

## La médecine de sécurité sociale en Roumanie

### *Social insurance medicine in Romania*

Oancea C<sup>1</sup>, Tudorache LD<sup>2</sup>, Ciuvica MM<sup>3</sup>

#### Résumé

Cet article propose une présentation de l'organisation et du fonctionnement de la médecine d'assurance et de sécurité sociale en Roumanie. Nous y décrivons le système de soins roumain, la structure du réseau de sécurité sociale, et les activités des différents acteurs de ce système. Nous discutons enfin quelques aspects liés à son évolution dans le cadre communautaire européen. Depuis 1951, la médecine d'assurance et de sécurité sociale, dénommée expertise médicale de la capacité de travail, est une spécialité médicale indépendante. La formation des praticiens est assurée par la chaire d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail dans le cadre de la faculté de médecine de l'université de médecine et pharmacie Carol Davila de Bucarest.

Le réseau de médecine d'assurance et de sécurité sociale comprend l'Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail, et les services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail. Les services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail appliquent les dispositions de la loi relative au système public d'assurances sociales. L'Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail (abréviation roumaine : INEMRCM) gère et contrôle l'activité de l'ensemble de services médicaux. Il s'agit d'une institution publique placée sous l'autorité de la Caisse nationale des pensions et autres droits d'assurance sociale.

Le médecin-conseil a pour missions d'évaluer la capacité fonctionnelle globale de la personne et d'apprécier le degré d'incapacité qui peut être indemnisé par une pension d'invalidité ou qui ouvre droit à d'autres prestations d'assurance sociale. Il doit aussi veiller à la réinsertion socioprofessionnelle des assurés.

**Prat Organ Soins. 2010;41(4):359-366**

*Mots-clés* : Sécurité sociale ; assurance ; prestations d'assurance ; assurance invalidité ; indemnités compensatoires ; travail, évaluation de la capacité de travail ; réadaptation professionnelle ; couverture accidents du travail et maladies professionnelles ; Roumanie.

#### Summary

The aim of this article is to present the organization and functioning of social insurance medicine in Romania. First, we describe the health care system in Romania. Then, we explain the structure of social security network and the role individual components play in this system. We conclude with a discussion on some aspects related to its development in European Community.

Since 1951, social insurance medicine, called work capacity medical assessment, is an independent medical specialty. The training is provided by the Chair of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation at the Faculty of Medicine of Carol Davila University of Medicine and Pharmacy in Bucharest.

The network of social insurance medicine includes the National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation and county medical services of social security.

County medical services of social security apply the law regulations relating to the public system of social insurance.

The National Institute of Medical Assessment and Work Capacity Rehabilitation (INEMRCM – Romanian abbreviation) manages and controls the activity of all medical services. INEMRCM is a public institution under the authority of the National House of Pensions and Other Social Insurance Rights.

The social insurance physician mission is to make a global assessment of one's functional capacity and to determine the degree of disability that may entitle the person to obtain a disability pension or other types of social insurance benefits. He must also promote measures to achieve social reintegration of insured people.

**Prat Organ Soins. 2010;41(4):359-366**

*Keywords*: Social security, insurance; insurance benefits; insurance, disability; work; work capacity evaluation; rehabilitation, vocational; compensation and redress; workers' compensation Romania.

<sup>1</sup> Assistant hospitalo-universitaire, Université de médecine et pharmacie Carol Davila de Bucarest, Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail.

<sup>2</sup> Praticien hospitalo-universitaire, Université de médecine et pharmacie Carol Davila de Bucarest, Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail.

<sup>3</sup> Professeur des universités – praticien hospitalier, Université de médecine et pharmacie Carol Davila de Bucarest, Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail.

Adresse pour correspondance : D<sup>r</sup> Corina Oancea, INEMRCM, Șoseaua Pandurilor nr. 22, sector 5, 050659 Bucarest, Roumanie.  
E-mail : oanceaco@yahoo.com

## INTRODUCTION

Le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'Union Européenne (UE) est passée à 27 États membres avec l'accueil de la Roumanie et de la Bulgarie. Depuis son adhésion, la Roumanie fait des efforts afin de répondre aux objectifs de la nouvelle Europe, parmi lesquels la protection sociale occupe une place importante.

