



Edito

À l'heure où nombre de nos membres s'interrogent sur l'avenir du service médical du régime général et sur le cadre d'exercice qui sera celui des médecins-conseils, il est important de nous saisir de l'opportunité de transformation qui nous est donnée.

La Cour des Comptes a récemment souligné la richesse que constitue le service médical de l'Assurance Maladie. Les récentes évolutions législatives nous ouvrent des perspectives en matière de délégation de tâches. La modernisation des outils informatiques facilite l'entraide et le partage d'expérience.

Dans ce contexte, comment réfléchir à l'apport de l'UFMASS et comment mieux valoriser par une démarche scientifique rigoureuse la contribution des praticiens-conseils, qu'ils soient issus du régime général ou d'autres organismes ?

Tout simplement en répondant aux objectifs de notre association.

Être un membre actif de l'UFMASS aujourd'hui, c'est être en capacité d'avoir une approche rationnelle des problématiques qui se posent à nous : faire une recherche bibliographique en amont, être formé à la lecture critique, être au fait des pratiques de nos homologues européens, évaluer rigoureusement nos résultats, produire des études valides, bref poursuivre sans relâche nos efforts d'amélioration continue au service des politiques publiques d'assurance sociale.

Au-delà d'un statut ou d'un cadre législatif, notre légitimité se fonde sur un savoir et une capacité d'analyse systémique.

Les articles présentés dans ce numéro vont vous permettre d'illustrer pleinement mon propos.

Bonne lecture !

Sophie RUGGIERI
Présidente de l'UFMASS

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

SOMMAIRE

- ▶ Edito de la Présidente.....p1
- ▶ Lancement du website avec son lien d'accueil et celui des formations.....p2
- ▶ Article sur le transfert de tâches au sein du service médical....p2
- ▶ Coordination et soutien perçu pour le retour au travail p6
- ▶ Note de lecture sur « NOISE, Pourquoi nous faisons des erreurs de jugement et comment les éviter ? »p7
- ▶ Appel à cotisation p8



LANCEMENT DU WEBSITE DE L'UFMASS !

Nous avons le plaisir de vous annoncer la création du site de notre association, accessible via :

<http://ufmass.eu/>

N'hésitez pas à le visiter, il sera mis à jour au fur et à mesure de l'actualité des activités et projets de l'UFMASS.

Sur la page Contributions de notre site vous pourrez trouver des informations concernant les appels à communication liés à notre champ professionnel :

<http://ufmass.eu/index.php/contributions/>

Afin de vous aider à la rédaction d'articles scientifiques médicaux et à leur lecture critique vous pouvez vous appuyer sur des formations que l'on conseille :

<http://ufmass.eu/index.php/formations/>

Bonne balade numérique !

Le Conseil d'Administration de l'UFMASS



LE TRANSFERT DE TÂCHES AU SERVICE MÉDICAL

Du choix contraint au jeu gagnant

CONTEXTE

La Convention d'Objectifs et de Gestion de la Cnam avec l'Etat prévoit un recrutement important d'infirmières au service médical (ISM) en renfort des médecins. Ce recrutement pose la question de l'étendue de la délégation. Pour nous guider, on peut s'inspirer de modèles européens comme le suggère Thomas Fatôme [1].

1°) **Enoncé du problème. Aspects psychologiques : les résistances aux transferts de tâche.**

L'aspect psychologique, voire émotionnel, est déterminant. Pour Tisseron, « Le changement peut être vécu comme traumatisant, et le déni peut être un moyen de se protéger contre ce traumatisme. Mais il devient problématique s'il s'installe durablement au sein d'un groupe » [2]. Les biais cognitifs sont des erreurs ponctuelles sur le monde. Ces biais vont faire le lit du déni ; ici le déni de compétence des infirmières. Comment faire la part entre les inquiétudes qui sont légitimes et celles qui relèvent de la « dérégulation du marché cognitif » [3] ?

Certaines interrogations sont légitimes :

Un Service médical sans médecin-conseil, comme c'est le cas au Royaume-Uni, tel que celui décrit par Ken Loach dans : « *Moi, Daniel Blake* », n'est pas souhaitable. Le risque est d'avoir un médecin du travail qui vous interdit de travailler alors que

la Sécurité sociale ne vous reconnaît pas de handicap indemnifiable. Mais le médecin du travail anglais ne communique pas avec la Sécurité sociale et ne donne ses avis qu'à l'entreprise.

