can be achieved by utilizing medical and social historic factors, physical exam by a physician, and testing of functional capabilities utilizing physiological and biomechanical parameters along with selective psychometric testing.

This study will evaluate 90 individuals who have musculoskeletal injuries for at least 6 months and will be assessed for their capability to return-to-work. The participants will be followed for one to two years to evaluate re-injury rates based on the number of lost or restricted days and/or recurrent injury of the same anatomic part.

Pharmanet permet-il l'analyse du suivi longitudinal (historique) de la consommation de médicaments des patients ? Application à la classe des antihypertenseurs.

Christine Petit, Philippe Drabs, Guillaume Vandermeersch, Tomas Corveleyn
Union Nationale des Mutualités Libres

INTRODUCTION

En Belgique, certains médicaments nécessitent l'accord préalable du médecin-conseil avant d'obtenir leur remboursement. En effet, les patients ne bénéficient de ce traitement que s'ils répondent à des critères stricts, rédigés par la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM). C'est le cas notamment de certains anti-hypertenseurs dont les sartans.

L'Union Nationale des Mutualités Libres examine ses données de consommation des anti-hypertenseurs grâce à l'outil Pharmanet. Ce dernier permet à tout organisme assureur de connaître avec une bonne exactitude pour chaque spécialité pharmaceutique remboursable les données suivantes : le nombre total de conditionnements, à qui (patient), par qui (prescripteur), la date de délivrance, par quel dispensateur (pharmacien), etc...
D'autre part, des données propres aux organismes assureurs leur permettent de sélectionner des patients dits 'naïfs' càd à qui le médecin conseil accorde pour la première fois un accord de remboursement et non une prolongation.
Les modalités de remboursement stipulent que les sartans sont utilisés dans le traitement de l'hypertension artérielle après échec du traitement par des thérapeutiques classiques (au minimum traitement de troisième intention) ou bien en première intention dans le traitement de l'hypertrophie ventriculaire gauche.

L'objectif de cette étude est de montrer qu'en couplant plusieurs bases de données au sein des organismes assureurs, nous pouvons retracer l'analyse de consommation antérieure de certains médicaments et de vérifier la conformité de l'application sur le terrain des modalités de remboursement.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE :

Les anti-hypertenseurs sont répartis en différents groupes (8) cf tableau 1 selon leurs critères (groupes de remboursement des médicaments, qui ne tiennent pas compte d'éventuelles associations de principes actifs au sein de la même spécialité pharmaceutique).

1. Sélection des patients ayant reçu au cours de l'année 2003 un accord médecin-conseil pour un sartan
2. Analyse de la consommation des médicaments anti-hypertenseurs après la date de l'accord. Les sartans sont-ils utilisés principalement en monothérapie ou add-on à d'autres thérapies classiques ?
3. Analyse de la consommation médicamenteuse antérieure à la prise d'un sartan, càd suivi longitudinal de la prise d'antihypertenseurs avant de recourir au sartan

RESULTATS :

1. Classes des antihypertenseurs

Un effet favorable sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire dues à l'hypertension a été démontré avec les diurétiques thiazidiques et apparentés, les β-bloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes du calcium et les sartans.

Actuellement et en tenant compte des coûts des différente classes, l'instauration d'un traitement par un diurétique (thiazide ou apparenté) à faible dose est un premier choix chez beaucoup de patients.

En général on essaie de traiter l'hypertension avec une seule classe d'antihypertenseur mais lorsque le contrôle de la tension artérielle n'est pas suffisant, on peut recourir à l'association de plusieurs antihypertenseurs[12].

L'analyse de nos bases de données montre que pour l'année 2003, 311535 patients[13] (membres) ont consommé un antihypertenseur. Cela signifie que 18,5% de nos membres se sont vu prescrire au moins un médicament de la classe des antihypertenseurs (toutes classes confondues).

Le tableau 1 ci-dessous montre la répartition de la consommation des 8 différentes classes d'antihypertenseurs pour les patients de l'UNMLibres et ce, pour l'année 2003.

Classe d'ATH[14]	*% de notre effectif **	*% de patients sous ATH par classe*
β -bloquants	10,33	55,8
Diurétiques	7,75	41,9
Antagonistes calciques	4,77	25,8
IECA	4,67	25,2
Sartans	2,87	15,5
Antihypertenseurs à action centrale	0,95	5,1
β -bloquants	0,08	0,4
Vasodilatateurs	0,02	0,1

Tableau 1

*: nombre de patients ayant consommé un ATH versus nombre total de nos membres (>1 680 000 personnes).

Il est à remarquer que la somme des différents pourcentages entre les 8 classes définies est supérieure à 100% , cela signifie qu'une certaine proportion des patients se voient prescrire plus d'une classe d'antihypertenseurs pour contrôler leur hypertension.

Les résultats montrent qu'au cours de l'année 2003 et parmi tous nos patients traités pour l'hypertension : 55,8% se sont vus prescrire des β-bloquants, 41,9% des diurétiques, 25,8% des antagonistes calciques et 25,2%des IECA. Ce qui semble coïncider avec les guidelines définies ci-plus-haut.

[12] Folia Pharmaco Therapeutica, 31(4), avril 2004.

[13] Dans cette étude patients = membres = personnes

[14] HTA : antihypertenseurs

15,5% de nos patients traités pour l'hypertension se sont vus prescrire des sartans au cours de l'année 2003 autrement dit cela représente 2,87% de notre effectif total. Il s'agit des personnes qui bénéficient d'un accord MC[15] pour un sartan, antérieur au 1er janvier 2003 et celles qui ont reçu pour la toute première fois un accord MC pour le remboursement des sartans en 2003 (patients 'naïfs').
Le nombre de nouveaux patients candidats à une thérapie pour sartans a augmenté de 27% en 2003 par rapport à l'année 2002.

Le tableau 1 montre également que les antihypertenseurs à action centrale et les β-bloquants sont les classes d'ATH les moins fréquemment prescrites respectivement : 0,4% et 0,1% de nos patients traités par un ATH.
Dans le traitement de l'hypertension les β-bloquants ainsi que les antihypertenseurs centraux (méthyldopa, clonidine, ..) n'ont démontré aucun effet favorable sur la morbidité et la mortalité[16].

2.Analyse d'une classe spécifique d'antihypertenseurs : les sartans
En 2003, 10361 membres de l'UNMLibres ont reçu pour la première fois une autorisation du médecin-conseil pour le remboursement d'un sartan. Les patients peuvent soit changer de thérapie et par conséquent utiliser le sartan en monothérapie, soit additionner les sartans aux autres traitements déjà existants (add-on)
Afin d'examiner nos données de tarification (consommation), parmi les 10361 nouveaux patients ayant reçu un accord MC, nous n'avons sélectionné que ceux qui au cours du premier semestre 2003 avaient reçu un accord MC, cela concerne 5475 patients. Pour ces derniers, nous avons analysé les données de consommation des différentes classes d'ATH au cours du second semestre 2003. Cela nous permet d'éviter un biais de report de tarification d'éventuels autres antihypertenseurs en fin d'année pour un accord obtenu en fin décembre par exemple.

Le tableau 2 ci-dessous reprend le nombre de patients qui ont reçu un accord du médecin-conseil pour le remboursement d'un sartan au cours du 1er semestre 2003 et pour lesquels il y a eu tarification au cours du second semestre d'une ou plusieurs autre(s) classe(s) d'ATH.

Classe d'ATH	*Nombre de patients*	*% de patients ayant consommé, durant le second semestre 2003, une autre classe d'ATH après obtention d'un accord MC pour sartans par rapport au nombre de patients sélectionnés en (%)*
β -bloquants	1.736	31,71
Diurétiques	1.029	18,79
Antagonistes calciques	792	14,47
IECA	314	5,74
AHT à action centrale	260	4,75
β -bloquants	10	0,18
Vasodilatateurs	7	0,13

[15] MC : médecin-conseil
[16] Folia Pharmaco Therapeutica, 31(4), avril 2004.

Tableau 2 : nombre de patients ayant consommé un autre ATH après avoir reçu l'accord MC pour un sartan (second semestre 2003) pour les mêmes patients sélectionnés au cours du premier semestre 2003 (5475 patients)

D'autre part, l'analyse de notre base de données montre que 27,2% (100%-72,8%) de nos patients n'ont pas consommé de sartans alors qu'ils ont obtenu un accord pour le remboursement. Cela peut peut-être soit s'expliquer par une mauvaise compliance et/ou soit ils continuent leur thérapie antérieure voire même ils sont décédés.
40,2% des patients ayant reçu un accord MC pendant le premier semestre 2003 ont consommé au cours du second semestre 2003 uniquement des sartans (=monothérapie) Les thérapies les plus fréquemment prescrites de manière concomitante aux sartans sont les β-bloquants (35,5%), les diurétiques (13,8%). Viennent ensuite les traitements concomitants avec 2, 3 voire même plus de 4 classes d'ATH.

Historique de la consommation des antihypertenseurs préalablement aux sartans :

Grâce à la date (enregistrée dans nos bases de données) à laquelle les patients ont reçu un accord du médecin-conseil, il est possible de retracer la consommation antérieure d'autres antihypertenseurs à celle des sartans (historique de la consommation).
Pour un nombre de classes d'ATH égale à 8, les possibilités de combinaison de traitements antérieurs sont très nombreuses. C'est pourquoi nous nous sommes limités aux fréquences les plus élevées de recours à d'autres classes d'antihypertenseurs. Le suivi de la consommation a été réalisée depuis le 1er janvier 2002 jusqu'à la date de l'autorisation de remboursement pour le sartan accordée par le médecin-conseil.

L'analyse de nos bases de données a montré que dans plus de 26% des cas soit 2765 patients sur les 10361, nous n'avons aucune donnée de tarification càd que pour un grand nombre d'entre eux, aucune thérapie antihypertensive préalable à celle des sartans n'a été administrée.
Une partie de ce pourcentage pourrait s'expliquer par le fait que les patients ont reçu des échantillons de leur médecin dont nous n'avons pas connaissance ou par le fait que des sartans peuvent être prescrits en première ligne dans le traitement de l'hypertrophie ventriculaire gauche. Le reste peut être le reflet du non respect par les prescripteurs de la législation d'application actuelle.

Le tableau 3 ci-dessous reprend la fréquence des classes d'antihypertenseurs les plus couramment consommées avant la consommation d'un sartan.

Autres classes d'HTA consommées préalablement à celle d'un sartan	*Nombre de patients*	*Fréquence des traitements antérieurs (en %)*	*Nombre cumulé de patients*	*Fréquence cumulée des traitements antérieurs (en %)*
β -bloquants*	1.174	15,46	1.174	15,46
IECA*	552	7,27	1.726	22,72
Antagonistes calciques*	513	6,75	2.239	29,48
β -bloquants – IECA	409	5,38	2.648	34,86
Diurétiques*	356	4,69	3.004	39,55
β -bloquants – diurétiques	313	4,12	3.317	43,67
β -bloquants - antagonistes calciques	236	3,11	3.553	46,77
Antagonistes calciques – IECA	183	2,41	3.736	49,18
Antagonistes calciques – diurétiques	175	2,30	3.911	51,48
IECA – diurétiques	158	2,08	4.069	55,56
Etc…	…	…	…	…

Tableau 3 :
la somme des fréquences des traitements par une seule classe d'ATH antérieure à celle des sartans * est de 34,2%

Les résultats montrent que dans plus de 34,2 % des cas, les patients ont reçu un traitement antérieur à celui des sartans : 15,46% avec des β -bloquants, 7,27% avec des IECA, 6,75% des antagonistes calciques et 4,69% avec des diurétiques.
Toutefois, cela n'exclut pas qu'un patient ayant pris pendant une longue période un ATH n'ait pas reçu un autre traitement préalable, nous n'avons tout simplement pas suffisamment de recul des données de consommation pour ces patients.

CONCLUSIONS :

En couplant différentes bases de données, les mutualités peuvent analyser la consommation globale des médicaments remboursables en l'occurrence ici les antihypertenseurs.
D'autre part, l'encodage des accords médecins-conseils permet de sélectionner les patients qui reçoivent pour la première fois une autorisation de remboursement et de retracer au cours du temps leur consommation médicamenteuse. La conformité aux règles de remboursement peut donc être évaluée et discutée avec les prestataires.
La connaissance d'indicateurs prédictifs d'une affection précise (soit diagnostic soit autres techniques spécifiques) permettra de mieux cibler les éventuelles déviances par rapport aux critères de remboursement. Il va de soi que, dans un tel système d'évaluation, les modalités de remboursement doivent coïncider avec les guidelines.

Does Pharmanet allow the analysis of historical (follow-up) drug consumption by patients ?
Application at the class of antihypertensive drugs

Christine Petit, Philippe Drabs, Guillaume Vandermeersch,
Tomas Corveleyn

In Belgium the reimbursement of certain drugs is conditioned by the prior authorization of the medical adviser. The patients can indeed only obtain a financial contribution for their treatment if they respond to strict criteria written down by the so called "CRM/CTG" (= the national commission for drug reimbursement). This is the case of several classes of specific antihypertensive drugs, among them the sartans.
The Union Nationale des Mutualités Libres is analysing the consumption data of antihypertensive drugs with the aid of a tool called Pharmanet. This tool allows the sick funds to obtain, for every reimbursable drug, precise data about such items as: total amount of packages, delivered to (patient), by who (prescriber), delivery date, deliverer (pharmacist), etc.
On the other hand, sick funds have their own databases allowing them to make a selection of so called "naïve" patients, i.e. patients who obtained for the first time an authorization for reimbursement by the medical adviser (excluding prolongations).
Criteria for sartans are: use in the treatment of vascular hypertension after failure of the standard therapeutic classes (at least treatment of third attempt), or first attempt treatment in case of left ventricular hypertrophy.

Methodology of the study:
Antihypertensive drugs are classified in 8 different groups in accordance to their criteria (for reimbursement)

1. Selection of patients having obtained an authorization for reimbursement of a sartan by the medical adviser
2. Analysis of antihypertensive drug consumption during the period after the authorization. Are sartans used in monotherapy or in addition to other classical antihypertensive drugs?
3. Analysis of drug consumption prior to the date of authorization, i.e. longitudinal follow-up of antihypertensive drug intake before a sartan was prescribed.

PRESCRIPTION DES ANTI-INFLAMMATOIRES NON-STÉROIDIENS ET RISQUES INDUITS :
Analyse à partir d'une base de données régionales de l'Assurance maladie pour les omnipraticiens et les rhumatologues.