La libre circulation des citoyens, le droit de s'établir, d'étudier ou de travailler dans un autre État membre que celui d'origine, constituent des grands défis en matière sociale. Dans ce contexte, les échanges d'informations entre les professionnels de santé des États membres deviennent essentiels.

L'objectif de cet article est de présenter une description synthétique de la médecine d'assurance et de sécurité sociale en Roumanie.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ EN ROUMANIE

Le système roumain de santé a pour base le modèle bismarckien, son financement s'appuyant essentiellement sur les cotisations sociales [1, 2].

Avant 1989, le système de santé roumain était d'inspiration soviétique, de type Semashko, financé par l'État, caractéristique des pays de l'Europe centrale et de l'Est [3, 4]. Après la chute du communisme, une transition progressive vers le système actuel a eu lieu ; la réforme du système de santé a été un chantier majeur pour le gouvernement et le Ministère de la santé.

La loi 145/1997 est la référence juridique principale sur l'assurance maladie. C'est le premier acte législatif qui a positionné l'assurance maladie comme principal mode de financement des soins de santé de la population, garantissant aux assurés l'accès à un ensemble de services médicaux de base.

Entre 1997 et 2005, cette loi sur l'assurance maladie a subi plusieurs modifications : les changements ont reflété l'approche politique des partis au pouvoir sur les questions de financement.

La loi 95/2006 porte réforme de l'organisation de l'assurance maladie : elle comprend des mesures visant à accroître les performances du système de santé et à atteindre les objectifs des politiques de santé du gouvernement.

Le système de santé actuel est fondé sur le paiement, au titre de l'assurance maladie, d'une cotisation d'un montant déterminé, obligatoire pour les employeurs et les salariés.

Les sommes recouvrées entrent dans la constitution du Fonds national unique d'assurance maladie. Ce fonds est aussi alimenté par d'autres sources : subventions budgétaires, intérêts, donations, sponsorisations, revenus provenant de la gestion du patrimoine de la Caisse nationale d'assurance maladie (abréviation roumaine identique : CNAS), ou revenus propres obtenus par le Ministère de la santé.

Le Fonds national unique d'assurance maladie est géré par la CNAS et ses agences territoriales. La CNAS passe des contrats avec des fournisseurs de services médicaux publics et privés, hôpitaux, cliniques ou médecins libéraux.

En Roumanie, la santé et la sécurité sociale sont sous l'autorité d'administrations différentes : les services de soins de santé fonctionnent sous l'autorité du Ministère de la santé ; la sécurité sociale relève du Ministère du travail, de la famille et de la protection sociale. Cette dernière prend en charge plusieurs types de prestations : l'incapacité temporaire de travail, la maternité, la réadaptation (médicale et professionnelle), les pensions d'invalidité, l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les pensions de vieillesse.

La réglementation dans le domaine de la sécurité sociale repose sur plusieurs textes :

- loi n° 19/2000 relative au système public d'assurances sociales ;
- décret n° 340/2001 portant approbation des normes d'application et de mise en œuvre de la loi n° 19/2000 ;
- ordonnance n° 233/125/2006 portant approbation du modèle unique du certificat médical de congé utilisé pour accorder les indemnités correspondantes ;
- décision n° 400 du 19 avril 2001 ;
- décision n° 13 du 8 janvier 2004.

Tous ces textes ont été maintes fois modifiés et complétés.

Après l'entrée dans l'UE, le cadre législatif a dû s'adapter pour mieux garantir le maintien du droit aux prestations, compte tenu de la mobilité de la main-d'œuvre à l'intérieur de la Communauté.

Dans le système public de pensions et autres droits d'assurances sociales, la Roumanie applique le Règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale depuis la date de son adhésion. Sachant que les règlements communautaires sont directement applicables et obligatoires dans tous leurs éléments, les dispositions des actes européens prévalent sur la législation nationale en cas de divergence avec la législation roumaine en vigueur.

## LA MÉDECINE D'ASSURANCE ET DE SÉCURITÉ SOCIALE EN ROUMANIE

### 1. Description

La médecine d'assurance et de sécurité sociale s'appuie sur une approche globale de la personne pour apprécier la réduction de sa capacité fonctionnelle et établir le taux d'incapacité de travail qui ouvre le droit à la perception de différents types de prestations. Elle analyse également les possibilités de réhabilitation et réinsertion sociale pour les personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap.

