



## Editorial

Cette fin d'année est décidément riche en événements inédits. Le pays fait face à une incertitude politique et budgétaire qui pose la question des politiques publiques et de la stratégie de l'Assurance Maladie pour 2025. Pour les professionnels de santé du régime général, de nombreux chantiers devraient voir le jour. Au-delà du projet de transformation de l'Assurance Maladie dont on ne sait toujours pas s'il se concrétisera et comment, s'annoncent notamment la mise en œuvre des protocoles nationaux de coopération entre infirmiers du Service médical et médecins-conseils ou encore la généralisation de l'expérimentation « exercice mixte ». Pour notre association enfin, le départ de l'un de nos vice-présidents, le Dr Omar Tarsissi, est aujourd'hui imminent. Je tiens à rendre un hommage particulier à son engagement, à sa disponibilité et à ses qualités humaines.

Je lui cède un instant la plume afin qu'il puisse directement vous témoigner son attachement à l'UFMASS :

« Chers collègues,

*J'ai souhaité vous informer avoir fait valoir mes droits à la retraite au 1<sup>er</sup> janvier 2025. J'ai ainsi quitté le Conseil d'Administration de l'UFMASS, mais d'autres collègues reprennent le flambeau. La période passée au sein de notre association aura été assez courte, mais très riche en termes de rencontres humaines et d'échanges scientifiques. Le Congrès de Strasbourg aura été pour moi, sur ces deux aspects, un moment fort. Car au-delà de la diffusion de travaux scientifiques, notre association restera un lieu privilégié d'échanges et de partage de pratiques pertinentes. C'est aussi l'occasion de confronter celles-ci avec ce qui se fait dans les autres pays européens et ailleurs. Le maintien de ce lien avec nos collègues est*

*un objectif en soi. Je souhaite à notre association un bel avenir, et une dynamique commune rayonnante. »*

Omar quitte ses fonctions au bureau mais restera membre de notre association. Nous saluons l'arrivée de 2 nouveaux vice-présidents : le Dr Marie-Claude Cabanel, MCR de la région Nouvelle-Aquitaine et le Dr Gabriel Heurtebize, pharmacien-conseil en région Centre Val-de-Loire. Ces nouvelles recrues ne seront pas de trop pour faire émerger de nouveaux sujets à présenter au congrès de Liège 2026 et pour accompagner les auteurs, en lien avec le Dr François Latil, président du comité scientifique de l'EUMASS.

Je formule le vœu que ce futur congrès puisse contribuer à maintenir un lien fort entre tous les professionnels de notre pays qui s'investissent au service de notre système de protection sociale. Car au fond, cet espace d'échanges qui nous permet de travailler sur notre métier, d'évaluer nos pratiques, de partager nos approches constitue une richesse et la certitude d'exercer une mission utile, valorisante, d'autant plus indispensable face aux incertitudes qui traversent le pays.

Dès le début de l'année nous mettrons en place une communication plus opérationnelle sur ce sujet afin de vous accompagner au mieux dans la préparation du congrès.

Dans l'attente, je vous souhaite, au nom de l'ensemble du bureau, une excellente année 2025.

Bien à vous

Sophie RUGGIERI  
Présidente de l'UFMASS



## MESURE DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

### Quels outils pour nos missions ?

Nous avons vu dans le précédent numéro de la lettre de l'UFMASS qu'il existait des méthodes pour réduire l'incertitude des décisions en médecine d'assurance qui se traduit par un taux d'acceptation d'invalidité qui peut varier de un à deux selon le département. De telles variations de pensions accordées à tort sur un budget de l'invalidité de 6 milliards sont un enjeu financier, de même que refuser une invalidité à une personne qui s'avérera incapable de travailler est un enjeu médico-social [1]. Lorsqu'on examine un dossier médical d'un patient en arrêt de travail on constate qu'il est plus proche du dossier hospitalier que du Rapport Médical Détaillé [2] support des échanges des données sur l'invalidité internationale, c'est-à-dire que les données relatives aux capacités et à l'environnement du patient y figurent rarement. La décision médicale en médecine d'assurance est améliorée quand elle est encadrée par des tests explorant la performance et la participation sociale (hors AT-MP). Elle repose sur 3 types de données.