D'autres interrogations ne le sont pas :

La crainte selon laquelle les ISM ne feraient pas « aussi bien » que les médecins est sans fondement. Dans le domaine de l'analyse de la capacité de travail, les médecins ne font pas « bien » ; leurs jugements, on va le voir, sont très variables et ils ne s'en rendent pas compte. Le biais est l'excès de confiance. L'erreur, c'est les autres.

2°) La décision en médecine d'assurance : une reproductibilité des avis médiocre

La déviance entre experts se calcule par les mesures de reproductibilité (tableau 1). On distingue la fiabilité, c'est-à-dire d'écarts de jugements sur un même dossier, et les écarts entre experts. Dans le domaine de la psychologie sociale, le coefficient de corrélation r moyen est d'environ 0.21 [4] et seules 3 % des corrélations rapportées sont de 0.50 ou plus [5]. Ainsi, dans une analyse de 12 études de concordance d'avis d'expert en médecine d'assurance on constate que la moyenne des corrélations entre experts est de 0.45 [6].

Tableau 1 - Deux mesures de covariations

| Coefficient de corrélation « r » Pearson | Valeur | Pourcentage de concordance | Domaine d'expertise |
|--|-----------|----------------------------|--|
| .00 | Nul | 50 % | Psychologique et social Expertise psychiatrique ordinaire |
| .10 | Médiocre | 53 % | |
| .20 | Médiocre | 56 % | |
| .30 | Faible | 60 % | Expertise psychiatrique avec outils d'analyse et de saisie Médecine d'assurance |
| .40 | Moyen | 63 % | |
| .60 | Bon | 71 % | Médecine d'assurance en conditions expérimentales |
| .80 | Très bon | 79 % | Industrie - commerce |
| .100 | Excellent | 100 % | Nucléaire - aéronautique |

Deux mesures de covariation, le Coefficient de corrélation et le pourcentage de concordance sont directement liés. Ce tableau sert à établir la justesse d'un jugement prédictif tel qu'un avis. Un pourcentage de concordance de 0.20 soit 56% signifie 6% de plus que le tirage au sort. D'après Bachman et Kahneman.

Ikezawa trouve une concordance entre les experts de 97 % dans les avis sur le retour au travail pour fracture, de 94 % pour les luxations, et seulement 56 % pour les lombalgies [7].

L'apparition de critères plus nombreux contribue à la dispersion des avis. Cette dispersion est maximum en psychiatrie du fait de la rareté des données objectives, des questions nosologiques liés aux classifications, des différences d'écoles et de formation. Bachman a demandé à 22 psychiatres de statuer sur un cas de dépression récurrente à partir d'une vidéo de la consultation et du dossier médical. Les experts se sont répartis équitablement entre invalidité partielle, invalidité totale et reprise du travail, aboutissant à un équivalent de tirage au sort [8]. C'est ce qui incite Kahneman à parler du « cas déprimant de la psychiatrie » [9].

Le souhait de toute autorité administrative est d'avoir des experts fiables. Les autorités en charge de la fixation des incapacités de travail en Suisse, juges, assureurs, légistes, psychiatres ont estimé que l'écart maximum acceptable entre deux experts pour le même patient, était de 15 à 20 % soit $\pm 7,5$ à 10 % autour de la moyenne. En demandant à 4 psychiatres de juger 30 cas cliniques dans des conditions optimales, la fiabilité de la mesure est ressortie à 0.43 (moyenne) et l'erreur de concordance à 26 %, (mauvaise) bien au-delà du maximum acceptable [10]. Des requêtes sur les décisions d'attribution de pension d'invalidité par les Cpm entre 2010 et 2017 ont montré que le taux d'acceptation des demandes varie d'un à deux selon les départements. L'amplitude des écarts du nombre moyen d'attributions de pensions pour 100 000 assurés va de un à cinq [11].