### 2. Formation

La médecine d'assurance et de sécurité sociale, appelée expertise médicale de la capacité de travail, est une spécialité médicale créée en Roumanie en 1951 par le Professeur Mihail Maurer. Ce célèbre praticien est à l'origine de la notion de médecine d'assurance et de sécurité sociale en Roumanie. Sa démarche procède d'un intérêt certain pour les difficultés de la vie quotidienne résultant des conséquences des maladies et s'exprimant en termes de restriction d'activité tant sur le plan social que professionnel.

Grâce à lui, la médecine d'assurance et de sécurité sociale est devenue une discipline d'enseignement universitaire dès 1955 à la faculté de médecine de l'université de médecine et pharmacie Carol Davila de Bucarest [5, 6].

En Roumanie, l'accès à cette formation est fonction du classement au concours national de l'internat. Depuis 2011, l'internat de médecine d'assurance et de sécurité sociale dure trois années et comporte un enseignement théorique et une formation pratique. Des stages obligatoires sont prévus :

- six mois d'explorations fonctionnelles ;
- dix mois validant l'expertise médicale de la capacité de travail à l'Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail à Bucarest ;
- 15,5 mois validant la formation clinique dans des services hospitaliers agréés par le Ministère de la santé ;
- 4,5 mois dans les services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail.

La chaire de la faculté de médecine de Bucarest est chargée de coordonner l'organisation de la formation théorique et pratique durant l'internat. Le diplôme de médecin spécialiste en médecine d'assurance et de sécurité sociale est délivré par le Ministère de la santé. La validation de ce diplôme, fondée sur la validation des semestres de formation pratique et de l'ensemble de la formation théorique, est obtenue après passage de

l'examen de spécialité qui comporte une épreuve écrite et deux épreuves pratiques : un cas clinique et une analyse d'explorations fonctionnelles.

Outre l'encadrement de l'internat, la chaire de la faculté de médecine de Bucarest assure également la formation en médecine d'assurance et de sécurité sociale à divers niveaux :

- un module optionnel pour les étudiants en médecine de 5<sup>e</sup> année ;
- la coordination de l'organisation de la formation théorique et pratique en vue de l'obtention d'une deuxième spécialité pour les médecins spécialistes dans une spécialité médicale ;
- la formation médicale continue : le calendrier des cours est élaboré par la chaire avant chaque rentrée universitaire et mise à disposition sur les sites web médicaux et dans des publications professionnelles spécialisées. Des semaines de formation sont proposées sur plusieurs thèmes : mises à jour sur la législation, actualité sur l'évaluation médicale dans différentes pathologies. Les cours sont destinés aux médecins-conseils mais aussi aux autres catégories de médecins : médecins du travail, internistes ou généralistes.

Depuis sa création, l'activité de la chaire de médecine d'assurance et de sécurité sociale s'organise dans le cadre de l'Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail à Bucarest (abréviation roumaine : INEMRCM).

### 3. Organisation

L'INEMRCM est un organisme spécifique employant plus de 200 personnes réparties en plusieurs départements : cliniques médicales, service d'explorations fonctionnelles, service de radiologie, laboratoires d'analyses médicales, laboratoires de recherche et d'épidémiologie.

L'INEMRCM est une institution publique subordonnée à la Caisse nationale des pensions et autres droits d'assurance sociale (abréviation roumaine : CNPAS). La CNPAS est placée sous l'autorité du Ministère du travail, de la famille et de la protection sociale, et est chargée de l'administration et de la gestion du système public de pensions.

La directive gouvernementale n° 1229/2005 (DG 1229/2005) sur l'organisation et le fonctionnement de l'INEMRCM et des services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail fixe ses principales attributions et activités [7] :

- direction et contrôle de l'activité des services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail ;