PAROT E.*, S. FANELLO*, J. PIVETTE**, LEVY P.***, SCHOUX P.****
* Département Universitaire de Santé Publique UFR Médecine – 49045 Angers cedex 01 ; ** Direction Régionale du Service Médical 44034 Nantes cedex 01 ; *** Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Service Médical 44203 Nantes cedex 02 ; **** Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Service Médical, 49010 Angers cedex 01.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont largement prescrits en raison de leurs nombreuses actions thérapeutiques (30 millions de prescriptions par an en France). La prescription des AINS doit obéir à certaines règles pour éviter des complications nombreuses et parfois graves.
Tout d'abord, la prise de certains médicaments (diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion sérique, antagonistes de l'angiotensine) peut, associé à la prise d'un AINS, être responsable d'une insuffisance rénale aiguë, surtout si le sujet est âgé. Les AINS ont aussi un effet sur l'action hémostatique des anticoagulants qu'ils majorent, favorisant donc le risque de saignement des lésions digestives qu'ils induisent. Le risque hémorragique des AINS est également augmenté lors d'une association à un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (IRS).
L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) des Pays de la Loire a mené, en collaboration avec le département de santé publique de la Faculté de médecine d'Angers, une étude sur les prescriptions d'AINS dans le cadre du plan régional 2001. L'objectif principal de cette étude était de vérifier, par une analyse rétrospective descriptive sur l'ensemble de la région, la prise en compte du risque iatrogène par chaque omnipraticien et rhumatologue prescripteur d'AINS.

Population et méthode
Nous avons utilisé les bases de données contenant des prestations remboursées par le régime général de l'assurance maladie et la mutualité sociale agricole (médicaments et examens biologiques, hospitalisations). Une comparaison entre les pratiques observées à partir de ces bases de données et celles préconisées par les référentiels médicaux a ensuite été effectuée.
La population étudiée était définie par l'ensemble des omnipraticiens et rhumatologues libéraux de la Région des Pays de Loire qui avaient prescrit au moins un AINS pendant la période de l'étude (2 mois). Tous les AINS ont été pris en compte, qu'ils soient utilisés à visée anti-inflammatoire ou antalgique, à l'exclusion des topiques et des spécialités à base d'acide acétylsalicylique.
Nous avons évalué l'exposition au risque et la prise en compte des risques inhérents aux AINS à partir de six indicateurs : le nombre de patients sous AINS rapporté au nombre de patients avec actes ; le nombre de patients sous AINS qui avaient un anti-ulcéreux prescrit par un même prescripteur ; le nombre de patients sous AINS avec une association médicamenteuse à risque pour le rein (plusieurs prescripteurs possibles) qui avaient bénéficié d'une évaluation de la fonction rénale (soit un dosage de la créatininémie, soit une hospitalisation au cours de laquelle nous

avons présumé que ce dosage avait été effectué pendant la période de l'étude et les dix mois la précédant); les patients ayant au moins une association de deux AINS par un même prescripteur pendant la période étudiée ; le nombre d'association d'un AINS avec un antivitamine K, une héparine ou un antiagrégant plaquettaire (plusieurs prescripteurs possibles) et enfin le nombre d'association (plusieurs prescripteurs possibles) d'un AINS avec un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (IRS).

Résultats

2992 omnipraticiens (96 % des actifs de la région) et 82 rhumatologues (100 % des actifs) ont été concernés par cette étude. L'étude a porté sur un échantillon de 1 983 363 bénéficiaires ayant eu au moins un acte effectué par un omnipraticien ou un rhumatologue au cours des deux mois de l'étude (rappelons qu'un même patient peut être comptabilisé plusieurs fois si celui-ci a bénéficié de plusieurs actes par différents médecins) .

277 926 actes (14 %) ont abouti au remboursement d'au moins une prescription d'AINS. Un AINS anticox 2 (non associé à un AINS classique) avait été prescrit chez 8,8 % des patients mis sous AINS par les omnipraticiens et 27,3 % par les rhumatologues.

La protection gastrique associée aux AINS classiques était faible (15,3 %), notamment après 65 ans : 34,4 % chez les omnipraticiens et 53,8 % chez les rhumatologues. Pour les anticox 2, le taux de protection gastrique chez les plus de 65 ans était, comme attendu, plus faible qu'avec les AINS classiques, en particulier chez les rhumatologues (7 % contre 20,4 % chez les omnipraticiens).

La surveillance rénale, en cas d'association à risque (12,6 % des prescriptions), a été retrouvée pour 64,6 % des prescriptions concernées ; elle était plus fréquente lorsque le prescripteur était un rhumatologue (74,1 % versus 64,4 %). Cette surveillance rénale avait été faite chez 71 % des patients de plus de 75 ans, à peine plus que chez les moins de 75 ans (61 %).

Les associations de deux AINS (1,1 %) étaient rares ainsi que celles avec les anti-coagulants (1,6 %). Le taux de coprescription d'un AINS avec les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine était de 4,6 %.

Discussion

On note, comme on pouvait s'y attendre, un plus fort taux de prescriptions d'AINS chez les rhumatologues (19,5% contre 13,9% chez les omnipraticiens).

De plus, les taux de protection gastrique, associée aux AINS classiques, restent faibles ; notamment après 65 ans, puisque seul un tiers de ceux-ci en bénéficie chez les omnipraticiens et un sur deux chez les rhumatologues. Lorsque les AINS prescrits sont des coxibs, les taux de protection gastrique sont nettement plus faibles chez les rhumatologues quel que soit l'âge et chez les omnipraticiens pour les plus de 65 ans. En effet, deux études récentes ont démontré une meilleure tolérance digestive des coxibs avec une diminution d'environ 50 % du risque de survenue d'un événement digestif grave par rapport aux AINS classiques. Paradoxalement chez les omnipraticiens, les prescriptions de coxibs sont plus souvent associées à des anti-ulcéreux chez les moins de 65 ans ; s'il s'agit d'un choix préférentiel motivé par la connaissance d'un risque digestif, on peut s'interroger sur l'apport des coxibs s'ils sont fréquemment associés à un anti-ulcéreux alors qu'il n'existe pas d'étude comparative sur l'apport d'un anti-ulcéreux en fonction du type de l'AINS.

Les critères retenus, estimant qu'une fonction rénale a été effectuée, sont larges; par ailleurs, nous n'avons pas regardé la concomitance entre la mise en œuvre du traitement et la mise en œuvre de la surveillance car nous ne savions pas quand avait débuté le traitement. De plus, toutes les associations nécessitant une surveillance rénale n'ont pas été retenues lors de notre étude. Tous les patients de plus de 75 ans auraient du bénéficier d'une surveillance rénale ; ils sont, dans notre étude, moins de trois quarts à en bénéficier.
L'augmentation du risque iatrogène, du fait de l'association de deux AINS, n'est pas une notion contestable et elle s'applique pour tous les AINS. Bien que près d'un praticien sur deux ait prescrit cette association chez au moins un de ses patients, cette dernière ne représente que 1 % des patients sous AINS.
Les prescriptions d'association AINS-AVK sont peu fréquentes (0,5 % des prescriptions d'AINS) et elles ne sont pas obligatoirement contemporaines, ce qui a pu majorer les résultats. Notre objectif était de rappeler aux professionnels les risques de cette association. En effet, elle est déconseillée mais possible, en cas de nécessité, avec des contrôles rapprochés de l'INR (rapport normalisé international) une fois par semaine les deux premiers mois. La notion de risque hémorragique de l'association AINS-IRS était récente au moment de l'étude, ce qui explique certainement les chiffres constatés (4,6 % des patients sous AINS) qui sont relativement élevés.
Notons enfin, que n'ont été pris en compte dans cette étude que les médicaments prescrits et remboursés par l'assurance maladie, aussi tous les problèmes liés à l'automédication et à la vente libre de certaines molécules nous échappent.

Conclusion

Cette étude a permis de vérifier rétrospectivement que les risques inhérents aux prescriptions d'AINS restaient non négligeables. Chaque médecin a reçu individuellement un courrier de retour personnalisé lui permettant de confronter sa pratique avec celle de ses confrères. Une plaquette collective d'informations sur les bonnes pratiques lui a été jointe. De plus, cette étude descriptive sera complétée par un suivi des indicateurs avec une évaluation de l'impact de cette campagne sur les modalités de prescription et les associations médicamenteuses à risque sur deux ans.

Les interventions coronaires percutanées : une étude des Mutualités Libres.

Dr Chantal Neyrinck

Buts de l'étude

Cette étude a pour but de démontrer que l'utilisation des informations de facturation mises à la disposition des OAs[17] et de l'INAMI peut améliorer de manière significative les informations de type purement médical contenues dans le RCM[18] et influencer fondamentalement la répartition théorique des moyens financiers aux hôpitaux dans le cadre du financement par pathologie (basé actuellement sur le RCM seul). Les 2 types d'informations doivent donc être couplées pour avoir un aperçu très précis de l'activité des Institutions hospitalières.

En effet, les OAs sont capables de retracer le parcours complet des événements en amont et en aval de l'épisode PTCA, par exemple, ce que ne peut pas toujours faire le SPF[19] de la Santé Publique qui ne disposent que de données de type médical et du mode de sortie (via le Résumé Clinique Minimum).

Hypothèse à vérifier : Le financement des institutions hospitalières belges, basé entre autre sur la performance en matière de durée de séjour, favorise-t-il les structures qui font faire le bilan pré-op et le suivi post-op dans une autre structure, afin de réduire leur DMS (durée moyenne de séjour) ? Pouvons-nous évaluer si cela se fait au nom de la rentabilité de la structure ou au nom de la qualité technique ?

Méthodologie

Pour cette étude, nous avons pris en considération les interventions coronaires percutanées (PTCA) du point de vue de deux indicateurs de performance des hôpitaux (indicateurs utilisés par le SPF de la Santé Publique pour les calculs du Budget): la durée moyenne de séjour et les coûts.

« Un hôpital est performant en terme de durée de séjour (de coût) lorsque sa durée de séjour (son coût) est inférieure à la moyenne des hôpitaux du Royaume pour la pathologie considérée ».

L'étude PTCA se base sur la sélection des codes nomenclature suivants :

589013/589024 : dilatation endo-vasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou sub-occlusion d'une artère coronaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que la matériel utilisé, à l'exclusion du cathéter de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour l'ensemble des artères coronaires.

L'étude a répertorié, sur l'année 2000, les cas de PTCA (soit 2047 PTCA) parmi les affiliés des Mutualités Libres. Ce sont les hôpitaux pratiquant plus de 30 procédures PTCA par an qui ont été analysés.

Nous avons comparé les hôpitaux entre eux sur base des durées moyennes de séjour et

[17] Oas: organismes assureurs

[18] RCM: Résumé Clinique Minimum

[19] SPF : Service Public Fédéral

les coûts moyens- hors journées d'entretien et forfaits. Ces indicateurs ont été ensuite standardisés par rapport à la moyenne de notre échantillon d'hôpitaux, suivant le critère d'âge (plus ou moins de 75 ans).
Ensuite, nous avons comparé, en matière de méthodologie, uniquement en ce qui concerne les durées de séjour, la méthodologie de calcul de la durée moyenne de séjour selon le MSP sur base du RCM pour ces même PTCA et celle des OAs sur base des RFM[20].
Tandis que le RCM calcule une durée de séjour liée à la procédure proprement dite et exclut les transferts et les one-day, le calcul OA tient compte de tous les séjours qui entourent la procédure PTCA (mise au point préopératoire et suivi post-opératoire y compris).
Le formulaire RCM fournit aussi le renseignement du mode de sortie et on est donc au courant d'un transfert éventuel, mais sans savoir où, à ce moment.

Résultats

Performance des hôpitaux en durée de séjour :
Nous observons une assez grande disparité entre les hôpitaux quant à la performance de DMS

Performance des hôpitaux en coûts variables :
La disparité est moins grande en ce qui concerne la performance en coûts variables et ce ne sont pas nécessairement les hôpitaux performants en DMS qui sont également performants en coûts variables

Comparaison de deux méthodologies pour le calcul de la durée moyenne de séjour :
Une classification a été faite suite à la comparaison des performances en durée de séjour selon la méthode RCM et RFM. Les résultats sont assez parlants : certains hôpitaux qui sont performants en durée de séjour dans l'approche RCM deviennent non-performants en approche RFM qui tient compte des différents transferts liés à la procédure : ce sont donc probablement des hôpitaux qui transfèrent volontiers. L'inverse est vrai également : des hôpitaux non performants en RCM le deviennent en RFM : ce sont donc probablement des hôpitaux qui font les mises au point en ambulatoire ou en hospitalisation mais de façon décalée dans le temps.
Il est vrai que la performance des hôpitaux en durée de séjour n'est pas prise en compte au niveau des OAs.

Discussion

Il s'agit d'une étude menée par l'UNML[21] qui porte sur une procédure en cardiologie : PTCA, destinée à mettre en évidence l'intérêt du partage d'informations entre le SPF de la Santé Publique et les OAs, pour un financement au plus juste des hôpitaux. En effet, nous émettons l'hypothèse que le financement des hôpitaux est finalement basé sur des données incomplètes et que l'on risque d'assister à des financements inappropriés, privilégiant les hôpitaux qui ont tendance à ne pas assurer le bilan pré-opératoire et le suivi post-opératoire de leurs patients. Les hôpitaux qui transfèrent leurs patients avant et après la procédures sont gagnants dans le financement du BMF[22] puisque leur durée de

[20] RFM: Résumé financier minimum

[21] U.N.M.L.: Union Nationale des Mutualités Libres

[22] BMF: Budget des Moyens Financiers

séjour est fortement inférieure à ceux qui prennent en charge le patient depuis le bilan pré-opératoire jusqu'à la sortie définitive du patient.

Nous souhaitons faire évoluer cette étude en étudiant la géographie des transferts pour voir s'ils se faisaient au sein de fusions par exemple et ainsi mettre éventuellement un quelconque avantage financier à ce mode de gestion des patients pour les institutions.
Enfin, l'étude sera prolongée, afin d'avoir une vue , certes partielle, sur la qualité des procédures PTCA, via le pourcentage de récidive ou de reprises dans un délai de 6 mois post-stent. Nous sommes néanmoins bien conscients que les OAs ne sont pas encore en mesure d'évaluer la sévérité des cas et que ces derniers, tout comme sans doute les hôpitaux, sont demandeurs d'un plus grand partage d'informations de cette nature entre les institutions et les OAs.

Summary
By this study, the U.N.M.L., has tried to show that it is really necessary to mix informations coming from Public Health Ministery (that concern medical data) and those coming from the insurance organisms (financial data), in the aim of improve the quality of the hospital financing.
We have compared the performance of different hospitals concerning the stay duration for a procedure as PTCA, measured by RCM (medical data) and by RFM (financial data). The hospital financing in Belgium, is based on the improvement or the reduction of stay duration. Some hospitals are trying to reduce the stay duration by transferring patients before and after the procedure and keeping them only for the stent's placement.

Bilan dentaire des enfants de 10 ans dans la population de la Caisse de Prévoyance SNCF .

Dr Ferraci

Dans le cadre d'une campagne de prévention , à la demande du Conseil d'administration de la Caisse de Prévoyance , nous avons invité les familles à rencontrer nos chirurgiens dentistes conseils afin de promouvoir l'hygiène bucco-dentaire , l'accès aux soins et de renseigner celles-ci sur les besoins et prises en charges des traitements orthodontiques. Il a été réalisé, à l'occasion de cette rencontre un bilan caries- obturations- sealant, un bilan orthodontique ciblé sur les besoins en traitement d'interception.

L'enquête porte sur les enfants de notre population nés en 1993 (6073 enfants).
1009 enfants ont été examinés par nos dentistes conseils.

