

La lettre de l'UFMASS

juin 2022



UNION FRANÇAISE
DE MÉDECINE D'ASSURANCE
ET DE SÉCURITÉ SOCIALES

ÉDITO

Motivé et mobilisé : tel est l'état d'esprit du Service médical Grand Est en prévision du 24^{ème} congrès de l'UEMASS, qui se tiendra à Strasbourg en septembre 2023. Il s'agit d'une belle opportunité pour porter le rôle du Service médical auprès de nos voisins européens ! Lors de sa venue à Strasbourg en mars dernier, l'équipe organisatrice du congrès a rencontré une partie de notre équipe pluri-professionnelle qui travaille déjà sur plusieurs sujets pour alimenter le programme.

Le thème du congrès « La médecine d'assurance 2.0 dans un monde qui change », me parle tout particulièrement, dans ce contexte de crise sociale et sanitaire.

Depuis toujours, le Service médical a à cœur de protéger durablement la santé de chacun en agissant auprès de tous. Universalité, solidarité, responsabilité et innovation sont nos valeurs. Pour porter ces valeurs phares et répondre à nos missions et objectifs, nos capacités d'adaptation sont un atout. Ainsi, pour pallier le manque de soignants en France, qui se traduit au Service médical par des médecins-conseils en sous-effectif, nous avons constitué des équipes pluridisciplinaires, qui avancent chaque jour ensemble. Nos médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et infirmiers combinent leur expertise à celle de notre personnel administratif. Leur priorité est de pérenniser notre système de santé et rendre le meilleur service aux assurés, professionnels de santé libéraux et établissements de soins.

Le Service médical du Grand Est est impatient de découvrir vos pratiques innovantes et celles des autres organismes des différents pays européens qui seront représentés à ce congrès. Le partage d'expérience et les échanges seront particulièrement enrichissants pour nous.

Odile BLANCHARD

Médecin-Conseil régional, DRSM GRAND EST

<https://www.eumass.eu/fr/>



ACTUALITÉS DE L'UFMASS



Insurance medicine 2.0 in a changing world La médecine d'assurance 2.0 dans un monde qui change

1^{ÈRE} ANNONCE

BIENVENUE !

Le Congrès EUMASS 2023 sera organisé par l'association UFM ASS et l'asbl ASMA, les associations française et belge de médecine d'assurance. Le comité d'organisation conjoint souhaite vous inviter à assister au 24^e congrès EUMASS à Strasbourg, France, prévu pour la fin septembre 2023. Les jours définitifs du congrès (du jeudi matin au samedi matin) seront communiqués dès que possible.

La pandémie de Covid-19 a accéléré les changements en cours dans les pratiques de la médecine assurantielle. La Commission Scientifique et le Comité d'Organisation ont souhaité l'inscrire dans le thème général du congrès :

La médecine d'assurance 2.0 dans un monde qui change

Le Congrès sera une excellente occasion de réfléchir à cela, de partager les dernières connaissances scientifiques et les bonnes pratiques en médecine d'assurance.

STRASBOURG EUMASS-CONGRESS 2023 – suite

THÈMES PRINCIPAUX

En plus des thèmes traditionnels de nos congrès, le programme définitif comprendra également des thèmes plus actuels.

Thèmes traditionnels comme :

- Congé maladie
 - ➔ Certification, lignes directrices, mesures, présentéisme ; assurance qualité
- Réadaptation et retour au travail
 - ➔ Méthodes, point de vue du patient ; assurance qualité, rôle de l'employeur
- Évaluation et gestion de la capacité de travail
 - ➔ Lignes directrices, médecine d'assurance EB , assurance qualité
- Formation en médecine d'assurance
 - ➔ Programmes actuels ; Formation en Médecine d'assurance pré-doctorale et postdoctorale et en formation médicale continue ; Définition des objectifs d'apprentissage, des connaissances théoriques, des compétences pratiques et de l'évaluation
- Interaction entre les soins de santé et les soins sociaux
 - ➔ Suivi des soins de santé et des prestataires de soins
- Éthique en médecine d'assurance
- Impact de la modification de la législation

THÈMES ACTUELS COMME :