Les conséquences sont les invalides catégorie 2 qui travaillent, d'une part, et les contentieux de l'autre. Nos jugements sont imparfaits ; il faut l'assumer et profiter des données scientifiques récentes pour les améliorer et de la délégation pour les réduire. On peut énoncer deux principes basés sur ces preuves :

Il est inutile de demander un avis à un psychiatre sur la capacité de travail d'un patient, sauf si on y est contraint par une procédure réglementaire.

L'avis du psychiatre reste utile pour préciser le diagnostic et l'adaptation du traitement.

COMMENT EXPLIQUER QUE LES JUGEMENTS HUMAINS SOIENT AUSSI VARIABLES ?

La décision sur la capacité de travail comprend des facteurs multiples liés à l'expert, au patient, et à leurs interactions. Les jugements humains sont sujets à l'erreur qui se décompose entre les biais et le bruit. Pour Daniel Kahneman, le bruit est la variation indésirable des jugements [9] ce qui correspond, au plan mathématique, à l'écart-type ou erreur aléatoire (racine carrée de la variance).

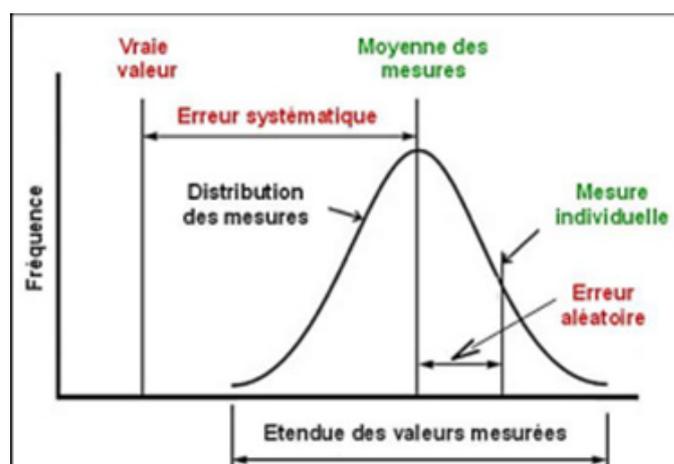


Figure 1 - Rôle du biais et du bruit dans la dispersion des avis.

Le **biais** est l'erreur moyenne ou erreur systématique. L'erreur globale des jugements ou erreur quadratique moyenne (MSE) est égale à la somme des carrés du biais et du bruit.

$$\text{Erreur globale (MSE)} = \text{Biais}^2 + \text{Bruit}^2.$$

La ou le jugement médical est peu fiable, on ne peut pas éliminer d'autres acteurs, ni d'autres procédures qui pourraient être plus adaptés.

On distingue le **bruit systémique** qui est composé du bruit de niveau et du bruit de pattern. Le **bruit de niveau** traduit la variation de sévérité d'un juge qui peut être plus ou moins sévère. Le **bruit de pattern stable** est l'effet des variations individuelles du juge indépendantes du bruit de niveau. Par exemple, un juge sévère peut être sensible aux difficultés d'un travailleur manuel âgé. C'est le fruit de sa culture personnelle. Enfin il existe le bruit de pattern **occasionnel** qui dépend de l'humeur du jour, de la météo, des dossiers précédents, du jour de la semaine, de la glycémie, etc.

Au final, les performances de la personne représentent 20 à 30 % de la variance totale, le reste est du bruit systémique [12]. L'absence de fiabilité de nos jugements est normale. « *Beaucoup de routines organisationnelles sont conçues pour éviter les divergences entre les experts, ou pour les masquer quand elles apparaissent. Ce réflexe est bien compréhensible : du point de vue d'une organisation, le bruit systémique a quelque chose de honteux* » [13].

3°) Les solutions : réduire le bruit

► 3-1 - Les 6 principes de Kahneman :

1 - **L'algorithme** efface le bruit parce qu'il supprime le jugement humain ; c'est le moyen le plus efficace et le plus rapide d'estimer une capacité. Mais il est difficile à mettre au point en sciences sociales. Le WB-FAB, algorithme mis au point par l'Université de Boston pour le National Institute of health, sous forme d'un auto-questionnaire [14] permet l'estimation d'une capacité de travail par le patient lui-même, ce qui élimine le bruit lié à l'intervention de l'opérateur. La version française est en cours de validation en Belgique. Les algorithmes doivent être surveillés ; ils peuvent produire des erreurs qu'un humain ne ferait jamais.