- avis rendus aux services territoriaux d’expertise médicale de la capacité de travail, après admission des assurés dans ses cliniques médicales ;
- rédaction de rapports d’expertise médicale en cas de contestation d’une décision fondée sur l’avis d’un service territorial, à la demande des Caisses départementales des pensions et autres droits d’assurance sociale ;
- rédaction de rapports d’expertise médicale à la demande de l’Institut national de médecine légale en vue d’évaluer le taux du dommage corporel pour les victimes de tout type d’accident ou de maladies professionnelles ;
- prestations de services médicaux (réalisation d’appareillage orthopédique : dispositifs médicaux – prothèses, orthèses, et soins de réadaptation) pour les assurés victimes d’accidents du travail ou de maladies professionnelles, en vue de leur réhabilitation au travail (maintien dans l’emploi, insertion ou réinsertion professionnelle), conformément à la loi 346/2002 relative à l’assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles [8] ;
- élaboration et actualisation permanente du barème d’invalidité validé par la Caisse nationale des pensions et autres droits d’assurance sociale ;
- élaboration de programmes de réhabilitation socio-professionnelle en collaboration avec la Caisse nationale des pensions et autres droits d’assurance sociale et l’Agence nationale pour l’emploi (abréviation roumaine : ANOFM). L’ANOFM assure différents ser-

- vices aux demandeurs d’emploi : organisation de stages de formation ou de reclassement professionnel pris en charge par l’État en cas de reprise d’emploi après une pension d’invalidité, appui d’un conseiller pour optimiser la recherche d’emploi (aide à réaliser le curriculum vitæ/préparer l’entretien d’embauche), gestion des offres d’emploi ;
- réalisation d’études dans le domaine de la sécurité sociale (études épidémiologiques sur l’invalidité, travaux de recherche destinés à mieux adapter le barème d’invalidité aux méthodes actuelles d’évaluation dans différents domaines médicaux).

Les services territoriaux d’expertise médicale de la capacité de travail, recouvrant géographiquement l’ensemble du territoire de Roumanie, sont au nombre de 47 : un dans chacun des 41 départements (divisions administratives de Roumanie), et un dans chacun des six secteurs de Bucarest. Ils sont subordonnés sur le plan administratif aux Caisses départementales des pensions et autres droits d’assurance sociale, la coordination scientifique étant assurée par l’INEMRCM [9]. Pour mieux organiser leur activité, les services territoriaux d’expertise médicale de la capacité de travail réunissent plusieurs cabinets (figure 1).

En Roumanie, il y a environ 350 médecins-conseils de la sécurité sociale (appelés médecins experts d’assurances sociales), dont 40 travaillent à l’INEMRCM.