18 % de ces enfants présentent au moins une dent de six ans cariée ou soignée. Les sealants, obturations préventives des puits et fissures, premier acte préventif prévu à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ne sont utilisés que dans 6 % des cas alors que nos confrères qui ont examiné les enfants ont détecté 18 % de sealants nécessaires , non réalisés.

L'examen orthodontique de ces enfants fait apparaître que 70 % présentent des dysmorphoses,
25 % nécessitent un traitement interceptif (à réaliser entre 8 et 10 ans), 12% un traitement d'orthophonie. La moitié des familles n'est pas consciente de ce besoin.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence l'intérêt de construire un cycle de prévention dentaire chez l'enfant axé autour de l'âge de 7 ans (incitation à l'hygiène et aux sealants) , 10 ans (information sur les traitements orthodontiques) et 13-18 ans (bilan bucco-dentaire annuel).

Dental review about
10 years old children in the SNCF health care insurance

Dr Ferracci

In the context of a prevention program, the dentists of the SNCF health care insurance examined 1009 ten-years-old children.

18 % of them had, at least, a decayed six years old tooth, or a treated one. Fissure sealants are used only in 6 % of the patients, whereas the SNCF dentists who examined the children found it was necessary for 18 % of the patients they saw.
Their orthodontic evaluation showed that 70% of them had dysmorphosis, 25% needed an interceptive orthodontic treatment and 12% a speech therapy.
Half of these families were not aware of these needs.

These results show how important it is to set up a dental program:

- For a 7-year -old child (for prophylaxis and fissure sealants)
- For a 10-years-old child (for orthodontic program)
- And for a 13 to 18-years-old child for a national campaign.

Utilisation de méthodes statistiques dans le contrôle de l'utilisation d'échelles d'évaluation dans les Maisons de repos et de soins et dans les Maisons de repos pour personnes âgées en Belgique.

*F. Falez[23] [24]

Summary
In Belgium old dependant people are staying in institutions called either « Maison de repos pour personnes âgées" or "Maison de Repos et soins". Their financing is based on the assessment of the dependence of the persons who are staying in the institution. This assessment is made with a dependence schedule derived from S. Katz's research. Since beginning 2004, a new control system of the assessments made by the caregivers in institutions is based on Cohen's kappa coefficient which measures the reliability between two observers.
First results from February and March 2004 show a good reliability. Only few institutions had bad results and could be sanctioned.

Introduction.
Le financement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins qui accueillent en Belgique des personnes âgées parfois fortement dépendantes, repose sur un forfait financier journalier attribué à l'institution en fonction de la dépendance des personnes hébergées. L'évaluation de la dépendance est faite à l'aide d'une échelle dérivée des travaux de S. Katz. Cette échelle donne 5 niveaux de dépendance :

O : la personne est autonome ou faiblement dépendante.
A : la personne présente une dépendance modérée
B : la personne présente une dépendance sévère à très sévère
C : la personne présente une très forte dépendance
Cd : la personne présente une très forte dépendance avec troubles de désorientation majeurs.

L'Assurance Maladie Invalidité a prévu un contrôle obligatoire de l'évaluation des personnes par les institutions de manière à valider leurs facturations. Une méthode de contrôle originale a été réalisée sur base de nos propositions. Cette communication décrit les premiers résultas observés

Méthode et population.

Méthode.
Echantillonnage aléatoire.
Le système de contrôle prévoit chaque mois, le tirage au sort d'un échantillon aléatoire de 10% des institutions à contrôler. Ces institutions sont prévenues qu'elles sont susceptibles d'être contrôlées dans le mois et qu'elles doivent réévaluer leurs résidants.

---

* Exposé donné au XVe congrès de l'UEMASS, Lille 11 juin 2004

[23] Médecin Conseiller, Direction études de l'UNION Nationale des Mutualités Socialistes.

[24] Laboratoire de médecine légale, Université Libre de Bruxelles. (Prof Pierre Lucas)

Un second échantillon est prélevé dans le premier et fait l'objet d'un contrôle par une équipe de quatre médecins-conseils et infirmiers conseils. Ceux-ci évaluent les patients par équipe de deux évaluateurs. Ces évaluateurs ne connaissent pas l'évaluation de l'institution.

Fidélité de l'évaluation entre l'institution et les contrôleurs.
Le nouveau système de contrôle a pour principe d'analyser la fidélité dans l'usage de l'échelle de Katz entre les institutions et les contrôleurs par la méthode du coefficient kappa de Cohen. Celui-ci s'interprète de la manière suivante :

Valeur kappa	Qualité de l'institution
0.00-0.19	Mauvaise
0.20-0.39	Médiocre
0.40-0.59	Bonne
0.60-0.79	Très bonne
0.80-1.00	Excellente

Une pondération du coefficient kappa permet d'analyser la sévérité des modifications apportées par les contrôleurs. Plus le score fourni par l'institution s'éloigne du score obtenu par le contrôle, plus le kappa 2 (pondéré) sera plus bas que le kappa. Si les différences sont légères, le kappa 2 sera supérieur au kappa.

Conventionnellement, il a été décidé d'exiger des institutions, une très bonne concordance, donc ≥ 0,6. Celles qui ont un kappa 2 compris entre 0,4 et 0,6 seront sanctionnées de manière légère ; celles qui ont un kappa inférieur à 0,4 seront sanctionnées de manière plus sévère.

Population.
En février et mars 2004, 67 institutions ont été contrôlées et 2792 patients examinés
Le nombre de patients examinés par institution est compris, suivant la taille de l'institution, entre 6 et 74. Deux mille sept cent nonante deux personnes ont été examinées.

Résultats.
Le kappa obtenu s'échelonne de 0,1111 à 1,000. L'analyse de la distribution donne les résultats suivants :

Percentiles	**valeur**
5	0,3821
10	0,4432
25	0,5552
50	0,6468
75	0,7340
90	0,8440
95	0,9567

La distribution montre que 94% des institutions ont un bon kappa, 69% un très bon kappa, 13% un kappa excellent.

Quatre institutions ont un kappa inférieur à 0,4 et sont sanctionnées sévèrement.

Cinq institutions ont un kappa compris entre 0.4 et 0.6 et sont donc pénalisées légèrement.
Une institution a un kappa de 0,5982 et un kappa 2 de 0,6148 et n'est pas sanctionnée

Le kappa global de toute la population examinée est calculé ci-dessous

KAPPA 1		categorie APRES décision					
		0	A	B	C	Cdem	Tot. Avant
categorie AVANT décision	0	**525**	51	10	2	0	588
	A	121	**308**	73	15	5	522
	B	13	94	**267**	53	73	500
	C	2	10	62	**271**	53	398
	Cdem	1	8	27	46	**702**	784
	Tot. Aprés	662	471	439	387	833	**2792**

Po	**0,74247851**
Pe	**0,21316995**
Kappa 1	**0,67271**

On constate que la toute grande partie des modifications se fait sur 1 niveau.

On observe que 12,0% de patients qui obtiennent un score plus élevé après le contrôle et que 13,8% des patients ont un score moins élevé. Comme toujours dans ces tests de fidélité, c'est la partie moyenne de l'échelle qui est la moins fidèle.

On observe

Catégorie O : 10,71% de reclassements dont 8,67% vers le forfait A

Catégorie A : 23,18% de déclassement vers O

17,781% de reclassements dont 13,98% vers B, 2,87% vers C et 0,96% vers le Cd

Catégorie B : 21,40% de déclassements dont 18,80% vers le forfait A.

25,2% de reclassements dont 14,60% **vers le C dément**

Catégorie C : 18,59% de déclassement dont 15,58% vers le forfait B

13,32% de reclassement vers le forfait Cd.

Catégorie Cd : 10,46% de déclassement dont 5,87% vers le forfait C et 3,44% vers le forfait B.

Analyse et discussion

Les résultats observés montrent qu'il n'y a pas d'abus systématique dans l'usage de l'échelle de Katz.
On observe moins de 10% de très mauvais scores kappa. Encore faut-il examiner si ces institutions ne sont pas particulières (n'attestant que des forfaits O et A.)
13% des institutions ont un score excellent. Il faudra savoir s'il ne s'agit pas là de MRS pures où les populations sont plus homogènes et réparties seulement sur 3 niveaux de dépendance.

31% des institutions sont sanctionnées mais 25% d'entre elles légèrement car leur score kappa peut être qualifié de bon.

69% des institutions n'encourent aucune sanction.

Les résultats observés ne s'éloignent pas des hypothèses qui avaient été émises lors des discussions qui ont mis en place le système du contrôle.

On ne montre pas de fraude globale du secteur. Le budget est réparti aussi bien que possible au regard de la fidélité de l'instrument. De plus la dépendance de la population observée par le contrôle confirme la réalité des besoins de la population.

Le contrôle se déroule en double aveugle. Le taux de modifications est conforme à ce qui était déjà connu, mais la proportion de reclassements est plus élevée.

Sur le plan budgétaire, on ne doit pas s'attendre à des économies, peut-être même au contraire vu les reclassements de B vers Cd.

Conclusions.

Les hypothèses posées lors de l'élaboration de la méthode de contrôle semblent confirmées par les deux premiers mois d'activité. Il est prématuré d'en tirer des conclusions définitives. Si la suite des contrôles confirme la tendance actuelle, la méthodologie mise au point permettra de justifier correctement les dépenses de santé dans le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins. Il est essentiel de montrer que les institutions utilisent correctement l'échelle d'évaluation dans leur toute grande majorité et que le secteur se comporte de manière saine.

La méthode du contrôle aléatoire semble permettre la détection de situations anormales que ne permettait pas la méthode de contrôle antérieure. Elle va obliger les institutions qui sous-évaluaient leurs patients pour ne pas augmenter leur norme de personnel, d'assurer à l'avenir des normes garantissant mieux la qualité des soins. Elle sanctionnera d'autre part les institutions qui surévaluent et portent ainsi en compte de l'assurance des dépenses injustifiées.

OBSERVATOIRE DU MEDICAMENT DANS LE VAR.

Dr Catherine Fabregue

Objectifs :
Prévenir la iatrogénie liée à la consommation de médicaments dans le département du Var :

- Sensibiliser les prescripteurs, les dispensateurs, les consommateurs au bon usage du médicament.

Méthodes :
Mise en place dans le département du Var depuis janvier 2002, d'une structure pérenne animée par une équipe médico-administrative "l'observatoire du médicament" : qui a pour objet des actions collectives et individuelles.

Actions collectives

1. Analyse de la structure du poste "médicament" et de son évolution en fonction de l'actualité avec suivi de classes thérapeutiques et de spécialités ayant un intérêt de santé publique (antibiotiques, AINS, anti-migraineux…)
2. Restitution collective aux professionnels des constats locaux, avec rappel des référentiels médicaux de bonne pratique (rédaction de flash infos envoyés par courriel)
3. Veille quotidienne sur le site Internet de l'AFSSAPS et transmission par courriel aux professionnels de santé des communiqués de presse sur le médicament, ayant un impact de santé publique.
4. Actions de communication en direction des assurés sociaux.

Actions individuelles
Veille sur le flux des ordonnances présentée au remboursement (paramétrages IRIS, requêtes SIAM sur le flux de la veille) afin de :

1. Détecter certaines anomalies ciblées :
   - Associations médicamenteuses contre-indiquées
   - Contre-indications spécifiques à certaines catégories de population (femmes enceintes, personnes âgées, enfants)
   - Mésusage de certains médicaments au regard des référentiels.
2. Intervenir individuellement dans les meilleurs délais auprès des professionnels concernés par ces anomalies (entretien téléphonique et/ou courrier) pour les inciter à corriger leur prescription et modifier leur comportement.

Résultats :

Actions de communication collectives

- En direction des professionnels de santé : montée en charge progressive d'une liste de diffusion par courriel, à ce jour 400 médecins et une centaine de pharmaciens varois inscrits.

  - 46 Communiqués de presse de l'AFSSAPS relayés depuis le 1er janvier 2002
  - 5 flashs infos réalisés et diffusés :
    - les associations médicamenteuses formellement contre-indiquées
    - le bon usage des antibiotiques
    - la prise en charge de la migraine
    - prescrire en dénomination commune
    - Contre-indications chez la femme enceinte

- En direction des assurés sociaux
  - Rédaction d'une fiche destinée aux femmes enceintes traitant de l'automédication en cas de douleur .

Actions individuelles sur le flux des ordonnances

- 74 interventions pour des associations médicamenteuses contre-indiquées :
  - 21 association macrolide/ergot de seigle
  - 37 association triptan/ergot de seigle
  - 13 association amiodarone/dérivé torsadogène
  - 3 associations floctafénine/béta bloquant
- 58 interventions pour des contre-indications chez la femme enceinte
  - 44 Ibuprofène
  - 9 Kétopprofène
  - 5 Acide niflumique

Discussion :

Nos points forts :

- Nos objectifs : déclinaison locale de thèmes de santé publique à partir de chiffres départementaux avec rappel des référentiels
- Notre organisation : pérennité et complémentarité du groupe
- Nos outils : novateurs par leur combinaison (Iris, flux des télétransmissions, courriel : création d'une liste de diffusion, Internet)
- Notre communication :
  - réactivité de nos interventions : détection sur le flux des ordonnances télétransmises,
  - interactivité avec les professionnels de santé.

Nos pistes d'amélioration :

1. Évaluer l'impact de nos actions
   - Par des questionnaires de satisfaction
   - La mise en évidence d'une modification du comportement des professionnels.
2. Élargir notre champ d'intervention en ciblant d'autres prescriptions iatrogènes
3. Renforcer l'axe "Professionnels de santé" : incitation des professionnels de santé à l'inscription à PS mail.
4. Réfléchir à l'axe "Consommateurs" de pharmacie : développer des actions spécifiques.

Promouvoir le bon usage des soins par une communication innovante. Les bilans thyroïdiens.

Docteur Etienne Calon
Médecin conseil de l'assurance maladie (CNAMTS)
Chargé d'étude des pratiques pour le secteur ambulatoire
Service médical de Bretagne

Résumé

Introduction.
Le diagnostic d'un dysfonctionnement thyroïdien est confirmé par le dosage hormonal (T3, T4, TSH). L'ANAES a publié un référentiel préconisant le dosage de la TSH seule au cours d'une recherche diagnostique. Le service médical de Bretagne a réalisé une étude ayant pour objectif la promotion de ce référentiel auprès des médecins libéraux.

Méthode.
Le codage des actes de biologie et du médicament a permis de sélectionner et d'étudier les bilans diagnostiques prescrits par les omnipraticiens sur une année. Le pourcentage de bilans ne comportant que la TSH seule a été retenu comme indicateur. Un pourcentage inférieur à 75% entraînait l'envoi, ou la transmission lors d'un entretien confraternel, d'un courrier incitatif accompagné d'un relevé des prescriptions individuelles et départementales. Un pourcentage supérieur à 75% entraînait l'envoi d'un courrier informatif personnalisé. Une évaluation a été effectuée en comparant les prescriptions avant et après action.

Résultats : Le pourcentage de "TSH seule" représentait 65,4% des prescriptions avant action et 86,5% après. Ces résultats sont restés stables au cours des onze mois suivant l'intervention. La Bretagne a dès à présent atteint l'objectif fixé par l'accord de bon usage des soins relatif aux bilans thyroïdiens.