2 - **Adopter la vision externe et la pensée statistique.** On considère le cas non comme un cas unique mais comme un élément d'un ensemble, un membre d'une classe de référence composée de tous les cas similaires. Par exemple, les femmes prenant de l'aromatase pour le cancer du sein.

3 - **Structurer les jugements en plusieurs tâches indépendantes.** Il s'agit des entretiens structurés et des tests fonctionnels, guides, barèmes. Ces méthodes permettent d'obtenir des pourcentages de concordance de 65 à 69 % supérieurs aux taux de 56 à 61 % des entretiens traditionnels [4].

4 - **Résister aux intuitions prématurées.** Cela consiste à séquencer les informations et à ne conserver que celles qui sont utiles. On retrouve ici les Système 1/Système 2 de Kahneman [15] consolidés au plan anatomique par Olivier Houdé grâce à l'IRM [16]. L'étude analytique, séquencée, à partir de guidelines et barèmes, donne de meilleurs résultats que le jugement global immédiat.

5 - **Obtenir plusieurs jugements indépendants avant de les agréger.** Eviter de s'influencer mutuellement dans les réunions en recueillant les avis avant la discussion. Faire la moyenne de plusieurs jugements réduit le bruit. C'est d'autant plus efficace que les jugements émanent de juges aux compétences différentes.

C'est la base scientifique de la multidisciplinarité.

Agréger les avis du CSAM, de l'ISM, du médecin du travail et du PC réduit le risque d'erreur.

6 - **Privilégier les jugements comparatifs et les échelles relatives.** La capacité à comparer deux à deux est supérieure aux jugements absolus.

Au total : les réunions de dossiers sans prise en compte du bruit ne peuvent que le reproduire.

► 3-2 L'utilisation d'outils

Découle directement du 2^{ème} principe de Kahneman. Dans le domaine des soins en santé mentale, la Cnam a publié une revue générale sur l'intérêt des outils numériques : « *Dans un contexte d'augmentation de la demande et de tensions dans la démographie médicale, le recours à des applications de santé mentale, en libérant du temps médical, peut permettre de renforcer les capacités de prise en charge en soins primaires soit par une prise en charge plus précoce d'un plus grand nombre de patients et par le recentrage sur les Professionnels de santé des cas les plus complexes* » [17].

Il y a lieu d'incorporer au domaine de l'évaluation de l'incapacité ce que la Cnam suggère dans le domaine des soins : l'introduction d'outils.

L'étude de Barth précise que 5 des 7 études hollandaises qui ont utilisé des supports de mesure techniques (questionnaires, applications) ont montré une bonne reproductibilité ($r = 0.76$). Dans le domaine des pathologies mentales, le plus complexe, le mini-ICF-APP qui étudie 13 paramètres liés aux capacités mentales permet de distinguer une réduction de capacité au travail < 30% chez 16 % des anxio-dépressifs, 20 % des dépressifs et 45 % des troubles de la personnalité [18].

► 3-3 - Applications : quelques cadres de délégation possibles selon l'abord

→ **Anatomique** : les Anglais considèrent que le système nerveux périphérique est du domaine d'appréciation des infirmières et ce qui concerne le système nerveux central relève du médecin.

→ **Fonctionnel** : toute situation, accessible au moyen d'une grille de recueil courte qui réduit la variance, peut être déléguée à une personne formée. Exemple : ALD ; Ententes pré-alables.

→ **Administratif** : un AT dont le taux d'IPP prévisible est < 10% peut être confié à une ISM. Le risque de bruit est faible si le taux est capé.

./...

4 °) L'organisation

À moyen et long terme, c'est un « sur-classement » des acteurs de la filière de suivi des assurés qu'on peut envisager.

► 4-1 L'élargissement du champ de compétence des ISM

D. Lecointre a comparé les avis médicaux des médecins et des ISM sur les ALD et a montré des taux de concordance de 93,8 % pour les ALD 30 et de 96,5 % pour les ALD 31, ce qui paraît étonnamment bon. Cela s'explique par le cadre étroit de la réglementation et les outils utilisés : guide médical et consommation de soins qui réduisent le bruit [19].