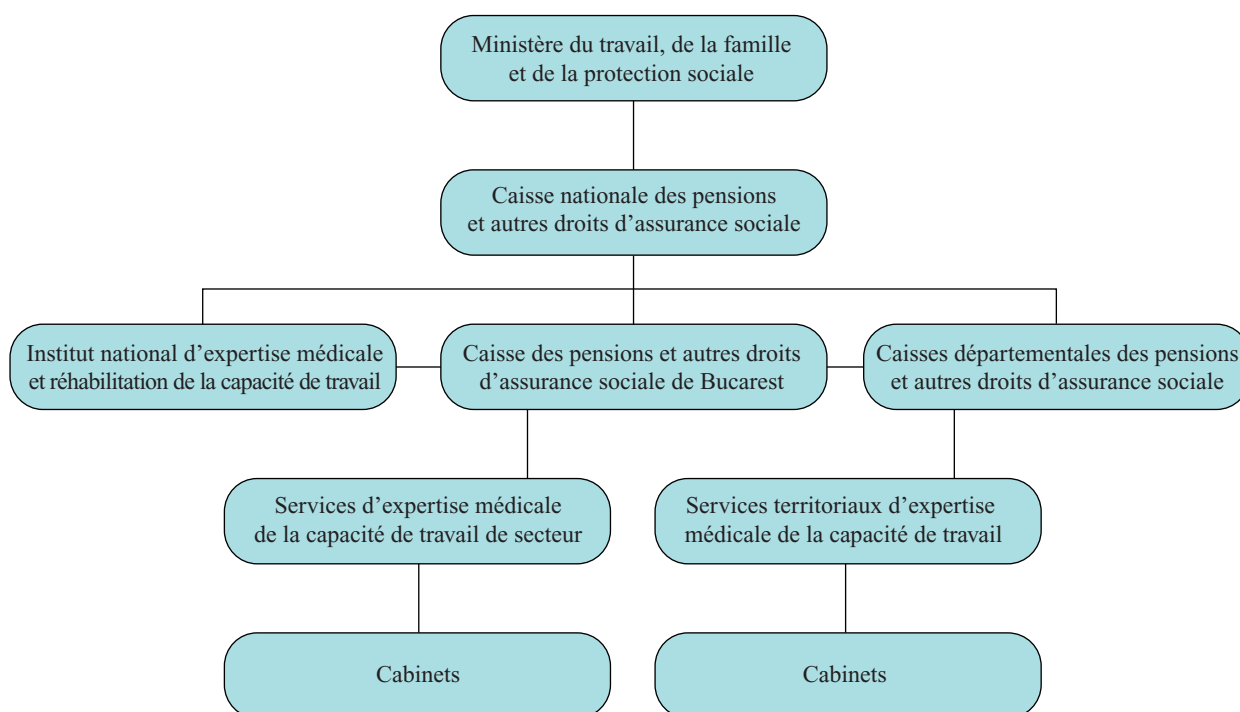


Figure 1. Le réseau de médecine d’assurance et de sécurité sociale de Roumanie.

#### 4. Missions

Les médecins-conseils exercent leurs missions dans les conditions définies par la loi 19/2000, l'ordonnance d'urgence n° 158/2005 et la loi n° 399/2006 [10-12].

Leur principale activité consiste à évaluer la capacité fonctionnelle globale de la personne et à apprécier le degré d'incapacité qui peut être rémunéré par une pension d'invalidité ou qui ouvre aux assurés le droit à d'autres prestations d'assurance sociale (incapacité temporaire de travail, indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles).

#### 5. Invalidité

Tout assuré ayant vu sa capacité de travail s'amoinrir au moins de moitié suite à un accident du travail, une maladie professionnelle ou encore une maladie ou un accident non lié au travail, a le droit de bénéficier d'une pension d'invalidité (loi 19/2000 – Art. 53 [10]).

Le taux d'invalidité est quantifié en fonction du degré d'incapacité de l'assuré dans son activité professionnelle et dans sa vie privée (loi 19/2000 – Art. 54 (a, b, c) [10]) :

- **Invalidité de 1<sup>er</sup> degré** : correspond à une perte totale de la capacité de travail associée à la perte de la capacité d'effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne (marcher, manger, s'habiller, faire sa toilette), la personne nécessite l'aide d'une tierce personne.
- **Invalidité de 2<sup>e</sup> degré** : correspond à une perte totale de la capacité de travail, avec maintien de la capacité d'effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne. La personne ne nécessite pas l'aide d'une tierce personne.
- **Invalidité de 3<sup>e</sup> degré** : correspond à une perte d'au moins la moitié de la capacité de travail. Néanmoins, la personne est encore capable d'exercer une certaine activité professionnelle à mi-temps.

Toute pension d'invalidité est attribuée à titre temporaire et révisée tous les 6 à 12 mois, en fonction de la maladie qui entraîne l'état invalidant (loi 19/2000 – Art. 62 (1) [10]).

En fonction de l'évolution, le degré de l'invalidité peut changer : il peut être augmenté ou réduit. C'est ce que l'on nomme la dynamique de l'invalidité.

Les cas sévères qui induisent une déficience fonctionnelle grave, en réduisant de manière permanente et irréversible la capacité de travail malgré toutes les mesures thérapeutiques entreprises, peuvent être classés non révisables par le médecin-conseil.

Tableau I  
Corrélation entre le diagnostic fonctionnel, le degré d'invalidité et l'incapacité adaptative (Roumanie, 2010).

Diagnostic fonctionnel	Incapacité adaptative	Invalidité
Sans déficience fonctionnelle	0-19 %	Pas d'invalidité
Déficience fonctionnelle légère	20-49 %	Pas d'invalidité
Déficience fonctionnelle modérée	50-69 %	3 <sup>e</sup> degré
Déficience fonctionnelle accentuée	70-89 %	2 <sup>e</sup> degré
Déficience fonctionnelle grave	90-100 %	1 <sup>er</sup> degré

Le médecin-conseil de la sécurité sociale réalise l'évaluation fonctionnelle et pose le diagnostic fonctionnel, spécifique à la médecine d'assurance et de sécurité sociale. Pour formuler son avis, le médecin-conseil de la sécurité sociale a recours à l'examen clinique et à divers examens complémentaires ; il tient compte également des éléments médicaux du dossier et des aspects d'ordre social et professionnel (âge, aptitudes, niveau de formation, etc.).