Discussion.
Cette étude a eu le mérite d'utiliser une méthode simple, efficace et reconductible. La transmission d'un message clair et le principe de l'échange confraternel en sont deux atouts majeurs. L'accueil des médecins libéraux a été très favorable.

To promote the good use of care by an innovative communicationThyroid function tests

Summary

Introduction: The thyroid dysfunction diagnosis is confirmed by the hormonal determinations (T3,T4,TSH). A guideline has been published by ANAES advocating the "only TSH" test during a diagnosis research. The medical department of Brittany made a study having for objective the promotion of this guideline near the liberal physicians.

Method:
The coding of biological and medicinal acts has allowed to select and to study several diagnosis results general practitioners have prescribed in one year. The indicator is the rate of the 'only TSH' determination. An inferior rate to 75 % swept along the sending, or transmission, of an inciting mail gone together with individual and local prescription summaries during a fraternal discussion. A superior rate of 75% swept along the sending of an informative and personalized mail. Before and after this act an evaluation has been executed by comparing the prescriptions.

Results: The 'only TSH' rate represented 65,4% of the prescriptions before the act and 86,5% after. Those results have been remained stable during eleven months following the intervention. Brittany has got the aim selected by the national agreement for good usage of care.

Discussion: This study deserves to use a simple, efficient and renewable method, so the transmission of a clear message and a fraternal discussion in principal are two major trumps. The liberal practitioner's reception has been very favorable.

Outils informationnels utilisés par les médecins conseils.

Dr Bichoff
France

L'Assurance Maladie rembourse des prestations qui couvrent la très grande majorité des soins délivrés aux patients ; ces soins sont remboursés à l'assuré ou à un tiers.

Pour ce qui est du domaine ambulatoire ces échanges de données se font le plus souvent par un système de télétransmission avec saisie « à la source » c'est-à-dire par le praticien lui-même. Dans d'autres cas la saisie est faite au niveau des caisses primaires.

Ce circuit permet ainsi de constituer des bases de données amenant à connaître de façon précise les soins prescrits et les actes effectués par les différents professionnels de santé en terme de volume et de coût tout d'abord.

De plus :

- les actes réalisés peuvent aussi être identifiés dans chaque spécialité – kinésithérapie, actes infirmiers, actes médicaux et chirurgicaux…
- La cotation des actes permet une approche souvent assez précise, certains actes sont ainsi clairement identifiés par leur cotation et/ou leur fréquence, dans l'avenir la CCAM permettra d'affiner encore cette approche.
- La pharmacie et la biologie sont codées et permettent de connaître leur nature précise même si le code pathologie n'est pas directement connu.
- Le recoupement de ces données – spécialité(s), consultation, cotation, prescription d'actes – permet à un service médical de reconstituer un contexte pathologique dans un grand nombre de cas.

L'analyse de ces bases permet de connaître les consommations précises d'actes, la consommation individuelle d'un patient, les modalités de prescription d'un examen ou d'un médicament, d'analyser les pratiques individuelles ou collectives. Elle peut être un outil précieux pour décrire les disparités dans l'offre de soins, en particulier vis à vis des référentiels établis par les agences officielles. Elle permet aussi de décrire des modalités générales de suivi d'une pathologie dans une zone géographique déterminée par exemple.

Ce système peut être considéré comme une source d'information dont il faut cependant connaître les limites et les biais en particulier parce qu'il ne connaît pas le cas individuel d'un patient ou l'environnement d'un médecin.

Ces bases de données sont cependant un outil puissant de connaissance.

Les principales limites qu'il faut connaître pour l'exploitation des bases de données de l'Assurance Maladie concernent :

1. La saisie des données - *La qualité des bases dépend de la qualité de la saisie, y compris le codage, qu'elle soit effectuée par un professionnel de santé ou par les agents de l'Assurance Maladie. Il faut savoir que ne sont inclus dans les bases que les soins présentés au remboursement c'est-à-dire qu'un patient qui n'enverra pas ses feuilles de soins ne sera pas répertorié dans ces bases.*

2. L'exhaustivité des données - *Certains soins sont des actes non remboursés et ne sont donc pas repris. Les soins effectués dans le cadre d'une hospitalisation publique ne permettent pas toujours une analyse qualitative.*

3. La qualité des systèmes d'interrogation - *Les biais peuvent exister à partir de la précision des systèmes d'interrogation*

La qualité des résultats sera aussi corrélée à la qualité de l'analyse qui en sera faite.

L'utilisation de ces systèmes est encadrée par des autorisations CNIL spécifiques à chaque type de requête et par des habilitations limitatives d'accès.

Les bases informationnelles de l'Assurance Maladie sont régulièrement utilisées par le service médical mais elles le sont aussi en particulier, par les CPAM, les URCAM avec pour chacun des règles spécifiques notamment quant à l'identification des données par rapport à l'assuré.

Cet outil informationnel est également utilisé dans le cadre d'actions avec les différents partenaires de l'Assurance Maladie en particulier les facultés, les hôpitaux, l'URMEL, les organismes territoriaux etc., il constitue une des rares source d'information sur les éléments de morbidité.

Dans chacun de ces cas un protocole est mis en place entre l'Assurance Maladie et le partenaire externe pour que les objectifs de l'étude restent dans le cadre que s'est fixée l'Assurance Maladie et que les règles de droit et d'éthique soient respectées.

Le plus important à dire est que le système d'information de l'assurance maladie est pour le service médical un outil parmi d'autres et que les résultats que l'on peut attendre sont basés sur le respect des principes méthodologiques, la qualité de l'analyse statistique et surtout sur l'analyse médicale.

Il reste ensuite à rapprocher ces constats de la réalité du « terrain » et à engager la discussion avec les différents partenaires.

Quelques exemples… :cette partie sera commentée à partir d'un diaporama..

Summary.
France's public Health care fund produces reimbursements and sets up data bases.
The medical department uses them to realise retrospective analysis – Describe and evaluate some important characteristics of your system.
- Patients' behaviour in Health care system
- Management of pathologies
- Professionals' practice

The medical department will also describe how well the practice guidelines of the National Agency for Health Accreditation and Evaluation and the French Agency for the Safety of Health Products are followed.
Those studies give us a description of Health care system.
We insist on the importance of a perfect methodology and statistical and medical analysis.
Those studies are a very important argument for negotiations between professionals and Health care fund.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN FRANCE.
Exemple de la Région Bourgogne Franche-Comté.

Dr MF Merentier

I - INTRODUCTION

La chirurgie ambulatoire est une alternative à l'hospitalisation avec hébergement. Il s'agit d'une chirurgie programmée et organisée autour du patient, lui permettant de regagner son domicile le jour même de son intervention. Les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire doivent répondre à un certain nombre de critères médicaux, psychosociaux et environnementaux.

Comparativement aux autres pays de l'OCDE, la France accuse un retard en matière de développement de la chirurgie ambulatoire, et se situe au 12e rang des 14 pays membres de l'OCDE ayant participé en 1997 à une enquête comparative[25] des pratiques en matière de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, en France, il existe un déséquilibre de l'activité de chirurgie ambulatoire entre les établissements publics et privés, le secteur privé réalisant 87 % des interventions chirurgicales en ambulatoire contre 13 % en secteur public.

II - L'ENQUETE NATIONALE

Afin d'explorer la problématique du faible développement de la chirurgie ambulatoire en France, l'Assurance Maladie dans son sens large Inter-Régimes, a diligenté une grande enquête nationale de santé publique qui se décline en 4 volets, en réponse à 4 questions :

- Quels sont les besoins de la population en matière de chirurgie ambulatoire ?
- Quelle est l'offre de soins la plus adéquate pour répondre à ces besoins ?
- Quels sont les points de vue des acteurs ?
- Quel est le coût pour l'assurance maladie ?

III - RESULTATS DE L'ENQUETE

34 000 dossiers patients ont été examinés (dont 1182 en Franche-Comté et 1395 en Bourgogne), 29 000 entretiens téléphoniques menés avec les patients, 5000 questionnaires d'opinion exploités et 1300 établissements enquêtés.

[25] LATHOUWER C. de, POULLIER J.P., "How much ambulatory surgery in the vorld in 1996-97 and trends ?" , Ambulatory surgery 8 (2000), page 208.

Quels sont les besoins théoriques ?

Ils ont été définis pour 18 interventions chirurgicales[26] ciblées à partir des recommandations des sociétés savantes. Cette enquête a permis de déterminer pour chaque région et pour chacun des gestes chirurgicaux étudiés, le potentiel d'activité aujourd'hui réalisé en hospitalisation avec hébergement, transférable vers l'ambulatoire.

A titre d'exemple, l'arthroscopie du genou est réalisée en chirurgie ambulatoire en Franche Comté dans 10 % des cas alors qu'elle pourrait l'être dans 80 % des cas, en Bourgogne elle se fait en chirurgie ambulatoire dans 54 % des cas alors qu'elle pourrait l'être dans 88 % des cas.

Il faut signaler que le taux plafond de développement de la chirurgie ambulatoire en France correspond au niveau de développement observé dans les pays de l'OCDE qui ont largement développé la chirurgie ambulatoire. Il n'existe donc pas de spécificité française concernant le niveau des besoins en chirurgie ambulatoire.

[26] La liste des 18 gestes comprenait : arthroscopie du genou diagnostique ou thérapeutique, extractions dentaires, chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, adénoïdectomie et/ou amygdalectomies, chirurgie du strabisme, chirurgie ORL (nasale), chirurgie du sein, chirurgie anale hors destruction de tumeur anale, destruction de tumeurs anales, phimosis de l'enfant de moins de 15 ans, chirurgie de la maladie de Dupuytren, décompression du nerf médian au canal carpien, chirurgie testiculaire de l'enfant de moins de 15 ans, coelioscopies gynécologiques, hernies unilatérales ouvertes de l'adulte de plus de 14 ans, hernies sous coelioscopie, enfin hernies de l'enfant de moins de 15 ans.

Quelle est l'offre de soins ?

A partir de requêtes nationales sur nos systèmes d'information, un outil d'aide à la décision a été construit en vue de déterminer les établissements porteurs d'un développement potentiel de la chirurgie ambulatoire.

33 % des établissements privés et 35 % des établissements publics ont été définis comme porteurs d'une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire sur plusieurs disciplines chirurgicales.

Quels sont les points de vue des acteurs ?

90 % des patients contactés par téléphone se sont déclarés satisfaits d'une prise en charge ambulatoire.

Une enquête d'opinion auprès des acteurs de terrain (directeurs d'établissements, chirurgiens, médecins, infirmiers) a permis de recueillir les freins et les leviers au développement de la chirurgie ambulatoire.

Les résultats montrent que :

- ⇐ Le patient apparaît au centre du discours essentiellement pour les responsables de soins infirmiers,
- ⇐ Les problématiques sont différentes entre les secteurs publics et privés : le problème organisationnel prévaut pour le public, celui d'accroissement de la production arrive en tête pour le privé.

Les réponses obtenues en Bourgogne Franche-Comté sont superposables à celles obtenues dans les autres régions. Il n'y a aucun fait régional particulier.

Quelles sont les dépenses pour l'assurance maladie ?

Le volet a eu pour objectif de comparer les dépenses de l'assurance maladie liées à la prise en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire et d'étudier les éventuels transferts de dépenses entre les enveloppes "soins de ville" et hospitalières.

L'ensemble des dépenses à la charge de l'assurance maladie a été étudié pour 5 actes opératoires, sur une période couvrant 3 semaines avant l'intervention jusqu'à 2 mois après.

Les séjours pris en charge en ambulatoire coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours en hospitalisation complète. La prise en charge en chirurgie ambulatoire n'est à l'origine d'aucun transfert des dépenses de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe soins de ville.

Au total, les économies potentielles pour les 5 interventions chirurgicales étudiées s'élèvent à 101 millions d'euros.

CONCLUSIONS

Il existe en France et notamment dans la région Bourgogne Franche-Comté un important potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire.

A qualité de prise en charge identique, voire supérieure, les dépenses liées à la chirurgie ambulatoire sont inférieures à celles de la chirurgie traditionnelle.

90 % des patients opérés se déclarent satisfaits de ce mode de prise en charge.

30 % des établissements ont un potentiel de développement en chirurgie ambulatoire.

Aide à la décision pour l'orientation de programmes de prévention et d'accès aux soins : analyse socio-économique des disparités territoriales des taux de mortalité en Poitou-Charentes.

Julien Giraud, Stéphane Robin, Dr Francis Chabaud, Julie Debarre
Organisme : Observatoire Régionale de la Santé du Poitou-Charentes

RESUME

L'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies est l'une des grandes priorités régionales en Poitou-Charentes depuis la Conférence Régionale de Santé de 1996. En 1998, en Poitou-Charentes, près de 11 % des habitants étaient concernées par la pauvreté. Dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), mis en place par la loi d'orientation relative à lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998, l'Observatoire Régional de la Santé du Poitou-Charentes a été sollicité par l'Etat et la région pour mener une observation territoriale de la santé des populations en situation de pauvreté et de précarité en Poitou-Charentes.

L'objectif principal est de dresser un portrait socio-économique des cantons du Poitou-Charentes en fonction de leur niveau de mortalité observé sur la période 1988-1999, pour la mortalité générale, prématurée, prématurée évitable, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les causes extérieurs de traumatismes et d'empoisonnements et les suicides. Les typologies cantonales ainsi établies doivent permettre d'orienter, d'une part les programmes de prévention et d'accès aux soins régionaux, et d'autre part les politiques territoriales de santé publique relevant, par exemple, de la santé communautaire.

Les typologies socio-économiques, pour chaque indicateur standardisé de mortalité (ou ICM), ont été effectuées à partir d'une analyse de données se déroulant en deux temps : une **analyse factorielle multiple**, puis une **segmentation**. Ces méthodes font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles permettant de représenter de façon synthétique de vastes ensembles constitués d'un grand nombre d'individus et de variables. Préalablement, une **analyse des corrélations** entre les indicateurs de mortalité et les indicateurs socio-économiques (revenus, type de famille, type d'emploi des chef de ménage, chômage) a été réalisée afin de caractériser l'intensité des liaisons entre ces différents indicateurs.

Les analyses cantonales par causes de mortalité et par sexe font apparaître plusieurs points. Tout d'abord, le *lien entre les zones de pauvreté****, déterminées par le taux de pauvreté élevé, par un taux de chômage important et une proportion importante de revenus faibles des allocataires, et*** *les territoires où la mortalité est élevée* ***a été mis en évidence par ces analyses.***

D'autre part, les analyses montrent des **disparités spatiales** concernant les différents niveaux de mortalité. Pour toutes les causes de mortalité, l'espace péri-urbain correspond aux territoires les plus favorisés en terme de mortalité, alors que les zones rurales sont en surmortalité. Les centres urbains, eux, correspondent aux zones

de surmortalité pour la mortalité prématurée évitable, la mortalité prématurée, les tumeurs, alors qu'ils apparaissent en sous-mortalité pour les autres causes. Le nord Deux-Sèvres présente un comportement atypique : en effet, pour la mortalité générale, la mortalité prématurée et les tumeurs, cette zone, essentiellement rurale, apparaît en sous mortalité.