Le risque de la délégation est réduit chaque fois qu'il y a un guide, un questionnaire ou un barème : détermination de taux d'IPP, suivi post ALD, ententes préalables. De même, la détermination des capacités de travail peut être approchée par un questionnaire validé. L'ISM est le référent médical de niveau 1.

► 4-2 Les CSAM

La recherche sur l'arrêt de travail montre que le diagnostic a moins d'importance que l'environnement et la perception du patient de sa maladie. C'est l'évolution du modèle bio-médical, vers le modèle bio-psycho-social [20 - 21]. Il y a lieu de partir des besoins du patient qui souhaite un interlocuteur unique alors qu'on compte jusqu'à 6 intervenants possibles.

Le CSAM a vocation à être cet interlocuteur, les autres, des consultants. Il doit créer un lien de confiance en voyant l'assuré le plus souvent possible (voir le résumé d'Omar Tarsissi) [22]. La prise en compte de cet avis est à la discrétion des responsables.

A noter qu'en Norvège, en Finlande, c'est le Social Insurance Officer qui n'est pas un professionnel de santé, qui prend les décisions sur l'arrêt de travail. Il sollicite le médecin-conseil, pour les cas difficiles [23].

► 4-3 Le médecin-conseil

Il gère les cas difficiles : co-morbidités, troubles mentaux, absence de diagnostic. Pour éviter d'être submergé par les dossiers complexes, ceux-ci sont pré-étudiés par ses assistants qui reconstituent l'historique, se prononcent sur les capacités du patient à partir de l'étude de l'environnement et peuvent pratiquer des tests explorant les capacités fonctionnelles (ICF) [24] et/ou la capacité de travail tels que le Mini CIF-APP [25]. Comme son collègue néerlandais, il voit deux patients par jour. Comme son collègue norvégien, il peut se consacrer à l'intervention en entreprise, aux procédures de ciblage, à des études comparatives, aux méthodes de détection de la simulation, à la formation de ses futurs collègues. Il est le référent médical de niveau 2.

5 - CONCLUSION

Alors que nous confions nos vies à des infirmières de bloc opératoire, nous leur refuserions la capacité d'examiner un assuré ou de conclure un dossier ?

Une prérogative que le législateur vient de leur confier intègre les IDE dans les bilans de prévention lancés au 1^{er} janvier 2024 au même titre que les pharmaciens ou les sages-femmes [26]. Internet a réduit la distance entre médecin et infirmière qui, d'un clic, en sait presque autant qu'un médecin sur une maladie puisqu'elle a les codes de lecture.

« Le bruit est une source d'erreur et d'injustice, et pourtant nous ne nous en préoccupons guère. De façon générale les personnes en position d'autorité tiennent à leur pouvoir d'appréciation discrétionnaire. La possibilité d'exercer leur jugement a pour elles une grande valeur et fait partie de leur identité professionnelle. Si on leur retire cette possibilité, elles peuvent avoir l'impression qu'on ne leur fait pas confiance, voire qu'on les humilie. Par conséquent le risque est réel que ces professionnels hautement qualifiés se rebellent [27] ».

Mais nos collègues européens montrent qu'on peut concilier prise de responsabilité, qualité des décisions et intérêt du travail. Ce sont d'ailleurs les meilleures façons de retenir ses collaborateurs [28].

François Latil
Dominique Lecointre

NB : cet essai est une réflexion scientifique qui ne représente pas nécessairement toutes les sensibilités de l'UFMASS.