Le diagnostic fonctionnel consiste à estimer l'influence des infirmités sur l'état général de l'assuré et permet d'évaluer la capacité fonctionnelle restante qui peut avoir un rôle compensateur. Il existe une corrélation entre le diagnostic fonctionnel, le degré d'invalidité et l'incapacité adaptative (tableau I). L'incapacité adaptative reflète les difficultés d'une personne à s'adapter au milieu social et professionnel en raison de son infirmité. Elle est également quantifiée à l'aide d'une échelle [13].

#### 6. Incapacité temporaire de travail

Tout assuré nécessitant des soins de longue durée ou un arrêt de travail supérieur ou égal à 90 jours doit se soumettre à l'examen du médecin-conseil, effectué à la demande du médecin spécialiste de la pathologie qui entraîne l'état invalidant.

Au bout de 183 jours d'arrêt de travail, l'état de santé est de nouveau analysé par le médecin-conseil : soit l'arrêt de travail est prolongé encore trois mois au maximum, si on estime qu'à la fin de cette période la reprise d'activité sera possible, soit l'assuré reçoit une pension d'invalidité. Au-delà de 183 jours, et jusqu'à 273 jours d'arrêt de travail, l'avis de l'INEMRCM est sollicité.

Le médecin-conseil au niveau territorial peut mettre fin à un arrêt de travail prolongé pour maladie quand il estime que l'assuré est en mesure de reprendre une certaine activité salariée.



À partir de 90 jours d'arrêt de travail, le médecin-conseil établit un protocole de soins en vue de favoriser la réinsertion socioprofessionnelle de l'assuré (loi 19/2000 – Art. 63 (1) [10]). Ce protocole est établi compte tenu des recommandations du médecin spécialiste et périodiquement révisé en fonction de l'état de santé du patient. Pour pouvoir continuer à bénéficier des prestations accordées par la caisse, le bénéficiaire doit suivre le traitement et les mesures prescrites par le médecin-conseil de la sécurité sociale. Dans le cas contraire, la caisse peut suspendre le versement des prestations (loi 19/2000 – Art. 63 (1, 2) [10]).

## 7. Handicap

Pour être reconnue comme handicapée, une personne doit être atteinte d'une déficience physique, mentale ou sensorielle et se trouver dans l'incapacité d'assurer par elle-même une activité quotidienne normale. De ce fait, elle nécessite des mesures de protection en vue d'obtenir réhabilitation et insertion sociale. Le statut est défini par la loi 448/2006 – Art. 2 (1) relative à la protection et l'affirmation des droits des personnes handicapées [14].

L'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées est réalisée selon un barème spécifique. Le handicap peut être secondaire à une déficience physique, visuelle, auditive, visuelle et auditive, somatique, mentale, psychique, suite à l'infection VIH/SIDA, suite à des maladies rares, ou à l'association de plusieurs déficiences. En fonction de sa sévérité, le handicap est qualifié de léger, modéré, accentué, ou grave.

La reconnaissance du handicap ouvre droit à diverses prestations sociales (allocations, avantages fiscaux, facilités de transport, médicaments gratuits, assistance personnelle à domicile, etc.). Elles sont attribuées à partir d'un certain taux d'incapacité.

L'évaluation est assurée par la Commission pour la protection des enfants ou par la Commission d'évaluation des adultes en situation de handicap. Toutes deux sont des organismes spécialisés qui fonctionnent respectivement dans le cadre des Conseils départementaux et dans le cadre des Conseils de secteurs à Bucarest. Les commissions sont des équipes multidisciplinaires, dont l'un des membres est médecin-conseil de la sécurité sociale.

## 8. Quelques chiffres

Le département de statistique de l'INEMRCM enregistre et analyse les données reçues des services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail, concernant la mise en invalidité suite aux diverses

pathologies. En 2006, 76 704 assurés ont accédé à une pension d'invalidité. L'incidence de l'invalidité enregistre une augmentation progressive depuis 1986 (38 291 nouveaux cas). Le nombre total de personnes mises en invalidité poursuit la même dynamique de croissance, de 218 169 en 1986 à 836 240 en 2006 [15].

En 2006, la population de Roumanie étant de 21 584 365 habitants selon l'annuaire statistique [16], la prévalence de l'invalidité s'élevait à 3,8 %. Selon la même source d'information, la population en 1986 était de 22 823 479 habitants, et la prévalence de seulement 0,9 %. On assiste à une multiplication par plus de quatre du nombre des bénéficiaires d'une pension d'invalidité en 20 ans.

Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être formulées. Les deux indices témoignent sans doute de la croissance de la morbidité et de la mortalité par maladies chroniques en Roumanie. Toutefois, le contexte social et économique apporte sa contribution. Entre ces deux dates, des changements profonds ont eu lieu dans l'histoire de la Roumanie : le régime communiste, avec une économie centralisée, s'est effondré et on a assisté à une transition vers l'économie de marché. La période a été marquée par la clôture des colosses industriels entretenus par l'État avec d'importantes suppressions d'emplois. Dans ces conditions, pour un certain nombre d'assurés, les critères sociaux ont eu la priorité sur les critères médicaux dans l'attribution d'une pension d'invalidité. On a tenu compte de la conjoncture économique, pas seulement de la diminution des capacités physiques ou mentales, en particulier dans le cas des seniors, quand ils subissaient une discrimination à l'embauche en raison de l'âge.

Dans une étude rétrospective sur l'invalidité induite par la spondylarthrite ankylosante, réalisée entre 2007 et 2008, 40 % de sujets interrogés ont répondu qu'ils n'ont pas eu recours à une pension d'invalidité suite aux conséquences de la maladie, mais surtout en raison de difficultés pour trouver un emploi [17]. Les pourcentages seraient probablement comparables pour d'autres maladies chroniques.

Une autre observation va dans le même sens. Une étude comparative sur l'invalidité générale entre 2006 et 2007 a indiqué une chute du nombre de nouveaux cas en 2007 [15]. La décroissance peut être expliquée par une plus grande exigence dans l'évaluation du degré d'invalidité mais aussi par un nombre plus faible de demandes de pension d'invalidité. L'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne a eu quelques effets positifs sur l'occupation de la population active : d'un côté elle a attiré plus d'investisseurs étrangers, fait qui a entraîné des créations d'emplois et une discrète croissance économique. Par ailleurs, certains ouvriers

roumains ont recouru au droit de chercher un emploi dans un autre État membre. En conséquence, la pression sur le système de sécurité sociale a diminué.

Les motifs médicaux des nouvelles attributions d'invalidité de 2007 étaient, par ordre de fréquence décroissante : les maladies de l'appareil circulatoire, les troubles psychiques, les maladies du système nerveux, les tumeurs, les maladies de l'appareil digestif et celles de l'appareil respiratoire [15].

En Roumanie, les maladies cardio-vasculaires représentent un problème majeur de santé publique. Elles sont la principale cause de mortalité et leur incidence augmente. Selon les données fournies par l'Organisation mondiale de la santé, elles sont responsables de 61 % de décès, alors que ce pourcentage est de 37 % en moyenne pour les États membres de l'UE. Ces différences tiennent à plusieurs facteurs, parmi lesquels le changement de mode de vie survenu au cours des dernières années (l'alimentation riche en calories, le tabagisme, la sédentarité et le stress quotidien) est déterminant.

En 2007, la Charte européenne pour la santé du cœur a été signée par les représentants des institutions gouvernementales roumaines. Cette signature témoigne à la fois d'une reconnaissance de l'impact des maladies cardio-vasculaires sur l'état général de santé de la population et d'un engagement dans les actions préventives en collaboration avec les médecins.

L'effet attendu de l'application de programmes cohérents de prévention est une baisse du taux d'invalidité ainsi que du taux de mortalité liée à ce type de maladies, comme cela a été obtenu au cours des dernières décennies par les pays développés (États-Unis, Europe de l'Ouest).

## CONCLUSION

En Roumanie, la médecine d'assurance et de sécurité sociale est une spécialité médicale à part entière. Par les activités qu'elle exerce, elle se situe au carrefour de plusieurs domaines et de ce fait nécessite des connaissances complexes et diversifiées : médicales, sociales, psychologiques, professionnelles, ergonomiques, législatives. Ses objectifs principaux, l'évaluation médicale et fonctionnelle, sont envisagés dans un seul but : établir les possibilités de réhabilitation et d'insertion sociale des personnes en situation d'invalidité ou de handicap. Néanmoins, elle offre un vaste champ d'investigation dans le domaine de la sécurité sociale.

La médecine d'assurance et de sécurité sociale, par la nature de son activité, a des interactions multiples avec

les politiques sociales. L'évolution du système de sécurité sociale entraînera des changements dans l'activité de tous les acteurs impliqués dans la gestion de ses ressources, y compris dans celle des médecins-conseils.