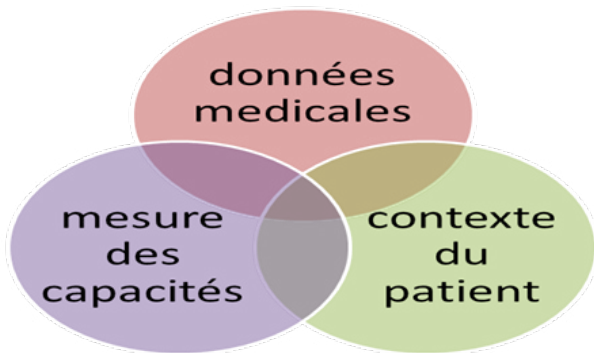


Figure 1. Les domaines en jeu dans la décision sur l'arrêt de travail et l'invalidité. D'après l'ICF-OMS- référence 8

**a) Les données médicales** peuvent être décisives, mais, en fait, elles le sont rarement.

Par exemple en cas d'atteinte irréversible du Système nerveux central. Le plus souvent il faut prendre en compte les autres données.

**b) Le contexte du patient** est la façon dont il gère sa maladie, son environnement professionnel, sa condition sociale, et les soutiens dont il dispose.

**c) Les capacités du patient.** C'est ce que le patient peut faire compte tenu de son état de santé. La dissociation peut être totale entre maladie et capacité. Exemple : votre voisin de bureau est un peu taciturne, mais vous n'avez pas à vous plaindre de lui. Il fait le job. En fait il présente un état dépressif de gravité moyenne qui ne le perturbe pas trop si on ne le sort pas de sa routine. Inversement dans le bureau suivant, un agent multiplie les erreurs, les absences et les retards. Il n'est pas malade mais a désinvesti le service, pour des motifs extraprofessionnels. Ici, la capacité de travail est réduite mais sans état pathologique avéré. Mais de quoi parle-t-on ? En psy-

chiatry les tests HADS et MADRS sont conçus comme aide au diagnostic pour les psychiatres et pour adapter la réponse thérapeutique selon la gravité notamment face au risque de décompensation ou de suicide. Ce qui n'est pas directement le sujet pour le médecin-conseil. La preuve en est que, sur un plan plus académique, lors du passage du DSM IV au DSM V, l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF), axe V du DSM-IV (ou general assessment of functioning - GAF), a été supprimée. En effet ce test mesure sur deux axes la gravité de l'affection et l'incapacité, qui ne sont pas toujours liées. Le GAF a donc été remplacé par le WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule) [3] qui explore les capacités indépendamment du diagnostic. Cf. § méthodes.

Le guide barème français pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées s'en rapproche car il introduit les notions de déficience : altération de fonction, incapacité, qui induisent la limitation d'activité, le désavantage social et la restriction de participation et de performance [4]. Il conserve cependant des notions médicales telles que diagnostics et caractère compensé d'une affection. De son côté, l'Assurance Maladie a créé un outil d'aide à la mise en invalidité (AMI), en 2014 [5]. Cette option est confirmée depuis par une méta-analyse d'avis d'expert montrant qu'en médecine d'assurance les comparaisons entre opérateurs qui utilisaient des guidelines et des tests avaient une meilleure concordance :  $\kappa = 0.8$ , que ceux qui ne les utilisaient pas :  $\kappa = 0.14$  à  $0.38$  [6]. Pourtant ce test peut sembler trop généreux dans certains cas, pris en défaut dans d'autres.

Que vaut le test AMI 10 ans après sa sortie ? Peut-on faire mieux ? Que choisir ? C'est en le comparant à d'autres tests qu'on peut obtenir des éléments de réponse.

## METHODES

L'Institut de psychologie de l'université de Paris-Descartes a trouvé 175 tests d'exploration psychologiques [7]. Dans notre domaine, la base d'exploration de la perte de capacité est l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) qui a été créé en 2001 par l'OMS sous forme d'un catalogue de 1414 descripteurs du fonctionnement humain [8].