- [1] - Fatôme T, Les Echos ; 10 juillet 2023
- [2] - Tisseron S. Le déni ou la fabrique de l'aveuglement. Albin Michel, Paris 2022. p32
- [3] - Bronner G, Apocalypse cognitive, PUF 2021, p 207
- [4] - Richard F.D. et al One hundred years of social psychology quantitatively described Review of general psychology, 2003, 7, (4), p 331-363.
- [5] - Gignac G, Szodorai E, Effect size guidelines for individual differences researchers, Personality and Individual Differences, 2016,102, P.74-78.
- [6] - Barth J, DE Boer W, Busse JW et al Inter rater agreement in evaluation of disability : systematic review of reproducibility studies BMJ 2017;356:j14
- [7] - Ikezawa Y, Battié MC, Beach et al. Do clinician working within the same context make consistent return to work recommendations ? Occup Rehabil.2010;20:366-77
- [8] - Bachmann M, De Boer W, Schandelmayer S, et al. Use of structured functional evaluation process for independent medical evaluations of claimants presenting mental illness : rationale and design for a multi-center reliability study. BMC Psychiatry 2016; 16:271
- [9] - Khaneman D, Sibony O, Sunstein CR, Noise; Pourquoi nous faisons des erreurs de jugement et comment les éviter ? Odile Jacob ; Paris 2021 p 295
- [10] - Kunz R, von Allmen DY, Marelli R, The reproducibility of psychiatric evaluations of work disability: two reliability and agreement studies BMC Psychiatry (2019) 19:205
- [11] - Cour des comptes. Les pensions d'invalidité une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés. chapitre IV : Octobre 2019.
- [12] - Kahneman Ibid p301
- [13] - Ibid p 380
- [14] - Goldman HH, Porcino J, Divita et al. Informatics Research on Mental Health Functioning – Decision Support for the SSA Disability Program – PMC (nih.gov) Psychiatric services Jan 2023; 56-62

./...



- [15] - Kahneman D , Système 1, système 2 les deux systèmes de la pensée Flammarion septembre 2012
- [16] - Houde O, Comment raisonne notre cerveau . Que-sais-je ? Humensis, 2023, Paris
- [17] - Pelletan C, Renforcer la prise en charge de la santé mentale en soins primaires : quelle efficacité et quel usage des outils numériques ? CNAM/DSES Octobre 2022.
- [18] - Rosburg T, Kunz R, Trezzini B, The assessment of capacity limitations in psychiatric work disability evaluations by the social functioning scale Mini-ICF-APP BMC Psychiatry (2021) 21:480
- [19] - Lecointre D, et al.Task transfert to social nurses in long term disease assessment. presentation au congrès UEMASS de Strasbourg. Septembre 2023. Abstract Book p.89. Abstract-book_Eumass_Strasbourg_2023_VF.pdf
- [20] - Dekker-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/>
- [21] - 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>
- [22] - Berglund E, Friberg E, Engblom M, et al Coordination and Perceived Support for Return toWork: A Cross-Sectional Study among Patients in Swedish Healthcare Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 4040 2 of 11
- [23] - Brage S, De Wind A, Latil F, et al. Task support, delegation and shifting in Europe. Commissioned by EC/ structural reform service- 2019 B Report-1-2019-1.pdf (eumass.eu).
- [24] - de Wind et al. Development of the core of an ICF-based instrument for the assessment of work capacity and guidance in return to work of employees on sick leave: a multidisciplinary modified. Delphi study BMC Public Health (2022) 22:2449 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14653-0>
- [25] - <https://www.hogrefe.fr/produit/mini-cifapp-evaluer-limpact-des-troubles-psychiques/>
- [26] - <https://www.ameli.fr/infirmier/actualites/mon-bilan-prevention-un-nouveau-temps-d-echange-dedie-la-prevention-en-sante>
- [27] - Ref 9 ; p358
- [28] - De Vries N, Boone A, Godderi s L, et al. The race to retain Healthcare Workers INQUIRY The Journal of Healthcare 2023 60:1-21

Chers lecteurs, ci-dessous la synthèse d'une publication portant sur un travail réalisé par nos collègues suédois. Toute ressemblance avec nos Conseillers Services de l'Assurance Maladie (CSAM) est le fruit du hasard. Bonne lecture ! Omar Tarsissi

COORDINATION ET SOUTIEN PERÇU POUR LE RETOUR AU TRAVAIL : UNE ÉTUDE TRANSVERSALE AUPRÈS DE PATIENTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN SUÈDE

Erik Berglund ^{2,*}, Emilie Friberg ¹, Monika Engblom ¹, Åsa Andersén ² et Veronica Svärd ^{1,3,4}