- Changements démographiques et sociaux
 - ➔ Population vieillissante, personnes handicapées ; migration, par ex. environnementale, de climat, de travail, migration économique
- Technologies de l'information et robotique en médecine d'assurance
 - ➔ E-santé, robotique, big data
- Évolution du profil du praticien de médecine d'assurance
 - ➔ L'impact et l'étendue de l'approche multidisciplinaire dans l'évaluation de la capacité de travail
- Caractéristiques communes de la médecine de l'assurance sociale dans différentes régions européennes
- Médecine d'assurance sociale après la pandémie de Covid-19
 - ➔ Syndrome Covid post-aigu-PACS ; Covid long : conséquences pour le médecin-conseil en suivi & indemnisation ; Dommages collatéraux : impact du Covid-19 sur d'autres patients en raison d'une mauvaise prise en charge médicale
- Éthique en médecine d'assurance
- Impact de la modification de la législation

PUBLICS CIBLES

Les médecins d'assurance, médecins-conseils et les chercheurs constituent le principal groupe cible. D'autres professionnels impliqués dans le domaine de la médecine d'assurance, des questions de sécurité sociale et du processus de retour au travail sont également les bienvenus, tels que des psychologues, des gestionnaires de cas, des experts en TIC, des avocats, ...

INSCRIPTION

L'inscription débutera en mars 2023. Des réductions seront disponibles pour les inscriptions précoces. Les détails seront communiqués dès que possible.

LANGUES

Les séances plénières se dérouleront en anglais, mais une traduction en français sera assurée.

Des sessions parallèles spécifiques se tiendront en français.

SOUSSION DE RÉSUMÉS

Les participants seront encouragés à participer activement aux sessions du congrès, mais il est important que, notamment en soumettant des résumés, ces discussions puissent également avoir lieu dans les sessions parallèles.

Il nous fait donc plaisir de vous inviter à soumettre un résumé pour une présentation orale ou par affiche, ou pour des séminaires thématiques. Nous appuyons fortement l'initiative de séminaires thématiques et de mini-symposiums.

Les résumés peuvent être soumis du 1^{er} septembre au 1^{er} décembre 2022 via notre site Web.

Contact : eumass_strasbourg2023@eumass.eu

Nous nous réjouissons de vous voir à Strasbourg.

Présidents du comité d'organisation local
Dr Nadine AGOSTI (association UFMAS)
Dr Jean- Pierre B^{on} SCHENKELAARS (ASMA asbl)

Présidente du conseil scientifique de l'EUMASS
Dr Corina OANCEA

Les résumés pourront être soumis du 1^{er} septembre au 1^{er} décembre 2022 via notre site web
www.eumass-congress.eu
ou via un lien dans **www.eumass.eu**



Si vous rencontrez des difficultés pour ouvrir les liens hypertextes, copiez-les puis collez-les directement dans votre navigateur.



ESPACE EUROPÉEN DES DONNÉES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ PAR LA COMMISSION EUROPÉENNE

La création d'un espace européen des données est l'une des priorités de la Commission pour la période 2019-2025, y compris dans le secteur de la santé.

Un espace européen commun des données relatives à la santé contribuera à améliorer les échanges et l'accès à différents types de données sur la santé (dossiers médicaux électroniques, données génomiques, données issues de registres de patients, etc.), non seulement pour soutenir la fourniture de soins de santé (utilisation primaire des données), mais aussi pour soutenir la recherche sur la santé et l'élaboration de politiques en la matière (utilisation secondaire des données).

L'intégralité du système de données sera conçue sur des bases transparentes visant à protéger pleinement les données des citoyens et à renforcer la portabilité de leurs données de santé, comme le prévoit l'article 20 du règlement général sur la protection des données (RGPD).

De concert avec les États membres, la Commission participe aux travaux préparatoires et à la mise en place de l'espace européen des données de santé. Une nouvelle « action commune pour l'espace européen des données de santé » sera établie pour aider les États membres et la Commission à faciliter le partage des données sanitaires pour la santé publique, les traitements, la recherche et l'innovation en Europe.

L'espace européen des données de santé reposera sur 3 piliers principaux:

- un système solide de gouvernance des données et de règles concernant l'échange des données ;
- la qualité des données ;
- des infrastructures et une interopérabilité solides.

Malika Benarab Attou

https://ec.europa.eu/health/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_fr



LES CRÉANCES ET DETTES EUROPÉENNES DE SOINS DE SANTÉ ENTRE 2016 ET 2020

Une étude du Cleiss présente la situation des créances et dettes européennes de soins de santé entre 2016 et 2020, ainsi qu'en la matière, la place occupée par la France parmi les États de l'UE/EEE/Suisse.