Elle fournit une base de descripteurs pour étudier des états de santé et les conséquences qui en découlent. Cette base est utilisée dans les domaines de la santé publique, l'éducation, l'emploi, les politiques publiques. Elle a donné lieu à la sélection d'un nombre limitée de descripteurs à l'attention de l'évaluation des capacités de travail. Les tests qui en sont issus sont utilisés en routine par les services médicaux en Suède, aux Pays-bas, en Italie, en Allemagne, au Royaume Uni.

Pour cela nous allons étudier et comparer les trois tests issus de l'ICF les plus communément utilisés en France, en Europe, et dans le monde.

1°) **L'Aide à la Mise en Invalidité (AMI)** fournit un support de formation et une assistance à l'évaluation des capacités. Il se compose de 16 descripteurs correspondant à des questions cotées selon le degré de déficience : nulle, légère, modérée, grave, et totale. Les questions sont saisies sur un logiciel qui délivre un score qui définit un seuil de probabilité pour la décision favorable ou défavorable.

## 2°) **L'UEMASS Core-Set**

D'origine Néerlandaise, il a été mis au point par des focus groupes selon la méthode Delphi à partir de 2008. Il a fait l'objet de réévaluation - validation successives. [9, 10, 11]. Il comporte 20 items. Il introduit la notion d'effort et les raideurs articulaires. Il renforce le pôle relationnel et cognitif (TABLEAU 1).

Aide à la Mise en Invalidité ( CNAM) n=16	EUMASS Core Set (EUMASS) n=20
d110 Regarder	d110 Regarder
d115 Ecouter	d 415 Ecouter
d155 Acquérir des compétences	d 155 Acquérir des compétences
	b710 Mobilité articulaire
	b730 Puissance musculaire
	b455 Tolérance à l'effort
d220 Exécuter des tâches multiples	d220 Exécuter des tâches multiples
d240 Gérer le stress et les exigences psychologiques	d240 Gérer le stress et les exigences psychologiques
d398 Comprendre et s'exprimer par la parole et l'écrit	d 399 Communication
d410 Changer la position corporelle de base	d410 Changer la position corporelle de base
d415 Garder la position du corps	d415 Garder la position du corps
d430 Soulever et porter des objets	d430 Soulever et porter des objets
d440 Activités de motricité fine	d440 Activités de motricité fine
d445 Utilisation des mains et des bras	d445 Utilisation des mains et des bras
d450 Marcher	d450 Marcher
d498 Déplacements à l'extérieur du domicile	d470 Utiliser les transports
d720 Interactions complexes avec autrui	d720 Interactions personnelles complexes
	d740 Relations officielles
	d177 Décider
	b164 Fonctions cognitives supérieures
d160 Fixer son attention	
d210 Exécuter une tâche unique	

Tableau 1 - Les descripteurs de l'Aide à la Mise en Invalidité et l'UEMASS Core Set . En jaune les Descriptifs supplémentaires dans l'Uemass Core Set en rouge ceux qui ont été supprimés.

A noter que dans les deux tests décrits, les facteurs personnels et environnementaux ne sont pris en compte que de façon marginale.

3°) **Le test WHODAS 2** [12] définit une échelle de 1 à 100, du plus bénin au plus grave. Le WHODAS inclut 36 items illustrant 6 domaines décrivant la condition du patient au cours des 30 derniers jours d'activité : la mémoire-reconnaissance, la mobilité, l'autonomie, le relationnel, les activités et la participation sociale. De ce fait, il intègre le 3<sup>ème</sup> ensemble de la figure 1, le contexte du patient. Conçu à l'origine pour la psychiatrie, il s'avère utilisable pour toute pathologie [13]. Il apporte, en plus des deux précédents, deux facteurs : la capacité d'adaptation et l'efficacité. Il a été testé en population dans plus de 15 pays. La question n'est plus seulement : « Pouvez-vous le faire ? », mais « Est-ce que vous pouvez le faire intégralement ? Correctement ? Et dans les temps ? » En pratique, c'est ce qui intéresse l'employeur. Il est indépendant non seulement du diagnostic mais du nombre de pathologies. L' $\alpha$  de Cronbach, indice statistique variant entre 0 et 1 qui permet d'évaluer l'homogénéité ou cohérence interne d'un instrument d'évaluation ou de mesure composé par un ensemble d'items, est bon 0.69 ; 0.89 à très bon 0.98. La version anglaise mise en ligne par l'association des psychiatres américains est libre de droits [14].