RÉSUMÉ : Recevoir le soutien d'un coordinateur de retour à l'emploi (RAT) peut être bénéfique pour les personnes en arrêt maladie de longue durée. L'objectif de cette étude était d'observer si le nombre de contacts avec un coordinateur de retour au travail (RTWC) et son implication dans la conception de plans de réadaptation pour les patients étaient associés à la perception d'un soutien au retour au travail, à la réponse émotionnelle au coordinateur de retour au travail et à l'utilisation des soins de santé. Dans cette étude transversale, 274 patients en arrêt de travail pour souffrance psychique qui avaient récemment été en contact avec un RTWC dans le cadre de soins primaires ou psychiatriques suédois ont répondu à des questions concernant leur

interaction avec un RTWC, le soutien perçu du RTWC et la réponse émotionnelle au RTWC. La population étudiée était composée de 79,6 % de femmes et de 18,6 % d'hommes. L'âge moyen du groupe d'étude était de 47,0 ans. La plupart des participants étaient employés ou indépendants. L'étude a utilisé la méthode des régressions logistiques binaires pour les analyses primaires, qui est appropriée pour analyser les données d'enquête par questionnaire pour une exploitation transversale. Les résultats montrent l'existence d'une association statistiquement significative entre le fait de percevoir un meilleur soutien au RAT de la part d'un CRT (OR ajusté 7,99, IC 95 % 2,84-22,54). Le fait d'être plus souvent en contact avec un coordinateur est associé à la perception

d'un plus grand soutien dans le processus de retour au travail.

AU TOTAL : dans les pays scandinaves, le médecin-conseil n'intervient pas dans le suivi des assurés en arrêt de travail. Les acteurs de ce suivi sont essentiellement les « case-managers ». L'étude suédoise en référence analyse l'influence d'un acteur, le RTWC – ayant un rôle comparable à celui de nos conseillers service de l'Assurance Maladie (Csam). L'étude semble indiquer qu'une forte implication des Csam dans l'accompagnement de patients en arrêt de travail pour souffrance psychique est bien perçue par ces derniers, optimisant ainsi leur coopération dans les actions de remobilisation pour le retour au travail.

DR Omar Tarsissi
Vice-Président de l'UFMASS



Note de lecture



NOISE

de Daniel Kahneman, Olivier Sibony et Cass R. Sunstein - Chez Odile Jacob ; Septembre 2021

L'AVIS MÉDICAL : UN CONCERT DE BRUIT

Le Système 1 du cerveau nous conduit à prendre des décisions intuitives, rapides, synthétiques mais souvent hasardeuses car nous n'avons pas pris le temps d'analyser tous les aspects d'une question. C'est le « mode éco » du cerveau. Il s'oppose au système 2 qui est analytique, volontaire, plus lent, mais réduit le risque d'erreur. C'est Daniel Kahneman, prix Nobel

d'économie 2002 qui les a décrit [1] et ils ont été confirmés récemment grâce à l'IRM par Olivier Houdé [2].

Kahneman nous surprend à nouveau avec NOISE. Le titre est en anglais mais l'ouvrage, en français, se dévore comme un roman car il démonte notre bien le plus précieux : la décision médicale.

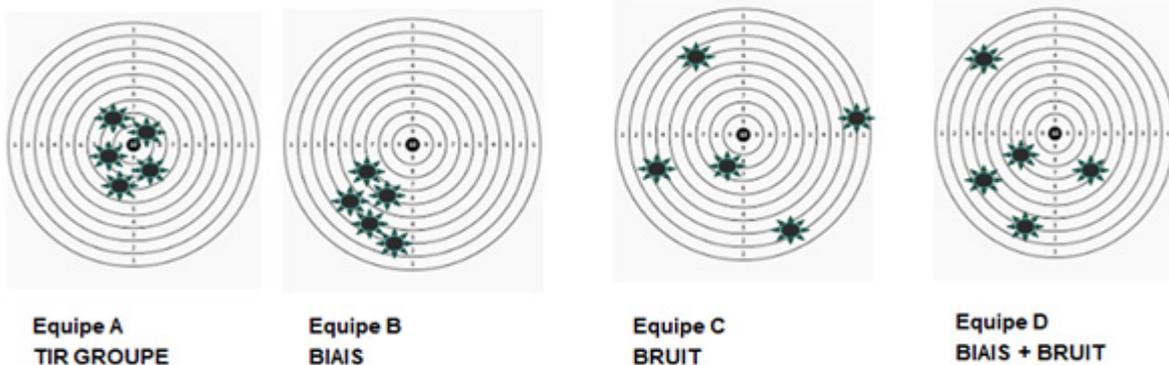


Figure 1. Quatre équipes de 5 joueurs qui tirent chacun une fois. L'équipe A fait un tir groupé. L'équipe B présente un biais évoquant un défaut dans la lunette de visée. L'équipe C tire de façon totalement aléatoire, c'est le Bruit (Noise). L'équipe D tire également de manière dispersée mais vers la gauche. Elle associe Biais + Bruit.