Résumé : au 31 décembre 2020, la France est un pays plus créancier que débiteur pour ce qui concerne les remboursements de soins de santé en application des règlements européens.

C'est-à-dire que les dépenses de santé engagées sur son territoire par les assurés des autres États européens sont nettement supérieures à celles des assurés des régimes français prises en charge sur le territoire des autres États européens. De fait, fin 2020, la France a un solde de créances d'un montant de 1 260 millions d'euros, contre un solde de

dettes de 681 millions d'euros. Ce qui place la France comme premier pays créancier de l'UE-EEE-Suisse et deuxième pays débiteur. La période 2016-2020 fait apparaître une augmentation de 25 % des créances par rapport à la période quinquennale précédente.

France, Allemagne, Espagne et Belgique concentrent 70 % des créances présentées les 5 dernières années. Et les 7 pays suivants : Royaume-Uni, Allemagne, France, Luxembourg, Pays-Bas, Belgique et Italie ont reçu plus de 73 % des dettes présentées intra-européennes et une part des dettes globales de près de 72 % pour l'année 2020.

Le travail frontalier reste une des sources importantes des dettes et créances en matière de soins de santé,

ainsi que la résidence des retraités hors de leur pays d'origine.

Au sein de l'Europe, la France est certes un pays majeur sur les échanges en matière de créances et dettes de soins de santé en application des règles de coordination ; malgré tout, les montants en question restent très modestes, comparés aux dépenses totales de santé françaises liées aux prestations en nature. Ainsi, pour l'année 2018, l'incidence budgétaire des créances et dettes françaises ne s'élève respectivement qu'à 0,41 % et 0,20 % de ces dépenses globales.

Malika Benarab Attou

<https://www.cleiss.fr/docs/decryptage/decryptage26.html>



Si vous rencontrez des difficultés pour ouvrir les liens hypertextes, copiez-les puis collez-les directement dans votre navigateur.



D'UNE GUERRE À L'AUTRE

Nous sommes en guerre, selon le chef de l'Etat, contre la Covid-19, depuis deux ans. Dans cette guerre, l'Assurance-Maladie est en première ligne. Une autre guerre est également menée au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Peut-être le terme de croisade serait-il plus judicieux ?

1) Etat des lieux

La tactique retenue par l'Etat-major pour la PDP est la triangulation des visions des médecins-conseil, traitant, et médecin du travail. La méthode est indiscutable mais elle est lourde: procédures d'accord, nombreux intervenants, disponibilité et compliance des services de santé au travail, échanges entre organismes, sont autant d'éléments qui limitent les capacités d'intervention. De plus on assiste à des afflux subits de demande d'avis sous l'effet des rétentions liées à la Covid, mais aussi aux pannes informatiques, et à l'absentéisme. Il y a donc un risque important de submersion notamment dans les ELSM peu dotés. La question est : comment trier un flux massif de patients, qu'il s'agisse de blessés de guerre ou d'arrêts de

travail ? Il existe déjà un tri établi par la Mission nationale PDP : 5 niveaux d'urgence, de gravité et de complexité ont ainsi été identifiés pour définir le niveau de risque de perte d'emploi [1].

2) Les procédures militaires

L'expérience militaire peut être profitable. Dans toute guerre les points critiques sont les effectifs et la logistique. Les effectifs de l'armée française ont été divisés par deux en 20 ans. Le service médical a suivi une érosion parallèle, un peu plus pour les agents, un peu moins pour les praticiens conseils. L'érosion du corps de bataille amène à utiliser des supplétifs, pour l'armée le personnel civil des armées, chez nous les CSAM, les ISM. Pour Clausewitz, « quand la supériorité absolue n'est pas possible, vous devez rassembler vos ressources pour obtenir la supériorité relative au point décisif ». Traduction : Quand on n'a pas les moyens de traiter tout le monde, le point décisif est le triage.

En matière de tri des patients, le service de santé des armées a quelques longueurs d'avance.

On parle ici des afflux saturants dans les conflits dits de haute intensité. Cette notion mérite d'être rapportée car il y a des règles qui ne sont pas nécessairement connues des lecteurs qui n'ont pas eu l'honneur de servir sous les drapeaux, ni la pratique de la médecine de catastrophe.