Par ailleurs, des différences **selon les sexes** sont apparues. Tout d'abord, chez les femmes, les indicateurs socio-économiques utilisés ont un pouvoir explicatif moins important que chez les hommes concernant les différences de mortalité entre les cantons. De plus, les indicateurs de mortalité relatifs aux femmes sont moins corrélés aux indicateurs de revenus et au taux de pauvreté.

Enfin, les analyses montrent que les proportions de cadres ou de chefs d'entreprise ainsi que celle des chefs de ménage exerçant une profession intermédiaire sont importantes dans les zones de sous-mortalité (classe 1), et, inversement, les agriculteurs et les chefs de ménage sans profession sont sur-représentés dans les cantons où la mortalité est élevée.

La réalisation de cette analyse a permis d'identifier une typologie des cantons du Poitou-Charentes présentant des caractéristiques communes du point de vue de leur mortalité et du profil socio-économique des populations. Sur la base de ce travail, il apparaît donc envisageable de définir des programmes différenciés d'accès aux soins et de santé selon les types de populations précarisées, et selon les problèmes de santé publique. L'application de la méthode statistique à des causes de décès particulièrement en lien avec les déterminants socio-économiques (tout en considérant les limites liées aux effectifs), telles que celles relevant de la consommation de tabac et/ou d'alcool, doit permettre aux décideurs locaux d'élaborer leurs programmes de santé publiques, en croisant les approches du type « santé communautaire » et programmes de prévention.

ABSTRACT

This report deals with the territorial mortality differences according to social and economical population's characteristics. The subject of our analysis concerns different causes of death : global death, premature death, avoidable premature death, neoplasms, diseases of the circulatory system, external causes, suicide. Social and economical typologies have been realised by multivariate statistical methods.

Results show links between poverty territories and high mortality. The high mortality territories are different from the causes of death. For example, for all the causes of death, the countryside is associated with high mortality, while, the same observations are noticed in urban centre canton only for some of them. Moreover results are different for man and woman. The study highlighted the link between social and occupational groups and levels of death : for example, the farmer group is over represented in the high mortality area.

Finally, the results of this analysis could be used for development of health programs, specifically for precarious population.

Evaluation de la consommation de soins de ville des personnes âgées de 60 ans et plus. Situation en Bretagne en 2002.

Dr Yannick Eon, Arnaud Ganne, Dr Patrice Prévost, Stéphanie Bouric, Carine Tréguer

Introduction

La Bretagne est confrontée au vieillissement de sa population : entre 2000 et 2030, la part des personnes âgées de 60 ans et plus va passer de 23 à 34 % (INSEE). Dans le même temps, les personnes âgées de plus de 75 ans passeront de 8,0 à 14,2 % de la population.

Les dépenses de soins ambulatoires (2,5 milliards d'euros en Bretagne) sont consacrées pour moitié aux malades de 60 ans et plus, et pour un quart aux plus de 75 ans.

Le rapprochement de ces données démographiques et des dépenses de santé ambulatoires a conduit l'URCAM de Bretagne a s'interroger sur la consommation de soins de ville des personnes âgées.

Les objectifs de cette étude sont d'analyser les dépenses de santé remboursées au personnes âgées de 60 ans et plus, et d'expliquer les différences de consommation en fonction du sexe et de l'âge.

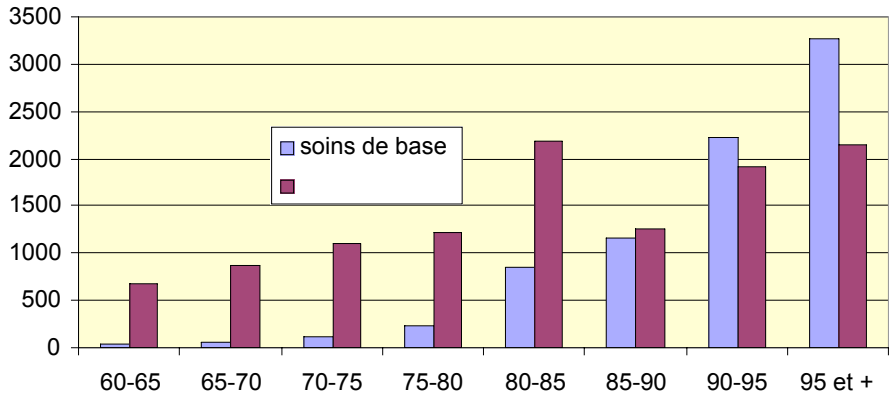
Méthode

les données de consommation de soins des assurés concernent les trois principaux régimes d'assurance maladie, et sont issues de leurs bases de données (outil DECRIRE). La période analysée est l'année 2002. Seuls les soins ambulatoires sont retenus dans cette analyse, c'est à dire tous les soins facturés à l'acte. Les soins hospitaliers ne sont pas pris en compte. Les méthodes statistiques retenues sont l'analyse de variance et l'analyse en composantes principales.

Résultats

la dépense moyenne par habitant de plus de 60 ans est de 1411 euros. Elle varie de 710 euros pour la classe 60-65 ans à plus de 2000 euros pour la classe 80-85 ans. Les différences entre les deux sexes sont très minimes et ce facteur n'influe pas sur le montant des dépenses. La part des dépenses de prescriptions évolue de 30 à 15 % entre 60 et 95 ans. Qualitativement, nous avons différencié les soins de santé (liés aux maladies) et les soins de base, liés à la perte d'autonomie et repérés par les actes cotés en AIS, les visites à domicile. Aux soins facturés à l'acte, nous avons rajouté la part liée aux soins de base dans les forfaits des sections de cure médicale, des services de soins de longue durée et des SSIAD. Les relations entre l'âge et les dépenses de santé et de soins de base sont exprimées dans le graphique suivant :

Dépenses de soins en Bretagne
Soins de santé et soins de base en fonction de l'âge



Les soins de santé augmentent jusqu'à 85 ans puis stagnent. Les soins de base progressent de façon exponentielle de 60 à 95 ans. La diminution des soins au delà de 85 ans est particulièrement marquée pour les consultations (au profit des visites), les médicaments, les soins dentaires et les soins d'optique. L'augmentation exponentielle des soins de base est liée à la perte d'autonomie, qui s'aggrave elle aussi de façon exponentielle avec l'âge.
Géographiquement, l'analyse multifactorielle montre une inégalité territoriale de la consommation de soins de santé. Les citadins ont un recours plus important au système de soins que les ruraux. La proximité de l'offre étant liée à la consommation.

Discussion : Ce travail inter-régimes a permis de réaliser une observation précise de la consommation de soin des personnes de 60 ans et plus. Les projections démographiques réalisées par l'INSEE nous laissent prévoir une augmentation importante des soins de santé dans les années à venir, la génération papyboom atteignant 60 ans, et une augmentation décalée dans le temps des soins de base liée à la perte d'autonomie. Les différences de consommation de soins de santé en fonction de la proximité de l'offre soulèvent les questions de l'égal accès aux soins pour tous et la relation entre l'offre et la demande. L'URCAM de Bretagne utilisera ces résultats lors de ses réflexion sur la régulation de la médecine ambulatoire.

Re-conceptualization of the academic training Program in Insurance Medicine and Medico-legal Expertise in Flanders.

Prof. Peter Donceel,
Department of Occupational, Environmental and Insurance Medicine, Katholieke Universiteit Leuven - Correspondence: peter.donceel@med.kuleuven.ac.be

In 1999, 29 countries from across Europe signed the so-called 'Bologna declaration'. As a result, many national systems of higher education in Europe are being reformed with a view to increasing transparency, facilitating mutual recognition of qualifications and broadening the international mobility of students and staff. One of the outcomes of these reforms will be the introduction of the bachelor's degree and the master's degree. Further specialisation on an academic level is possible by means of advanced programmes aimed at students who already possess a master's degree or its equivalent. The academic training in insurance medicine, which exists since more than 25 years in Flanders, has been reformed according to these principles. The new program will be programmed for the first time in 2005-2006 and will result in the diploma of 'Master of Insurance Medicine and Medico-legal Expertise'. Three universities participate and collaborate in this program. Students follow courses at the universities of Antwerp, Leuven and Gent. The re-conceptualization was developed by the inter-university steering committee. In this presentation we discuss the goals, the basic concepts and the main outlines of the program.

Medical Doctors who have completed the study must be able to:
- Advise patients about all medico-legal evaluation issues
- Perform medical evaluations for social and private insurance or as an independent expert
- Follow, interpret and apply changes in legislation and jurisprudence
- Advice persons with a handicap about rehabilitation and social and professional reintegration
- Perform scientific studies in the field of insurance medicine

Normally the program is done in 2 years, but the possibility exists to spread over a longer period. The program is divided in the following 6 units:
Evaluation of human damage: This unit includes: general theoretical concepts; principles of medical evaluation; deontology and ethics of insurance medicine; pathology; state-of-the-art seminars
Medical evaluation in social insurance E.g.: Legal and medical aspects; health care; interdisciplinary case discussions.
Medical evaluation in private insurance
Including: Medical and legal aspects; the medico-legal expertise; liability and insurance law; interdisciplinary case discussions
Professional and extra-professional functioning and rehabilitation
This includes: Work, health and disease; psychology of work and health; labour market; rehabilitation of impairments, disabilities and participation restrictions
Quantitative methods, including: Epidemiology and statistics with life tables; management of medical data
The Master's Dissertation and 8 weeks of practice.

Les depenses pharmaceutiques de la CANAM par niveau de service medical rendu (SMR). Quelle place pour les medicaments a SMR insuffisant ?

Dr Jean Deligne

Une étude a été menée par la CANAM ayant pour objectif de connaître, sur une année de remboursement de médicaments codés, les proportions de dépenses et de remboursement par niveau de service médical rendu (SMR). Cette étude s'est appuyée principalement sur la liste, publiée en juin 2001, des niveaux de SMR des 4490 spécialités réévaluées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

Au cours de la période étudiée (décembre 2001 à novembre 2002) le montant des dépenses analysées est de 952 millions d'euros (700 millions de remboursement).

Les résultats figurant dans le tableau ci-dessous permettent de constater que **les médicaments à SMR insuffisant représentent plus de 9% des dépenses et plus de 6% des remboursements.**

SMR	*Dépenses*		*Remboursements*	
0 - INCONNU	2 186 632,15	0,23%	1 537 948,68	0,22%
1 – INSUFFISANT	**89 098 137,67**	**9,36%**	**44 568 984,74**	**6,36%**
2 - FAIBLE	37 022 203,70	3,89%	22 800 431,08	3,25%
3 - MODERE	97 192 168,93	10,21%	58 835 198,44	8,40%
4 - IMPORTANT	686 123 939,47	72,04%	540 265 759,13	77,10%
5 - MAJEUR	40 733 902,61	4,28%	32 681 629,16	4,66%
6 - RETRAIT	35 031,24	<0,00%	22 912,81	<0,00%
TOTAL	952 392 015,77	100,00%	700 712 864,04	100,00%

La proportion des médicaments à SMR insuffisant est plus importante chez les femmes (12,07% des dépenses) que chez les hommes (6,82%) ; elle est également plus importante dans la tranche d'âge 60 ans et plus (10,10%).

Les patients relevant du risque ALD se caractérisent notamment par des dépenses de médicaments à SMR insuffisant proportionnellement moins élevées (6,81%) que le reste de la population étudiée (11,37%). Parmi les patients atteints de l'une ou l'autre des ALD 30, ceux atteints d'une affection cardio-vasculaire ont un niveau de dépenses médicamenteuses à SMR insuffisant plus important (accident vasculaire cérébral – 8,84%), HTA (8,02%), artérite chronique et évolutive (7,62%), cardiopathie ischémique et insuffisance cardiaque (7,55%).

Le nombre de lignes d'une prescription, c'est à dire le nombre de médicaments différents prescrits sur la même ordonnance, n'influe pas les répartitions des dépenses par niveau de SMR.

Les médicaments à SMR insuffisant sont en valeur absolue et en valeur relative plus prescrits par les médecins généralistes (10,72%) que les spécialistes (≈ 6%) ou les médecins salariés (2,72%).

Plus de la moitié des dépenses des médicaments à SMR insuffisant (54,83%) correspondent aux classes veinotoniques (30,10%) et vasolidatateurs (24,73%) ; viennent ensuite les expectorants (6,14%) puis les médicaments type supplément minéral (5,11%), les nootropiques (2,83%).

Ce premier constat permettra sans doute d'éclairer les décisions que les autorités de tutelle auront à prendre prochainement. Par ailleurs, il permettra d'analyser dans les années à venir l'évolution des dépenses des médicaments à SMR insuffisant.

Le rapport est disponible sur le site www.canam.fr.

Service Médical National
01 49 33 38 51.

Interprofessional consultation and quality of performance: scarcely out of the egg!

M.C. de Groot, MA
(TNO Work & Employment)

Organisations in various fields invest a considerable amount of money on measures to improve professional performance such as training, quality circles, peer review, interprofessional consultation. The question arises as what these measures actually contribute to an improvement in professional performance. In this light, a literature search on a specific quality measure in the field of social security and health care, i.e., interprofessional consultation, was performed. Interprofessional consultation is a type of internal consultation in which a fixed group of professionals periodically and systematically evaluates their own professional performance on the basis of predefined or pre-existing criteria.

In this study, two issues were addressed:
To what extent do organisations define specific goals when implementing interprofessional consultation?
What are the effects of interprofessional consultation on professional performance?
On basis of this study the following conclusions are drawn. Regarding the purposes of interprofessional consultation it appears that, in general, organisations do not formulate specific goals before implementing it. The effects of interprofessional consultation are in nearly all studies defined in general terms such as 'an increased consciousness of the individual professional performance' or 'a better understanding of the background and outcomes of professional performance'. Organisations seem to presume that these general effects reflect or lead to an improvement in the performance of their professionals.
Regarding the effects of interprofessional consultation, the results indicate that, in general, it is positively valued by the professionals involved. Positive effects that have been reported by professionals encompass the development of skills, such as resolving problems in a structured way, increased uniformity in professional performance, improved teamwork, and better mutual consultation.
It is remarkable that effects of interprofessional consultation on actual performance have not been studied yet. Furthermore, it appears that virtually all effect studies are non-experimental, which makes it difficult to draw conclusions about the effects of interprofessional consultation. In addition, the studies generally assess the effects of interprofessional consultation as perceived by the professionals, rather than assessing the actual performance of the professionals involved.
In sum, although interprofessional consultation is generally positively valued by the professionals involved, there is no empirical evidence yet that interprofessional consultation contributes indeed to a better professional performance. More in-depth research, whereby specific goals are formulated in the implementation of interprofessional consultation, is therefore of utmost importance.

Résumé
La consultation interprofessionnelle: à l'âge enfantin !

Beaucoup d'organismes de soins de santé (y compris la médecine du travail et la sécurité sociale) investissent de grandes sommes dans des activités comme l'intervision, la consultation interprofessionnelle, les cercles de qualité etc. La question de leur efficacité se pose. Quels buts sont formulés et dans quelle mesure ces buts ont-ils été réalisés ?
Par le moyen d'une étude de la littérature nous avons cherché des réponses.
Il se montre que les buts sont définis en termes très généraux, comme la satisfaction des participants ou une plus grande prise de conscience. Ces buts sont souvent atteints. Par contre, l'effet sur la performance professionnelle n'est pas du tout prouvé.