Le bruit systémique est la variabilité indésirable des jugements (fig 1). En terme mathématique c'est l'écart entre les mesures, ou écart type (Standard déviation), racine carrée de la variance. En médecine il y a parfois une cible bien visible correspondant à un repère indiscutable comme une fracture ou la glycémie.

Mais en médecine d'assurance, quand on évalue une capacité de travail, on se trouve dans le cas de la figure 2, dans le dos de la cible. En effet il n'y a pas de standard permettant d'établir le jugement (fig. 2).

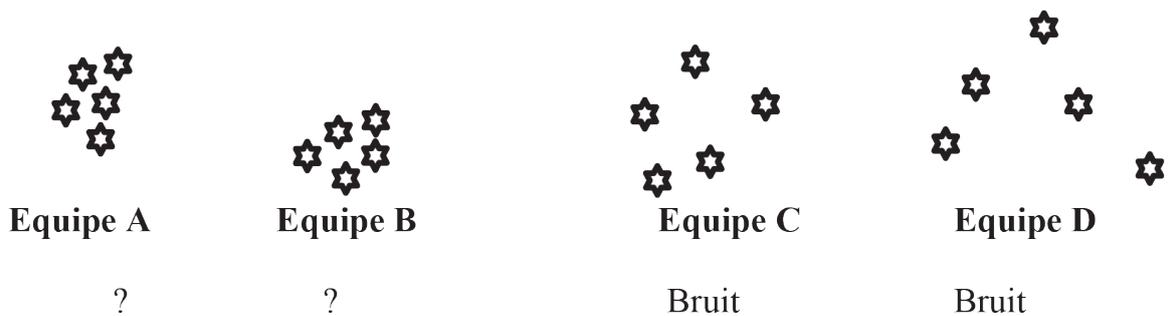


Figure 2 La cible vue de dos. Disparition du repère. Il n'est plus possible de dire quelle équipe est la plus près du centre. Mais on voit bien que les équipes C et D sont sujettes au bruit. Une des propriétés du bruit est qu'il est possible de l'identifier et de le mesurer sans rien savoir, ni de la cible ni du biais.

Les biais constituent l'autre composante de l'erreur. Le bruit se mesure et l'on peut faire des audits de bruit, ce qui permet de le réduire. Les modèles mécaniques d'évaluation de la performance statistiques, algorithmes et tests, font mieux que le jugement humain, mais ils doivent rester sous contrôle humain.

L'hygiène mentale participe à la lutte contre le bruit : jugement global différé, décomposition de la question, résistance à l'intuition. L'ouvrage permet de comprendre combien nos décisions sont hasardeuses et comment nous pouvons faire mieux à peu de frais.

François Latil

[1] - Kahneman D, Système 1, système 2 les deux systèmes de la pensée - Flammarion septembre 2012

[2] - Houde O, Comment raisonne notre cerveau Que sais-je ? Humensis, 2023, Paris

UFMASS



UNION FRANÇAISE DE MÉDECINE
D' ASSURANCE ET DE SÉCURITÉ SOCIALES

BULLETIN D'ADHÉSION

UFMASS 2024

ANCIEN ADHÉRENT OU NOUVEAU MEMBRE,
NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE SOUTIEN



Vous appréciez notre newsletter ? 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

Merci d'adresser votre COTISATION 2024 PAR CHÈQUE DE

20 €

à l'ordre de l'UFMASS à la Trésorière

DR MARIE-HÉLÈNE BOST

DRSM Aquitaine et Centre Ouest

80, Avenue de la Jallère - BP 250

33028 Bordeaux Cedex

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