Qui trie ? C'est le médecin le plus expérimenté placé à l'entrée du centre de secours. Il fait mentalement, en quelques secondes, la synthèse entre la gravité du patient, ses chances de survie, l'état des ressources, et la durée d'une intervention. Il sépare les blessés légers soignés par les infirmiers, ceux qu'on va opérer, et ceux qu'on ne va pas opérer parce qu'ils sont trop graves ou l'opération trop longue : une morphine, une couverture.

La procédure en vigueur à l'OTAN est une variante schématisée dans le **tableau 1**.

TABLEAU 1- CATÉGORISATION MÉDICO-CHIRURGICALE

Catégorie de traumatisme	Prise en charge
T1	Traitement immédiat
T2	Traitement différé
T3	Traitement minimal
T4	Mesures d'accompagnement

Source : Mass casualty NATO AJP -4, 10 (A) Allied joint medical support doctrine – march 2006.[]



Si vous rencontrez des difficultés pour ouvrir les liens hypertextes, copiez-les puis collez-les directement dans votre navigateur.

3) TRANSPOSITION DES PROCÉDURES MILITAIRES

On peut distinguer les patients en IJ qui peuvent reprendre après un simple conseil ou orientation de CSAM ou d'ISM, ceux qui nécessiteront la PDP,

l'intervention du médecin-conseil, voire une coordination médicale et ceux qui sont trop graves, soit sur le plan médical soit sur le plan de leur contexte psycho-socio-professionnel et relèvent d'une échéance et d'une couverture. Cf tableau 2.

Cette classification peut donc être proposée en amont de celle des niveaux de risques professionnel (To à T4) mentionnée au §1.

TABLEAU 2 : ADAPTATION DE LA FILIÈRE DE SUIVI AU PATIENT EN IJ PAR CATÉGORIES

Niveaux d'urgence		Accompagnement *
U1	Gravité immédiate gérable	CSAM+ Médecin-conseil + PDP
U2	Gravité potentielle	ISM ± PDP
U3	Reprise prévisible	ISM
U4	Pas de reprise prévisible	Echéance / couverture †

*d'autres combinaisons sont possibles

† invalidité, chômage, AAH...

3-1 Pourquoi trier ?

Le mode de tri primaire actuel est binaire; avec ou sans PDP ± signalement social. La construction de catégories en amont permet une meilleure évaluation des patients, une économie de moyens puisque les plus légers, mais aussi les plus graves sont éliminés. En effet le risque d'un tri basé sur l'appréciation personnelle d'un agent qui n'a pas nécessairement une vision globale du dossier, comporte un risque important de choix compassionnel : c'est le risque de traiter en priorité les catégories les plus lourdes (U4), c'est-à-dire d'encombrer les plateformes avec des patients dont

l'avenir professionnel est compromis d'emblée ou qui n'ont plus les moyens physiques ou psychiques de rebondir. Le risque est la défaillance logistique.

3-2 Comment trier ?

Actuellement c'est le CSAM qui filtre l'orientation PDP sur des critères essentiellement sociaux et professionnels établis dans le script d'inclusion. Peut-on faire mieux ? C'est la combinaison de facteurs médicaux et non médicaux qui donne la meilleure vision de la résilience du patient *[3,4,5]. Comme il paraît difficile d'utiliser un médecin senior à l'en-

trée du service médical, il est possible d'approcher ces éléments par le relai de questionnaires explorant l'environnement et le soutien du patient, familial ou professionnel, son adaptation à la pathologie. On en déduit un score de résilience autour duquel on peut construire des catégories, cf tableau 2. L'UFMASS a fait inviter Kaat Goorts [3] pour présenter les travaux à la base de ce concept au congrès de Strasbourg. Ce sont les belges et les néerlandais qui sont les plus avancés dans le domaine. Il ne tient qu'à nous d'emprunter la route des Flandres.