POST INFARCTUS DU MYOCARDE .
Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

Dr Emmanuel Benoit

INTRODUCTION
Les cardiopathies ischémiques sont en France, comme en Europe, l'une des premières causes de mortalité et de morbidité. Le projet MONICA a retrouvé un gradient modéré Nord / Sud pour les cardiopathies ischémiques dont la fréquence décroît entre Lille (236/100 000 habitants) et Toulouse (227/100 000 habitants). Dans la région lilloise, le taux de létalité est de 58,7 % pour les hommes et de 69,5 % chez les femmes. Par comparaison, ces taux sont supérieurs aux régions strasbourgeoise et toulousaine. Il existe en matière de prévention secondaire des recommandations des sociétés savantes dont l'application permettrait une diminution des récidives et de la mortalité après un premier épisode aigu de maladie coronarienne. Ce haut niveau de preuve scientifique concerne en particulier : le traitement des différents facteurs de risque d'athérosclérose, le traitement par Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) en cas d'insuffisance cardiaque ou de dysfonctionnement ventriculaire gauche significatif et la réadaptation à l'effort.
Cette étude, inscrite au programme régional de l'Assurance Maladie a été réalisée, en 2002, en inter régime avec la participation de l'ensemble des organismes locaux du Nord Pas de Calais. Elle avait pour objectifs : d'analyser la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire six mois au moins après un infarctus du myocarde aigu et de comparer la pratique collective aux recommandations et références médicales élaborées par la Société Française de Cardiologie, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

METHODE
La population étudiée était composée de patients, d'âge inférieur ou égal à 70 ans au moment de l'infarctus aigu et admis en affection de longue durée exonérée du ticket modérateur pour "infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois" entre le 1/1 et le 31/3/2001 et entre le 1/6 et le 31/8/2001. Tous les patients ont été convoqués et examinés au service médical.
Le recueil d'informations médicalisées a été réalisé, à l'aide d'un questionnaire, au premier semestre 2002.
Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies à partir des sources d'information suivantes :
- compte rendu d'hospitalisation ,
- interrogatoire et examen clinique du patient,
- entretien éventuel avec le médecin désigné par le patient.

RESULTATS
307 patients ont été inclus dans cette étude (269 hommes de moyenne d'âge 54 ans et 38 femmes de moyenne d'âge 57,5 ans). Les principaux constats étaient :

La prise en charge médicamenteuse n'était pas toujours optimale :

- 27,8 % des patients ayant une altération de la fonction ventriculaire gauche n'avaient pas de traitement spécifique (inhibiteur de l'enzyme de conversion).
- La tension artérielle n'était pas normalisée pour près d'un patient sur deux (47,7 %).

Les facteurs de risque étaient insuffisamment corrigés

- 78,9 % des patients étaient toujours en surpoids ou obèses.
- Le sevrage tabagique était non obtenu pour 1/3 des fumeurs.

La réadaptation cardiaque, qui favorise l'arrêt du tabac, n'a été réalisée que dans 37,5 % des cas.

CONCLUSION

Cette étude a permis une approche de la prise en charge du post infarctus du myocarde dans le Nord - Pas de Calais. Sa prise en charge médicamenteuse est comparable à d'autres études antérieures du même type, certains écarts existent par rapport aux référentiels et recommandations de bonne pratique. La prise en charge des facteurs de risque des patients n'est pas optimale en ce qui concerne l'arrêt du tabac, la surcharge pondérale, l'HTA et la dyslipidémie. Le recours à la réadaptation cardiaque reste faible. Des actions de sensibilisation seront réalisées en lien avec les travaux menés dans le cadre des programmes régionaux de santé vis à vis des patients, en particulier sur les facteurs de risque cardiovasculaire, mais également vis à vis des professionnels de santé sur l'importance de la prévention secondaire. Enfin, une analyse et une réflexion en matière d'offre de soins, de réadaptation cardio-vasculaire et de prise en charge en réseau doit s'engager dans un partenariat fort entre l'Assurance Maladie et l'ensemble des acteurs du système de soins qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

Responsabilité médicale en Belgique.

Dr Someville

INTRODUCTION

On a étudié l'évolution des réclamations et des charges en cas de responsabilité médicale.
On a vu qu'il y avait une hausse des réclamations au cours des années quatre-vingt-dix, mais qu'en ce moment il y a une stabilisation des réclamations, voire une diminution les dernières années.

METHODE

On a pris tous les dossiers de responsabilité médicale d'un grand assureur en Belgique de l'année 1996 jusqu'en Novembre 2003 (total de 2273 dossiers).

On a fait 9 tableaux :

1. Nombre de dossiers par an de déclaration
2. Sorte de plaignant
3. Dossiers par spécialité
4. Charges par spécialité
5. Décès
6. Réclamation / pas de réclamation
7. Réclamation / responsabilité
8. Plaignants
9. Appréciation et résultat

RESULTAT

On a vu qu'en ce moment il y a beaucoup de réclamations mais qu(il n'y a pas vraiment davantage de dossiers contestés qu'auparavant.
Au contraire, comparé au début des années deux mille, il y a une diminution des dossiers contestés à la fin.

Il y a les mêmes plaignants qu'auparavant mais ils osent plus s'affirmer qu'au passé.

En fait les résultats après expertises des affaires contestées et proportion sans responsabilité civile et avec responsabilité civile sont bons.
80 % des cas sont sans responsabilité civile pour le médecin.
Pour les autres 20 % des affaires, on note pour la plupart une responsabilité civile « partielle ».

DISCUSSION

On est rassuré que la prévention et la bonne communication avec le patient, du début à la fin, et une transmission des plaintes bien conçue et qui fonctionne bien, permet d'éviter de nombreuses réclamations.

Medical responsibility in Belgium

Dr Someville

INTRODUCTION

We studied the evolution of claims and burdens in case of medical responsibility.
We saw that there was an increase of claims in the nineties, but that there is now a stabilisation of claims, even a decline in the last years.

METHOD

We took all the files of medical responsibility of a big assuror in Belgium between 1996 and November 2003 (in all 2273 files).

We made 9 tables :
Number of files by damage year
Sort of complainer
Files by speciality
Burdens by speciality
Deaths
Claim / no claim
Claim / liability
Complainers
Appreciation and result

RESULT

We saw that there are at this moment many claims but no more files in contrast with therefore.

Unlike, there is a decline in comparison with the beginning of the years 2000 of the files which are disputed at the end.

The number of complainers is the same than therefore, but the complainers are more assertive than in the past.

In fact the results after assessment in disputed cases and the portion without civil liability and with civil liability are good.
80 % are without civil liability for the medicine.
And for the other affairs, there is for the greater part a “partial” civil liability.

DISCUSSION

We are sure that the prevention and good communication with the patient, from beginning to end, and a good functional transmission of complains, allow to avoid multiple claims.

R.C. médicale : Rôle de la mutualité (en Belgique).

Dr Jacques Olin, Dr Eric Stoquart.
Union Nationale des Mutualités Socialistes.

Situation actuelle

Actuellement, en Belgique, la responsabilité professionnelle des thérapeutes relève du code civil qui dans son article 1382 énonce :
« tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »
Il faut donc réparer tout **le dommage mais** rien **que le dommage.**

Bien sûr si un plombier colmate mal une brèche de la tuyauterie de votre cuisine, vous n'en serez pas heureux mais les dégâts seront tous et toujours réparables. Par contre si un chirurgien colmate mal une brèche artérielle …
« Les erreurs des médecins sont recouvertes par la terre, dit le proverbe italien, *celles des riches par l'argent ! »*

Le responsable (ou le plus souvent son assureur) est tenu de supporter les frais inhérents aux prestations tentant la correction du dommage, aux incapacités de travail en découlant (partielle ou totale, temporaire ou permanente) et bien sûr aux préjudices annexes (esthétique, d'agrément, etc, …).

Mais il faut démontrer outre l'existence de la faute, son imputabilité aux lésions séquellaires et le lien caténaire entre les deux. Alors seulement l'indemnisation, la réparation sera justifiée. Parfois la faute est évidente (objectivation d'un textilome chez un mono opéré) ; mais très souvent elle ne représente qu'**une** des causes. Dans ces circonstances la théorie de l'équivalence des conditions est d'application :
« même si un dommage résulte d'une pluralité de causes, dont la faute représente l'une d'elles, l'auteur de celle-ci est tenu à la réparation intégrale du dommage, dès lors qu'il apparaît que, sans cette faute, le dommage ne se serait pas réalisé in concreto ».

Les travaux d'expertises s'engagent alors dans des débats ardus et parfois houleux car l'auteur du dommage doit prouver que les autres causes expliquent à elles seules le dommage.

Sachant que l'art de guérir n'est pas une science exacte, que la certitude d'absence de complication n'existe pas, que l'efficacité d'une action médicale n'est jamais absolue, sachant encore qu'un patient peut être porteur d'un état antérieur, sachant aussi que le lien de causalité doit être certain, et sachant enfin qu'il n'y a aucune indemnisation si les séquelles résultent d'une erreur, d'une complication ou d'une faute non prouvée, on comprend sans peine que les procédures restent longues et onéreuses.

La situation peut évoluer, comme le dit Fagnart, vers une perversion des principes, une dénaturation du lien de causalité permettant aux tribunaux d'allouer une indemnisation là où on ne l'attendrait pas. Bien plus, la jurisprudence évolue avec des jugements et arrêts impliquant une obligation de résultats. De plus l'application de *la théorie de la perte de chances* entraîne une réparation pour un dommage que le prestataire n'a peut-être pas commis -par exemple : la victime n'aurait peut-être pas été amputée si le diagnostic avait été posé plus tôt !-

Mais comment définir la « faute médicale » ?

C'est le comportement, la décision, que **n'aurait pas** adopté un autre médecin, normalement prudent et diligent, de même formation, placé dans les mêmes circonstances. C'est donc « ce que n'aurait pas fait » le bonus medicus ! Donc une définition négative !

Bien évidemment on ne peut comparer le diagnostic, par exemple, retenu la nuit en urgence par un médecin de campagne armé de son seul stéthoscope avec celui qu'aurait posé un professeur de médecine interne entouré de son équipe de spécialistes et de toute la machinerie d'un service médical universitaire. Ce qui pourrait par contre être reproché au généraliste est d'avoir mal jaugé le degré d'urgence et de gravité et de n'avoir pas hospitalisé le patient suffisamment tôt.

En effet les thérapeutes ont une obligation de moyens plutôt que de résultats et ils doivent tout mettre en œuvre pour apporter au patient les meilleurs soins actuels compte tenu de « la science médicale » au moment des faits.

Puisque nous sommes dans le domaine du droit civil il est important de repréciser l'obligation où se trouve le demandeur, i. e. la victime, de démontrer le bien fondé de sa demande. La charge de la preuve lui incombe.

Donc des procédures judiciaires longues, compliquées, onéreuses.

La mutualité peut ester en justice à la place de ses affiliés sur base de deux articles de loi :

- article 136 § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, organisant l'Assurance Maladie Invalidité, subrogeant la mutualité dans le droit de ses affiliés.
- art 39 de la loi du 06 août 1990, organisant le rôle des mutualités.

Cet dernier est important puisque nul ne peut se joindre à une cause s'il n'y a une raison réelle et actuelle (et non potentielle et future). Les possibilités juridiques de la mutualité se voient ainsi élargies puisque même les cas pour lesquels la mutualité n'a rien déboursé peuvent relever de sa compétence de gestion, d'administration et de défense.

Cet arsenal juridique s'est encore vu renforcé par :

- La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui a aussi des implications claires.

Précisons rapidement ces différents droits.

- droit à la consultation et à la copie du dossier médical.
- droit à des prestations de qualité visant à garantir des soins efficaces dans le respect des normes actuelles des connaissances scientifiques et déterminées par les besoins du patient.
- droit au libre choix du praticien.
- droit à la protection de la vie privée, donc aussi du secret médical.
- droit de plainte devant le Service de médiation et/ou devant les juridictions compétentes.
- droit à l'information adaptée à ses propres capacités de compréhension, concernant le diagnostic, les différents traitements possibles et leurs risques, celui retenu par le thérapeute, les risques de l'abstention, les conséquences financières.

Donc nous voyons naître ici le concept de « consentement libre et éclairé », point qui fait couler beaucoup d'encre. En effet avant de procéder à un acte technique le prestataire doit expliquer, dans un langage clair et accessible, les risques encourus. Bien sûr il peut se cantonner aux risques les plus fréquents. On comprend aisément, vu l'imprécision de la loi, les difficultés qui surgissent et les plaidoyers des avocats.

Cette obligation d'information est également inscrite dans les codes civil et de déontologie médicale.

L'information doit être fournie non seulement par le médecin prescripteur mais aussi par le réalisateur de l'acte ainsi que par tout intervenant exerçant une fonction médicale, chacun selon son niveau de compétence et de responsabilité.

Elle doit être donnée au patient ou à ses représentants légaux, sans devenir un plaidoyer pro domo.

La preuve de son existence est à charge du praticien et peut se faire par toutes voies de droit : présomption, témoignages, écrits, … Mais il faut savoir que ces écrits ne sont jamais une décharge générale de responsabilité ; ils constituent au mieux la preuve de l'existence d'un dialogue oral.

Nous pouvons déjà plaider pour le maintient du dialogue entre le médecin et son patient, le fameux colloque singulier, avant, pendant et après l'acte médical.

Le patient est devenu un acteur de sa santé, et le médecin n'est plus un mandarin !

Par ailleurs le temps de réaction est limité par le délai de prescription. Ce dernier est de cinq ans à partir du lendemain du jour ou la personne lésée a connaissance « et du dommage et de l'identité du responsable » ou bien à partir du lendemain de la prise de connaissance de l'aggravation. De plus, un délai maximal de vingt ans est fixé à partir du jour du fait dommageable.

Face à tous ces impératifs, les moyens de la mutualité tant sur les plans financier qu'administratif se révèlent incomparablement plus importants que ceux d'un individu isolé. Sans compter ses moyens juridiques ou médicaux (la plupart des médecins conseil ayant une formation spécifique en expertise).

Partie II

Procédure U.N.M.S.

Plaignant
!
!
Service Jurimut
(Service **juri**dique de la **mut**ualité)
!
M.C.
(proposition)
!

! **!**
si + pour action **si – pour action**
!
!
Service juridique U.N.
!
!
D.M.
(décision)
!

! **!**
si + pour action **si – pour action**
! **(dossier clôturé)**
!
procédures
amiable **judiciaire**

Note : le signe « + » indique que l'avis est d'appliquer l'art 136 § 2, donc de demander réparation.

La procédure est toujours initiée par une démarche volontaire de l'affilié qui expose ses griefs au gestionnaire du dossier en Mutualité. Ce dernier reçoit les plaintes, recueille les documents en la possession du patient et l'adresse au M.C.

Le M.C. est responsable de l'information du dossier : anamnèse, examen clinique, recherche de littérature scientifique, éventuellement contact avec le confrère mis en cause en rappelant le cadre juridique dans lequel la demande est effectuée. Il transmet le dossier avec sa proposition de poursuivre ou non l'affaire à la D.M.