Le Ministère du travail est l'entité gouvernementale responsable de la mise en œuvre des stratégies dans le domaine de l'assistance sociale. Dans ce sens, l'objectif visé est la consolidation du système de sécurité sociale, dont le soutien apporté aux actions de prévention représente un aspect essentiel. La promotion d'un système en adéquation avec les réalités de la Roumanie et le développement dans l'esprit du modèle social européen doit permettre une collaboration étroite entre les pays de l'Union Européenne.

## RÉFÉRENCES

1. Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszyk V, Allin S, Mladovsky P. Romania: Health system review. In: Allin S, Mladovsky P, eds. *Health Systems in Transition. Volume 10. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008:1-172.*
2. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. *Scurt istoric al sistemului de asigurari de sanatate din Romania.* [<http://www.cnas.ro/?id=2>].
3. Enăchescu D., Marcu M.Gr. *Sănătate publică și management sanitar.* București : Ed All ; 1995.
4. Vlădescu C, ed. *Managementul serviciilor de sănătate.* București : Ed Expert ; 2000.
5. Sirjita N, Ciuvica MM, Gherman D, Statnic LD. *Elemente de expertiza medicala si recuperare a capacitatii de munca.* Arges (Roumanie) : Ed. Tiparg ; 2004.
6. *Université de Médecine et Pharmacie. Expertiza Medicala si Recuperare a Capacitatii de Munca.* Bucarest : Université de Médecine et Pharmacie Carol Davila. [<http://www.univer-med-cdgm.ro/?pid=799>].
7. Premier Ministre. *Directive gouvernementale n° 1229/2005 sur l'organisation et le fonctionnement de l'Institut national d'expertise médicale et réhabilitation de la capacité de travail et des services territoriaux d'expertise médicale de la capacité de travail.* [[http://www.cdep.ro/pls/legis/legis\\_pck.htp\\_act\\_text?id=67323](http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?id=67323)].
8. *Loi 346/2002 relative à l'assurance pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.* [[http://www.cdep.ro/pls/legis/legis\\_pck.frame](http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.frame)].
9. *Institutul National de Expertiza Medicala si Recuperare a Capacitatii de Munca.* Bucarest : Caisse Nationale des Pensions et autres droits d'Assurance Sociale. [<http://www.cnpas.org/portal/media-type/html/language/ro/user/anon/page/default.psml/template/generic:jsessionid=B07F685F96F64D6118FF3FCB1C66BD2E?url=%2Fcontent%2Fcnpas%2Fexpertise.html&title=Expertiza+medicalaj>].

10. *Loi 19/2000 (actualisée) relative au système public d'assurances sociales.* [<http://www.legislatiamuncii.ro/download.php?file=535>].
11. *Ordonnance d'urgence n° 158/2005 concernant les prestations d'assurance sociale.* [[http://www.cdep.ro/pls/legis/legis\\_pck.frame](http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.frame)].
12. *Loi n° 399/2006 portant l'approbation de l'Ordonnance d'urgence n° 158/2005 concernant les prestations d'assurance sociale.* [[http://www.cdep.ro/proiecte/2006/000/10/4/leg\\_pl014\\_06.pdf](http://www.cdep.ro/proiecte/2006/000/10/4/leg_pl014_06.pdf)].
13. Ciuvica MM, Gherman D. *Medicina asigurarilor sociale.* București : Ed National ; 2006.
14. *Loi 448/2006 relative à la protection et l'affirmation des droits des personnes handicapées.* [[http://www.cdep.ro/proiecte/2006/100/90/3/leg\\_pl193\\_06.pdf](http://www.cdep.ro/proiecte/2006/100/90/3/leg_pl193_06.pdf)].
15. Cîrjaliu-Davidescu S, Conea C, Dan M. *Tendințe ale morbidității cu invaliditate prin boli cronice ianuarie-iulie 2007-studiu comparativ.* *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă.* 2007;13(4):39-46.
16. *Anuarul statistic al României.* [<http://www.insse.ro/cms/files/pdf/ro/cap2.pdf>].
17. Oancea C, Mihai C. *Profilul socio-profesional al pensionarului de invaliditate cu spondilită anchilozantă.* *Revista de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă.* 2009;15(1):12-6.