François Latil

[1] - Mission nationale PDP- Déploiement des Plateformes départementales expérimentales pluridisciplinaires de services - mode opératoire V4.16 juin 2021

[2] - Puidepin A, Triage en médecine de catastrophe. Hopital d'instruction des armées Laveran Marseille <http://smurbmpm.fr/wp-content/uploads/2011-2012/12-avril-2012/triage.pdf>

[3] - Goorts K, Boets I, Decuman S, Psychosocial determinants predicting long-term sickness absence: a register-based cohort study. J Epidemiol Community Health 2020; 74:913-918. <https://jech.bmj.com/content/74/11/913>

[4] - GDecker-Sanchez P, de Wind A, Enhancing medical evaluations of sick-listed employees: an educational intervention to improve professional practice of physicians performing work ability assessments of employees on long-term sick leave. Int Arch Occup Environ Health. 2019 Jul;92(5):729-738 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30673838/>



Si vous rencontrez des difficultés pour ouvrir les liens hypertextes, copiez-les puis collez-les directement dans votre navigateur.



COVID 19 : QUAND LA PERFORMANCE PASSE - ET REPASSE - LE RHIN

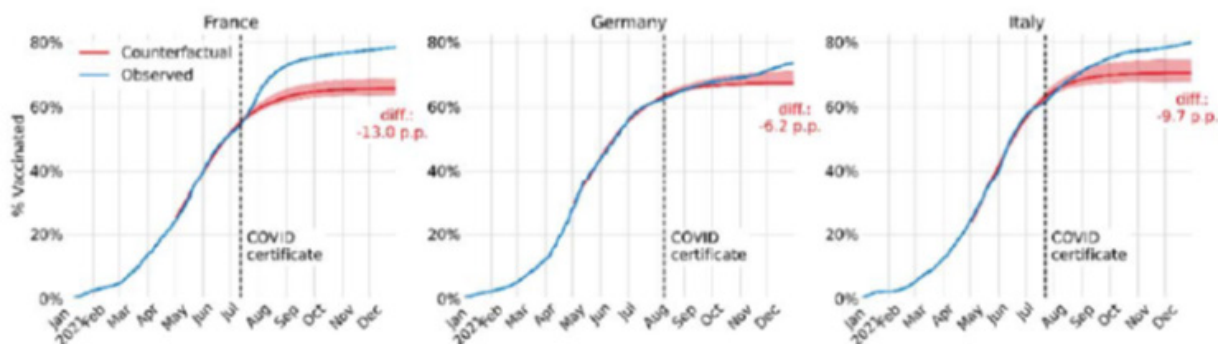
Y at-il eu un miracle allemand ? Tel était le titre d'un article de La Lettre de l'UFMASS de septembre 2020 face aux meilleurs résultats obtenus par les allemands lors de la première vague de la Covid-19 en terme de décès.

Ont été mis en avant le meilleur état industriel du pays, une recherche scientifique ciblée sur les coronavirus, plus de lits d'hospitalisation, et l'agilité des Länder qui avaient pu

adapter leur politique en fonction des variations régionales de l'incidence du virus.

A l'inverse, une étude du conseil d'analyse économique effectuée par un consortium universitaire montre que les pass vaccinal a permis d'obtenir de meilleurs résultats pour la vaccination en France qu'en Allemagne et en Italie lors de la 4^{ème} et 5^{ème} vague.[1]

Taux de vaccination estimé avec et sans pass sanitaire



Proportion cumulée de la population totale ayant reçu au moins une dose de vaccin COVID-19 telle qu'observée (courbe bleue) et dans le scénario contrefactuel sans pass (courbe rouge). La zone en rouge autour du contrefactuel donne l'intervalle de confiance à 95 %. La ligne verticale hachurée correspond à la date de l'annonce du pass.

Pour cela le groupe a construit des contrefactuels c'est-à-dire une modélisation de la dynamique de vaccination qui aurait été observée sans la mise en place du pass. Cette estimation est basée sur la théorie de diffusion des innovations qui permet de quantifier la manière dont une innovation – ici la vaccination – est graduellement adoptée par la population. L'impact spécifique du pass sanitaire est important mais hétérogène dans les trois pays : Ainsi, en France, le taux de vaccination aurait été de 65,2 % contre 78,2 % observé.

En Allemagne, il aurait été de 67,3 % contre 73,5 % observé et en Italie de 70,4 % contre 80,1 % observé. Les analyses portant sur l'activité économique vont dans le même sens.

L'interprétation des auteurs est que, contrairement à la France, la communication autour du pass sanitaire a été moins claire, les restrictions d'activités sans pass moins fortes, et la mise en place moins centralisée.