La D.M. est chargée de l'instruction du dossier. Elle étudie les documents transmis par la Mutualité, recherche des compléments de littérature scientifique et jurisprudentielle, interroge le cas échéant un sapiteur et/ou le médecin incriminé. Elle décide, d'un point de vue technique, de poursuivre ou non la procédure. Si son avis est négatif le dossier se verra clôturé ; s'il est positif le dossier est retransmis au Service juridique de l'U.N.

Le Service juridique envisagera d'abord la possibilité d'une solution amiable, dans l'hypothèse où ce n'est pas possible un recours auprès des juridictions civiles est

engagé. Remarquons que jamais nous ne poursuivons un prestataire devant un Tribunal pénal (avec le grief de « coups et blessures »)

Tant le M.C. fédéral que la D.M. nationale se doit de donner un avis motivé et circonstancié sur l'existence de la faute médicale, sur l'existence d'un dommage et sur le lien caténaire entre les deux. Par ailleurs ils suivront les travaux d'expertise et y quantifieront les dommages dans tous les domaines.

.

La procédure ainsi arrêtée est volontairement longue et complexe. En outre le gestionnaire du dossier en Mutualité doit toujours préciser à l'affilié qu'une procédure amiable perdure quelques mois, tandis qu'une action devant les juridictions demande de nombreuses années.

Notre philosophie dans le cadre de ce service à nos affiliés est aussi d'éviter le recours systématique, nous refusons en effet de bercer les patients de faux espoirs et d'illusions. Le but n'est, en effet, pas d'obtenir une expertise mais à la lumière d'un dossier compilant suffisamment d'éléments probants d'aider l'affilié à obtenir une réparation équitable pour un dommage subi.

Enfin nous veillons tout particulièrement à la séparation des dossiers médicaux et juridiques d'une part, « jurimut » et indemnités d'autre part. Ceci afin de respecter le secret professionnel ainsi que les lois relatives à la protection de la vie privée. Les pièces de nos dossiers de recours sont toutes, et toujours, obtenues via le patient ou via le médecin traitant.

Encore une fois, précisons que lorsque nous sommes amenés à contacter un confrère, nous le faisons systématiquement par écrit en précisant clairement le cadre de notre démarche.

- Il est important de signaler que dans la psychologie du patient la confusion la plus totale existe le plus souvent entre les notions de :

- faute médicale : ce que n'aurait pas fait le *bonus médicus*.

- complications : difficultés connues et décrites lors d'une prestation. L'apparition d'une complication ne démontre pas une faute sauf à prouver l'existence d'une négligence dans le chef du prestataire.

- aléa : accident survenant indépendamment de l'acte ou de la qualité du prestataire, en général imprévisible.

Il est aussi très difficile pour un patient de comprendre, et d'admettre, qu'un accident peut résulter d'une erreur. Souvenons-nous du proverbe italien et que :

« *L'erreur est humaine* »

Le patient quand il se présente devant le conseiller juridique de sa Mutualité, et plus encore devant le médecin conseil, avance une série de revendications qui sont, par ordre d'importance et de fréquence :

- avoir une explication claire de ce qui s'est réellement passé
- faire prendre conscience au praticien du problème pour éviter que la situation ne se représente avec autrui
- obtenir la reconnaissance de son « dommage » et de son « statut de victime »
- obtenir réparation morale et/ou financière de ce « dommage »

Nous voudrions avant tout insister sur le petit nombre de plaintes par rapport à celui des actes médicaux. Toutes les statistiques du Royaume sont du même ordre de

grandeur : une plainte pour vingt mille actes, soit 0.005 %. C'est une goutte d'eau dans l'océan et c'est rassurant pour la santé de nos concitoyens.

Bien sûr cet argument n'a pas de valeur devant une victime qui ne voit que son cas personnel. La psychologie humaine montre ainsi ses faiblesses.

Il nous paru intéressant de transmettre quelques valeurs statistiques de l'activité de l'U.N.M.S. de Belgique dans ce domaine.

En 2001 90
2002 148
2003 142 cas ont fait l'objet d'un dossier fédéral dont environ 15 % ont reçu l'aval de la Direction Médicale pour une poursuite de l'action, alors que les Médecins Conseil fédéraux la proposaient dans près de 30 %.

Les dossiers fédéraux concernent :
- 41% de cas de chirurgie
- 17% de médecine
- 15.5% de dentisterie-orthodontie
- 10% de gynécologie
- 10% de l'urologie
- 4.5% d'ophtalmologie
- 3% d'anesthésiologie
- 3% d'oto-rhino-laryngologie
- 2.5% de radiologie
- 2% de dermatologie.

Les dossiers faisant l'objet d'une poursuite de l'action regroupent :
- la chirurgie 37% des cas
- la dentisterie-orthodontie 34%
- la médecine 13%
- la gynécologie 6%
- la radiologie 6%
- l'ophtalmologie 1%
- la dermatologie 1%

Il y a donc une corrélation avec cependant sur-représentation de la dentisterie du fait du nombre de plaintes portant sur les prothèses dentaires.

Les chiffres de l'U.P.E.A. témoignent de 85 % de solutions amiables pour 15 % de procédures judiciaires. Dans ces derniers on retrouve les cas de dommages lourds dans lesquels chacun a intérêt de voir fixer la réparation par voie de justice, et ceux où le comportement du prestataire est manifestement critiquable.

Nous nous sommes posé la question de savoir si la nouvelle législation concernant les « *Droits du patient* » avait eu une incidence sur leur comportement face aux dispensateurs de soins.

Nous n'avons pas observé d'augmentation significative des plaintes au niveau des Mutualités socialistes francophones.

Par contre l'accès au dossier médical des praticiens est grandement facilité. Le secret médical, en effet, ne s'applique pas au patient lui-même. Ceci pourrait aussi être bénéfique aux prestataires car ils regrettent que le simple fait de prévenir leur compagnie d'assurance qu'une demande d'information est introduite dans le cadre d'une plainte en R.C. professionnelle entraîne une augmentation de leur prime.

Partie III

Quel est **l'avenir** de cette problématique médico-juridique dans notre pays ?

Tous les acteurs concernés, les patients et les praticiens, les pouvoirs publics et les compagnies d'assurance, sont d'accord pour regretter la situation actuelle qui se montre inutilement compliquée, et surtout injuste et onéreuse. Ceci découle du fait que le droit commun basé sur la faute n'est pas approprié à la problématique des accidents médicaux.

Depuis quelques années l'idée de créer en Belgique un système d'indemnisation des accidents médicaux indépendamment de l'existence d'une faute professionnelle est née dans l'esprit du professeur Fagnard de la Faculté de Droit de l'Université Libre de Bruxelles. Il s'agit de s'inspirer de la réparation des accidents du travail en Belgique : tout dommage né d'un acte médical se verrait indemniser par un « Fonds » prévu à cet effet à l'instar de l'Allemagne , des Pays scandinaves et de la France.

Plusieurs mandataires politiques se sont penchés sur la question et ont déposé des projets ou propositions de loi pour tenter la résolution de la question.

Tous ont des points communs : création d'un système de « responsabilité sans faute » pour indemniser tout dommage anormal causé par un accident diagnostique ou thérapeutique par un « Fonds des Accidents médicaux ».

Là où ils s'opposent c'est sur la façon d'alimenter ce « Fonds » :

- par une intervention de l'Etat ?
- par une cotisation complémentaire de tous les citoyens ?
- par une cotisation des Compagnies d'Assurances ?
- par un prélèvement sur les honoraires ?
- par un prélèvement sur le prix des journées d'hospitalisation ?
- par une combinaison de ces propositions ?

Le dernier projet en chantier émane de l'actuel ministre de la Santé et des Affaires sociales :

- il estime que le nombre de recours, en Belgique, suite à une prestation médicale s'élève à 2000 par an
- que les recours ne donnant finalement lieu à aucune décision judiciaire sont de 85 % (accord amiable ou retrait de la plainte)
- un problème supplémentaire est qu'on ne dispose pas d'enregistrement systématique et uniforme. On ne peut donc pas chiffrer la nature, la fréquence, ni l'importance des dommages ; avec par conséquent une impossibilité de chiffrer les dépenses en termes de Soins de Santé et d'Indemnisation pour I.T. Sur ce point on avance des chiffres allant de 7.5 à 75 millions d'Euros !
- qu'en extrapolant les données suédoises à la Belgique on devrait prévoir 10 000 recours annuels.

Le ministre a dès lors initier des groupes de travail pour remédier à ces carences.

Les Mutualités restent partisanes de ce principe et sont demandeuses pour

participer à ces travaux préalables. En outre elles veulent rester vigilantes à la défense de leur droit de subrogation dans ce domaine comme dans d'autres.

Les avantages d'un tel système sont évidents :
- les victimes seraient indemnisées beaucoup plus vite
- toutes les victimes seraient indemnisées
- elles se verraient déchargées du fardeau de la preuve
- on éviterait l'apparition d'une « *médecine défensive* ».

Par ailleurs la question de savoir si le blessé conserverait la possibilité du recours judiciaire contestant la décision d'arbitrage, est toujours en discussion.

Partie IV

Conclusions

Notre monde évolue. La pratique médicale a connu ces 25 dernières années plus de changements que pendant les 25 siècles précédents. La médecine est passée d'un paternalisme bien intentionné au concept de *droit des patients*. Ceux-ci sont devenus acteurs dans la défense de leur santé ; les médecins ont perdu leur mandarinat ! L'individu moderne, même affaibli par la maladie, a perdu la crainte révérencielle que vouaient ses pères à l'hôpital, à l'école, à l'administration.

Actuellement celui qui souffre des conséquences d'un acte médical, s'il veut être indemnisé, doit prouver la faute dans le chef du praticien, objectiver le dommage et démontrer le lien de causalité entre le premier et le second. Les procédures sont lourdes, longues, onéreuses.

En outre il est malaisé pour un profane en la matière de distinguer entre les notions de *faute, de complication, d'aléa thérapeutique*.

Sans compter les difficultés pour un médecin normalement consciencieux de prouver l'obtention du consentement éclairé d'un patient devenu plaignant.

Bien sûr l'obligation du thérapeute est surtout de moyens. Encore faudrait-il que, bien davantage que maintenant, il s'efforce d'expliquer la pathologie, la technique utilisée, avant, pendant et après la réalisation de la prestation.

Qui dira à suffisance l'importance de la communication et du dialogue, du **colloque singulier** entre le médecin et son patient ? Colloque singulier que nos modernes Hyppocrates négligent au profit de la technicité et de l'*Evidence Based Medicine*. Encouragé, il est vrai, en ce sens par les gestionnaires des compagnies d'assurances en R.C. Professionnelle qui craignent par-dessus tout, ne serait ce que l'ombre d'une reconnaissance de responsabilité. Dame ! Elles ne sont pas des sociétés philanthropiques.

Qui rappellera, malgré les progrès techniques mis en exergue par des médias en mal de copie, que la médecine restera encore longtemps une science humaine par définition inexacte ? Derrière son masque scientifique elle soigne un ensemble d'organes, elle en oublie l'individu, **l'Homme** !

Le nombre de litiges augmentent, les médecins adoptent de plus en plus souvent des attitudes défensives, les compagnies d'assurance revoient leurs primes à la hausse, les procédures judiciaires deviennent interminables. Tout cela freine l'équité d'une réparation rapide et correcte.

Dès lors les autorités envisagent une réparation des suites néfastes des actes médicaux indépendamment de la notion de *faute*. La justice y gagnera ce que le droit civil y perdra. Les difficultés rencontrées sont nombreuses et importantes ; le financement du système n'en est pas la moindre.

Mais si la volonté politique existe, les obstacles sont là pour être abattus.

Bibliographie

1) A*** Accidents diagnostiques et thérapeutiques
In « Le Généraliste » n° 660 du 01 octobre 2003, BXL

2) F. S. Erreurs médicales : indemniser sans faute.
In « La Dernière Heure », du 18 mai 2000, BXL

3) B*** Dossier : L'obligation d'information.
In « Le concours médical », tome 124-08, du 02 mars 2002

4) Communiqué de presse du Ministre R. Demotte 23 octobre 2003

5) C*** Les Brèves de l'Assurance Maladie n° 8,
octobre 2003, UNMS, Service Etudes, BXL

6) Nijs H. Fini d'être poursuivi pour erreur médicale ?
In « Le Généraliste » n° 492 du 19 janvier 2000, BXL

7) Lemal I. Les erreurs médicales aux urgences.
In « Le Soir » du 18 mai 2000, BXL

8) Gollier J.J. La couverture des aléas thérapeutiques.
In « L'Echo de la Bourse », du 04 juillet 2001, BXL

9) Courgeon B. Obligation d'information : comment être irréprochable.
In « Le concours médical », tome 123-09, du 10 mars 2001

10) Fagnart J.L. et Thiry E. Les droits du patient et la responsabilisation du médecin.
In « Revue médicale de Bruxelles », 2003 ; 4 : A 333-41

11) Verrijken G. Aléa thérapeutique.
In « Le journal du médecin », n° 1519, du 13 juin 2003

12) Selleslagh P. Le « no-fault » prend forme.
In « Le journal du médecin », n° 1522, du 24 juin 2001

13) de Meyere A. Changement de paysage.
In « Cahier Sthéthoscopie », 22, 1172, du 16 mars 1999

14) Matgen J.Cl. Erreurs médicales.
In « La libre Belgique » du 07 février 2000, BXL

15) Feron D.Le Médecin généraliste face aux Droits des Patients.
Conférence donnée le 15 novembre 2003 FAMGB

16) David G. Aspects pratiques de droit médical.
Séminaire de responsabilité médicale. FUCAM 20 avril 1998

17) Van Ommeslaghe P. Droit des obligations,
Vol 3, 3è édition 1996-1997/8 , pg 644 et svt
Presses Universitaires de Bruxelles

18) Fagnart J.L. La perte de chance.
Revue Belge du Dommage Corporel, 1998, pg 190 – 201

19) Jacobs A . Prescription de l'Action civile d'une Infraction. La Loi nouvelle est arrivée.
Revue de jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles, 25/09/1998, pg 1311 à 1313.

Summary

For now, in Belgium, the problem of medical responsibility is a problem of civil rights. In this system, the victim has to proof that a physician has made a fault, the reality of damages and the link between both.

In the future we will have a "no fault" system so as in our neighbours Europeans countries. Such a system will create many difficulties but supported by a political willing we will overcome them.

Conflicts between individual rights and social insurance.

Dr. Melinda Medgyaszai
Hungary

Working in the front-line of health insurance the medical doctors employed by the Hungarian National Health Insurance Fund often captured in the net of interests: individual patient vs. community thinking. The Fund is buffeted by conflicting forces: its strong commitment to universal access, the accelerating efforts of the governments to control costs while they continue the expanded scope of covered benefits, the increasing frustration of practicing physicians and hospital stewards who are caught in the middle.

We urged to use cost-control methods, on the other hand we have to respect patients' rights. Being physicians we know the latest results in health care. But our hands are tied with a number of rules, which try to keep the price of individual therapy between given borders for the sake of patients as a whole. I' d like to introduce some cases from our practice about alternative psychiatric drugs, SSRIs, new antithrombotic treatments and a number of conflicts about patients' rights.

More questions than solutions arises, such as:
Whether the brand new protocols and guide-lines care a bit about patients suffering of a different kind of illness? Who can strictly decide which illnesses' treatment could be more important in a nationwide aspect? What to choose: expensive therapies for a few, but severely ill patient or "good old" drugs, and traditional treatment for every-day diagnoses?

We have to deal with these conflicts day by day. The only thing we can do as a public employee is to be clear and honest to all of our partners including health care managers, physicians and patients. With shrinking resources in the given circumstances we have to think globally but act locally and still have to stay unaltered physicians: "nil nocere". The debate is on.

Résumé
Comme médecin expert de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Hongrie, je me trouve confronter dans de nombreux cas aux problèmes qui opposent l'intérêt individuel et l'intérêt collectif.

Je voudrai présenter à travers quelques exemples les contradictions les plus importantes du droit individuel des malades et du droit de l'Assurance sociale. Cela suscite plusieurs questions dont il vaut la peine discuter.

Réparation par la sécurité sociale des risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé.

Dr Jacqueline Cardona

Depuis 1993, l'état indemnisait les accidents médicaux non fautifs graves survenus à l'hôpital.
La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé un droit nouveau en permettant la réparation *des risques sanitaires* (dommages liés à un acte médical sans faute), qu'ils surviennent à l'hôpital ou en médecine libérale.
"*Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentant le caractère de gravité*"(article L. 1142-1 du code de santé publique).
La loi de financement de la sécurité sociale prévoit depuis 2002 une dotation globale de 70 millions d'euros/an.

Principes d'indemnisation
Conditions d'accès
La réalisation de l'acte médical ayant entraîné l'accident médical doit être postérieure au 4/09/2001 (effet rétroactif de la loi à 6 mois)
Le dommage doit être supérieur au seuil de gravité fixé par décret du 4 avril 2003. Les critères retenus sont :
· ou une incapacité permanente partielle supérieure à 24%,
· ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur 12 mois
· ou une inaptitude à l'exercice d'une activité professionnelle
· ou des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.
Réparation intégrale des préjudices subis
L'indemnisation vise à couvrir les frais médicaux, les pertes de salaires et autres gains professionnels dus à une incapacité de travail, partielle ou totale, temporaire ou permanente, les souffrances physiques ou morales endurées, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément, le préjudice fonctionnel, et s'il y a lieu le préjudice moral des ayants-droit.

Dispositif d'indemnisation
La loi du 4 mars 2002 a prévu trois structures :
L'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)
L'ONIAM est un établissement public avec un effectif de 50 personnes.
Après avis de la CRCI qui a conclu à l'absence de faute médicale, l'ONIAM procède à une offre personnalisée de l'indemnisation des préjudices.
La commission nationale des accidents médicaux
Cette commission est placée auprès des ministres chargés de la justice et de la santé. Elle

est composée de professionnels de santé, de représentants d'usagers et de personnes qualifiées.
Elle prononce l'inscription des experts sur une liste nationale d'experts en accidents médicaux, après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances. Elle est chargée d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale, dans des conditions définies par décret.
Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents medicaux (CRCI)
Les moyens humains et logistiques des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) sont organisés en 4 pôles inter - régionaux : Bagnolet, Lyon, Bordeaux et Nancy.
La CRCI missionne un expert (ou un collège d'experts) pour évaluer les préjudices et déterminer l'origine du dommage.
La CRCI donne un avis sur les circonstances, les causes, la nature, l'étendue des dommages et sur le régime d'indemnisation applicable : selon que l'avis conclut à une faute ou non, l'indemnisation des préjudices fera l'objet d'une offre personnalisée de la part de l'assureur ou de l'ONIAM.

Procédure d'indemnisation
Principes de fonctionnement
Cette nouvelle démarche est **supplémentaire** : C'est une procédure **amiable** qui ne se substitue pas à l'action du juge ni à la possibilité de règlement amiable conduite par l'assureur
L'expertise est **gratuite** et **contradictoire** (le professionnel de santé, son assureur et l'ONIAM sont également convoqués par l'expert).
Démarches à effectuer par la victime
La victime directe d'un accident médical adresse à la CRCI le formulaire de demande d'indemnisation qui doit être accompagné des pièces suivantes :
- une attestation d'assuré social ;
- un certificat médical décrivant la nature précise et la gravité du dommage ;
- tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance des préjudices, notamment au regard du seuil de gravité fixé par le décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 ;
- tout document médical ou administratif établissant le lien entre les dommages et l'acte médical ;
- la copie du dossier médical ;
- tout document justifiant les sommes éventuellement reçues ou à recevoir au titre de l'indemnisation du dommage par un organisme autre que la sécurité sociale.
Procédure rapide
Le délai de la procédure doit être inférieur à 11 mois :
- La CRCI a 6 mois à compter de la réception d'un dossier complet pour rendre son avis.
- L'ONIAM ou l'assureur du professionnel de santé en cause (selon qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique ou d'une faute) a 4 mois à compter de l'avis pour faire une offre d'indemnisation et 1 mois pour payer si l'offre est acceptée.

Conclusion
La loi du 4 mars 2002 fait appel à la solidarité nationale pour permettre un accès égal à l'indemnisation des accidents médicaux *non fautifs* quel que soit le lieu de traitement (libéral ou hospitalier).Cette démarche amiable, gratuite et rapide vient en supplément des procédures déjà existantes.

Efficacité du *phoning* comme outil de régulation du système de santé.

S Russeil, G Borgès da Silva, N Imbert, JC Mabriez
CNAMTS échelon local de Marseille
56 chemin Joseph Aiguier
Code postal : 13009 Ville : MarseillePays : France
Tél. 04 91 83 72 77Fax 04 91 83 73 88
Courriel : georges.borges.da.silva@elsm-marseille.cnamts.fr

Objectifs

L'Assurance Maladie développe des campagnes d'appels sortants (*phoning*) à partir de ses plates-formes de services (*call center*). Elles ont pour vocation d'obtenir l'adhésion à une information, à une offre, ou bien de faire la promotion d'un service ou encore de réaliser des enquêtes sur échantillon. Le service médical de l'Assurance Maladie de Marseille a initié, depuis 2003, plusieurs campagnes d'appels sortants participant à la régulation du système de santé.
L'objectif de cette étude était d'analyser ces campagnes afin d'évaluer leurs résultats pour en optimiser l'efficience.

Méthodes

Notre échantillon est constitué de quatre campagnes sur :

- Le bon usage des antibiotiques auprès des enfants de moins de 10 ans (900 appels en avril 2003 suivis de l'envoi d'une plaquette informative). Il s'agissait de faire adhérer les parents à la recommandation de suivre l'avis du médecin traitant sur l'utilité des antibiotiques. L'argumentaire des téléconseillers avait été validé par la Société française de santé publique. L'efficacité était mesurée en comparant leur consommation à celle d'un groupe témoin.
- La promotion du nouveau numéro d'appel unique réservé aux professionnels de santé (2000 appels à des généralistes de Août 2003 à février 2004). L'impact était mesuré sur l'évolution du nombre d'appels sur ce numéro.
- L'offre d'abonnement à Pratiqual, lettre électronique portant sur l'actualité du web concourant à la qualité des soins (2000 appels à des généralistes). L'impact était mesuré sur le nombre d'adresses de courriels recueillies.
- La satisfaction des lecteurs de Pratiqual, par enquête sur un échantillon de 200 généralistes. L'efficacité était mesurée sur le nombre de questionnaires remplis.

Résultats

L'efficacité a varié selon le type de campagne. Celle sur les antibiotiques n'a montré aucune différence significative dans la consommation entre le groupe appelé et le groupe témoin. Par contre l'utilisation du numéro unique a connu un doublement du nombre d'appels en trois mois. De même, 56 % des généralistes contactés se sont abonnés à Pratiqual et lors de l'enquête de satisfaction, 35% d'abonnés ont rempli le questionnaire.

Discussion

Notre campagne d'adhésion à une recommandation n'a eu aucun impact. Par contre nos campagnes d'offre d'un produit (Pratiqual), de promotion d'un service (numéro d'appel réservé aux professionnels de santé) et d'enquête de satisfaction ont eu un résultat bien supérieur aux estimations habituelle des experts en marketing (taux de retours allant de10% à 25%).

Le manque d'efficacité de notre action sur la consommation d'antibiotiques peut être lié à sa période d'intervention. Elle s'est déroulé au mois d'avril (ralentissement de la consommation), et elle était postérieure à la campagne nationale de l'Assurance Maladie qui avait déjà réduit l'usage des antibiotiques de 16% en région PACA.

Cependant, nos autres campagnes étaient chacune porteuse d'une proposition plus concrète, donc moins sujette à aléas dans son acceptation que ne pouvait l'être un message d'éducation thérapeutique. Ces propositions répondaient à des besoins tout en étant porteuses de sens pour le service médical de l'Assurance Maladie. La mise en relation d'une offre et d'un besoin apparaît donc être le modèle de *phoning* le plus efficient pour la régulation du système de santé.

Notre communication au congrès de santé publique se présente comme une offre d'échange d'expériences et de débats avec les autres participants.

Amélioration de la connaissance des généralistes sur les missions de service public du service médical de l'Assurance Maladie .

G Borgès Da Silva, N Imbert, JC Mabriez
Organisme Service médical de l'Assurance Maladie
Adresse 56 Chemin Joseph Aiguier
Code postal 13009 Ville Marseille Pays France
Tél. 04 91 83 72 77 Fax 04 91 83 73 78
Courriel : georges.borges.da.silva@elsm-marseille.cnamts.fr

Objectifs

Les missions de service public du service médical de l'Assurance Maladie sont méconnues des médecins généralistes. C'est particulièrement le cas de celles portant sur l'accompagnement et le conseil en matière de bon usage des soins, sur l'analyse de leur activité, sur les recommandations en vue d'adapter les soins qu'ils prodiguent aux patients.
Nous avons donc entrepris une action vers eux, visant à transmettre du service médical une image conforme à ses missions. Ceci afin d'améliorer les relations qu'entretenait ce service avec ces praticiens tout en facilitant la reconnaissance de la légitimité de ses missions de service public. Cette action consistait à conforter notre positionnement sur la promotion des référentiels de bonne pratique en diffusant, aux médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, une lettre électronique (Pratiqual). Son contenu reprenait les nouveautés parues sur l'internet et concourant à l'amélioration de la qualité des pratiques de soins. L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact, de la diffusion de deux numéros de Pratiqual en janvier et février 2004, sur l'image du service médical de l'Assurance Maladie auprès de ces médecins.

Méthodes

En mars 2004, nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès de 200 médecins généralistes tirés au sort parmi les 1100 abonnés de Pratiqual. Cette enquête a été menée par les télé-conseillères de la plate-forme de services du service médical. Elles ont interrogé les abonnés à l'aide d'un questionnaire. Parmi les questions mesurant la satisfaction, six affirmations devant être vérifiées depuis la réception de Pratiqual étaient proposées à leur accord. Elles permettaient de mesurer leur adhésion aux missions attribuées au service médical de l'Assurance Maladie.

Résultats

Nous avons obtenu un taux de réponse de 36% auprès des 193 abonnés ayant pu être joints. Sur ces 36% de généralistes ayant répondus à toutes nos questions, 55% appréciaient toutes les rubriques de Pratiqual. Les autres ont souhaité différencier leur appréciation selon les rubriques. Les rubriques jugées particulièrement utiles étaient : les alertes sanitaires (32% de tous les répondants), l'actualité médicale (28%), l'actualité des référentiels de pratique clinique (27%) et l'actualité de la pratique médicale (27%), l'actualité professionnelle (24%), la santé publique (20%), l'actualité en hospitalisation (13%), en régulation du système de santé (10%) et dans les réseaux (6%). Ces taux de satisfaction différenciés s'additionnent au taux de satisfaction global de 55%.

Les rubriques jugées particulièrement inutiles étaient : les réseaux (18%), la régulation du système de santé (14%), l'hospitalisation (8%), la santé publique (7%), les référentiels de pratique clinique (6%), la pratique médicale (4%).
Interrogés pour savoir si les informations des deux numéros de Pratiqual avaient déjà eu une utilisation directe dans leur pratique de soins, 32% répondaient affirmativement.
Nous avons trouvé un fort taux d'adhésion aux affirmations des missions du service médical : 90% était d'accord qu'il participe à de bonnes relations entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie; 89% estimaient qu'il contribue à la connaissance des référentiels de pratique clinique et qu'il participe, à son niveau à l'amélioration continue de la qualité des soins; 87% estimaient qu'il conseille les professionnels de santé sur le bon usage des soins; 69% estimaient qu'il participe à la modification de pratiques non conformes aux données acquises de la science; et 61% qu'il dispose de capacités d'analyse de la qualité des pratiques de soins.

Discussion

Cette étude montre que les missions du service médical de l'Assurance maladie ont bien été reconnues par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.
Nous envisageons donc d'étendre la diffusion de Pratiqual à l'ensemble des médecins généralistes de la région Provence Alpes Cote d'Azur et Corse. Dans un deuxième temps nous rechercherons si les référentiels de pratique clinique de l'ANAES ou de l'AFSSAPS, dont Pratiqual fait la promotion, sont effectivement mis en œuvre dans leur pratique.

EUMASS - UEMASS
European Union of Medicine in Assurance and Social Security
Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale

CONGRES UEMASS - LILLE-TOURNAI - 10-12 JUIN 2004. *CLOTURE DU CONGRES* *Dr M. Gouello, présidente de l'UEMASS*

L'Association Scientifique de Médecine d'Assurance Belge Francophone et l'Union Française de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociale ont été heureuses de vous accueillir à LILLE et TOURNAI pour ce XVe Congrès de l'UEMASS ;

Nous avons pu échanger :

sur l'actualité scientifique et pratique de la Médecine sociale européenne
sur nos systèmes de santé et nos missions
et nous avons mieux saisi le contexte européen dont les implications, y compris dans notre travail se font de plus en plus sentir et rendent nécessaires nos rencontres et notre influence auprès des instances européennes.

En ma qualité de Présidente pour les deux futures années, je formule le vœu que le réseau européen qui s'est constitué depuis 30 ans se renforce et s'élargisse.

N'oublions pas que les pays pouvant adhérer à l'UEMASS sont ceux du Conseil de l'Europe.

Le réseau d'échanges s'étend maintenant au delà de l'Europe vers l'Amérique et nous nous en réjouissons car la réflexion et l'action des praticiens conseils sont au service des assurés et contribuent à un haut niveau de protection sociale et à la garantie des soins de qualité.

Nous organisons un congrès tous les 2 ans.
Le prochain se déroulera à DUBLIN. Monsieur Clément LEECH vous en parlera.
Entre les congrès se réunissent des Groupes de Travail sur l'Incapacité/Invalidité et les soins de santé.
Si vous souhaitez participer à ces groupes, soyez les bienvenus.
Site internet http://www.uemass.com sur lequel figurent les mails des membres du Conseil d'Administration de l'UEMASS.

L'UEMASS est votre Association et vous devez la faire vivre.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION ET A TRES BIENTOT