Cela suggère que les modalités de mise en oeuvre du pass sanitaire sont déterminantes pour son efficacité. Mais on peut également invoquer d'autres raisons qui sont l'absence de culture de vaccination obligatoire en Allemagne, un mouvement anti-vax traditionnel, et une attitude anti-pass assumée au plan politique par l'extrême droite.

Au final la mortalité par million d'habitants pointée au 19 avril 2022 est de 1603 en Allemagne et de 2105 pour la France. Une différence nettement moindre que celle observée lors de la première vague ou il y avait eu cinq fois plus de morts en France.

La France n'a pas produit de vaccin, mais elle a su mieux les gérer. On peut conclure qu'il n'y a pas de système parfait et c'est l'observation comparative entre voisins qui permettra, peut-être, d'être mieux armés pour le prochain tsunami...

François Latil

[1] - Miquel Oliu-Bartonab, Bary S.R. Pradelskic, Nicolas Woloszkod . L'impact des pass sanitaires sur le taux de vaccination, la santé et l'économie. Conseil d'analyse économique Janvier 2022
<https://www.cae-eco.fr/limpact-des-pass-sanitaires-sur-le-taux-de-vaccination-la-sante-et-leconomie>



Si vous rencontrez des difficultés pour ouvrir les liens hypertextes, copiez-les puis collez-les directement dans votre navigateur.



PAS DE SEUIL POUR LA TOXICITÉ DE L'ALCOOL SUR L'ENCÉPHALE

C'est une mauvaise nouvelle et *La lettre* ne voulait pas vous en priver. Et comme c'est publié dans *Nature Communication*, il y a des chances que ce soit vrai. En effet, les seuils de consommation acceptable d'alcool sont passés en 20 ans de 4 à 2 unités et, si l'on se fie à cette étude, à zéro ! Il y a une relation linéaire, sans seuil donc, entre consom-

mation d'alcool et volume du cerveau - matière grise et blanche. Ces données proviennent de l'étude de la banque de données d'imagerie (UK Biobank) du Royaume-Uni. Cet effet est cependant assez modeste et de même ordre que le vieillissement. Ainsi le fait de passer de la consommation d'une unité d'alcool à deux est équivalent à un vieillisse-

ment de deux ans. Un peu moins si on exclut les gros buveurs. Les optimistes se consolent du fait de l'absence de tests psychométriques dans l'étude et plaident la possibilité d'une absence de parallélisme anatomo-clinique. Rien ne prouve formellement que votre chef ait plus de matière grise que vous ; même s'il ne boit pas.

DAVIET R, AYDOGAN G, JAGANNATHAN K

Associations between alcohol consumption and gray and white matter volumes in the UK Biobank *Nature Communication* 4 march 2022.



LES « MORTS AVEC LE COVID » SONT-ILS MORTS DU COVID ?

C'est la question qui taraude les statisticiens. En effet la question de la causalité mérite d'être posée par principe chez des sujets âgés et d'autant plus qu'il y a comorbidités.

Les Allemands qui ne laissent rien au hasard ont répondu en grande partie à la question par des autopsies systématiques.

Une étude de l'Institut de pathologie d'Aix-la-Chapelle centralisant le registre central des autopsies en Allemagne représentant ¼ des instituts universitaires et plus de 1 000 autopsies.

Il en résulte que 86 % des décès chez des patients infectés par la Covid-19 sont bien en rapport direct avec la maladie.

VON STILLFRIED - S. FIRST

Report from the german COVID-19 autopsy registry - *The lancet regional health Europe* - 17 february 2022.

PROCHAIN CONGRÈS DE L'UEMASS 2023

STRASBOURG (France) - AUTOMNE 2023

Ouvert à tous les professionnels de santé des services médicaux



Vous appréciez notre Lettre d'Information ? Vous souhaiteriez participer aux travaux de l'UFMASS et à ceux de l'UEMASS ? Rejoignez-nous en devenant adhérent/adhérente. Pour adhérer, merci de remplir le formulaire suivant :

NOM PRÉNOM.....

FONCTION..... ORGANISME

ADRESSE MAIL

Adresser un chèque avec pour objet « cotisation UFMASS » à :

COTISATION ANNUELLE

20 €

Ou écrire à : marie-helene.bost@assurance-maladie.fr

MARIE-HÉLÈNE BOST - trésorière

DRSM Nouvelle Aquitaine

80, Avenue de la Jallère - BP 250

33028 Bordeaux Cedex