Il existe une version en français en 12 items qui fait perdre un peu de précision [16]. Il permet de définir un barème adapté par exemple ici à l'invalidité civile italienne [16] :

- 0-33 % : pas d'invalidité
- 34-66 % : invalidité modérée avec 34-45 % : faible ; 46-66 % : plus élevée
- 67-99 % : invalidité sévère avec 67-73 % : modérée; 74-99 % : sévère
- 100 % : invalidité très sévère

## Resultats

1°) La comparaison entre les critères de l'Uemass Core Set et les domaines du Whodas montre que 9 items sur les 20 concernent la mobilité. Or, au moins pour les travailleurs de bureau, l'arrivée du télétravail réduit l'importance de la mobilité professionnelle. A l'inverse, il n'y a que 4 items portant sur les activités et la participation (FIGURE 2) qui sont essentielles.

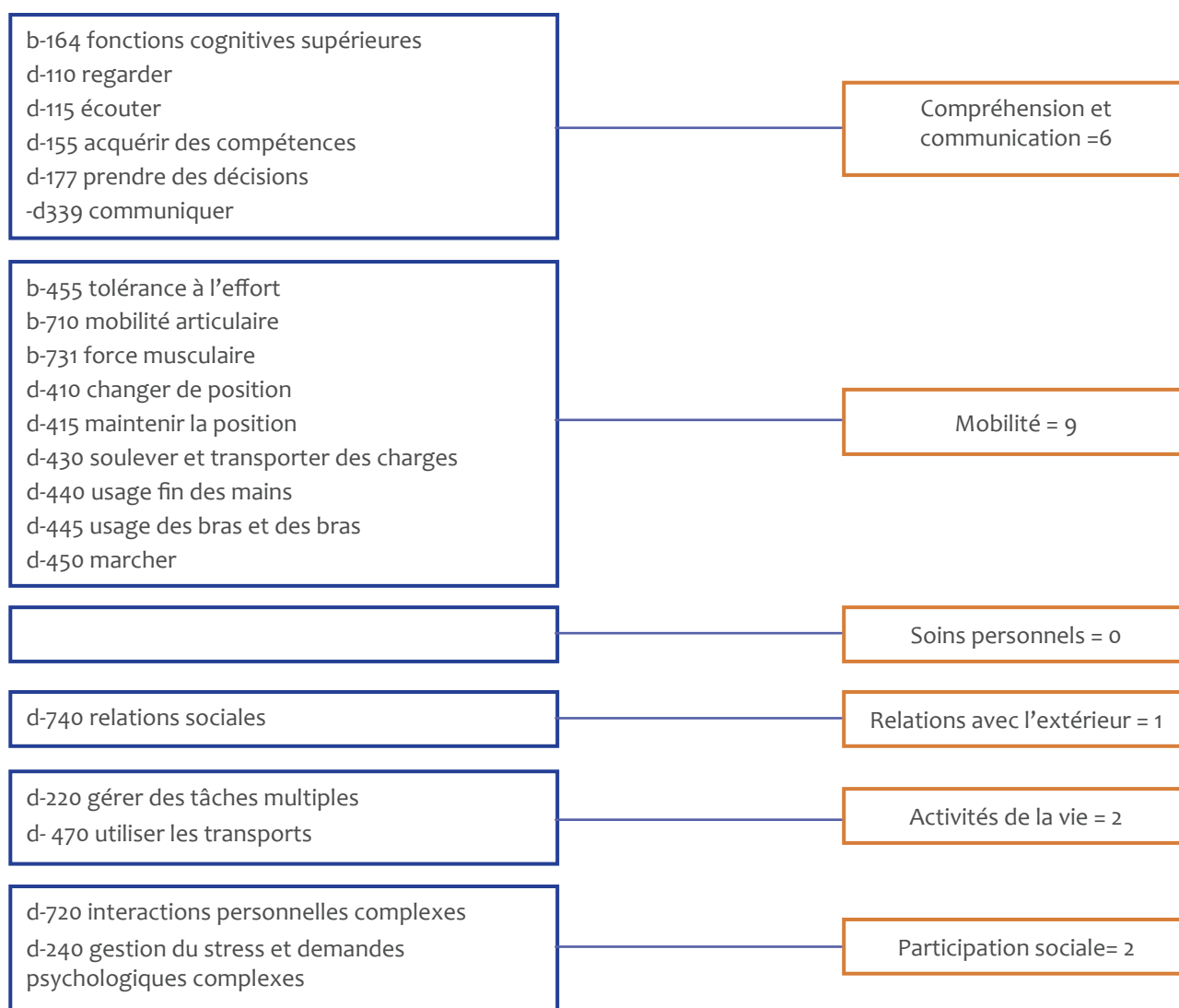


Tableau 2 Les descripteurs de l'UEMASS Core Set, à gauche, analysé par les domaines du Whodas à droite.

La comparaison par domaine montre encore plus clairement la limite des tests basés sur les seules activités physiques, mentales et relationnelles (FIGURE 3).

### TROIS TESTS DE CAPACITE BASES SUR L'ICF

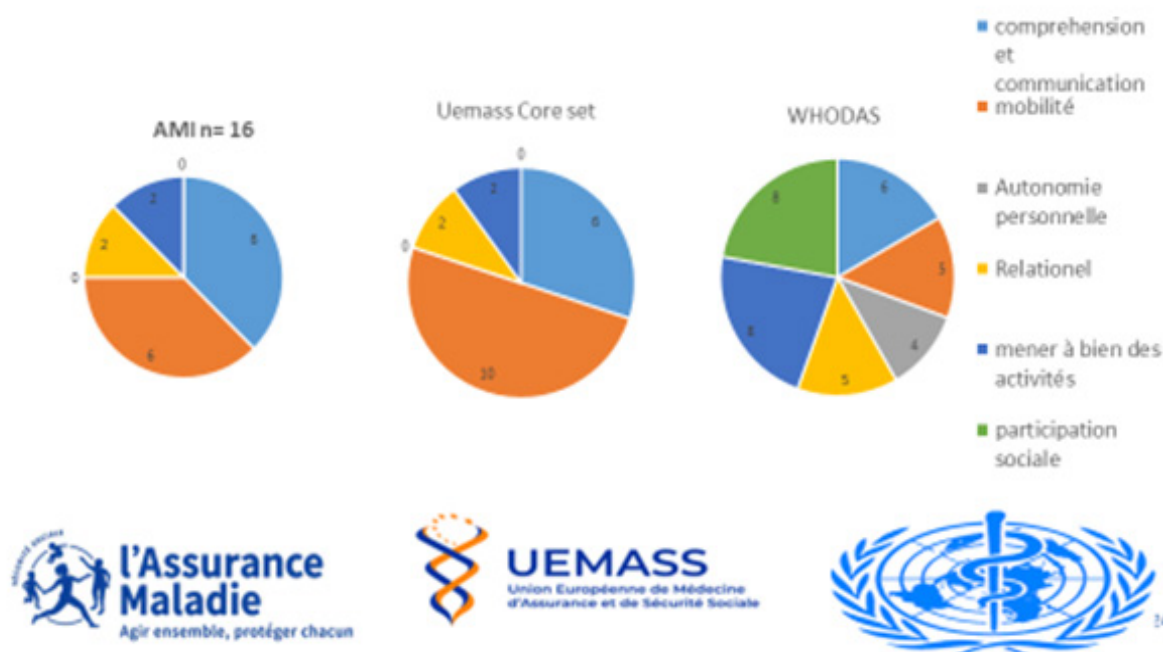
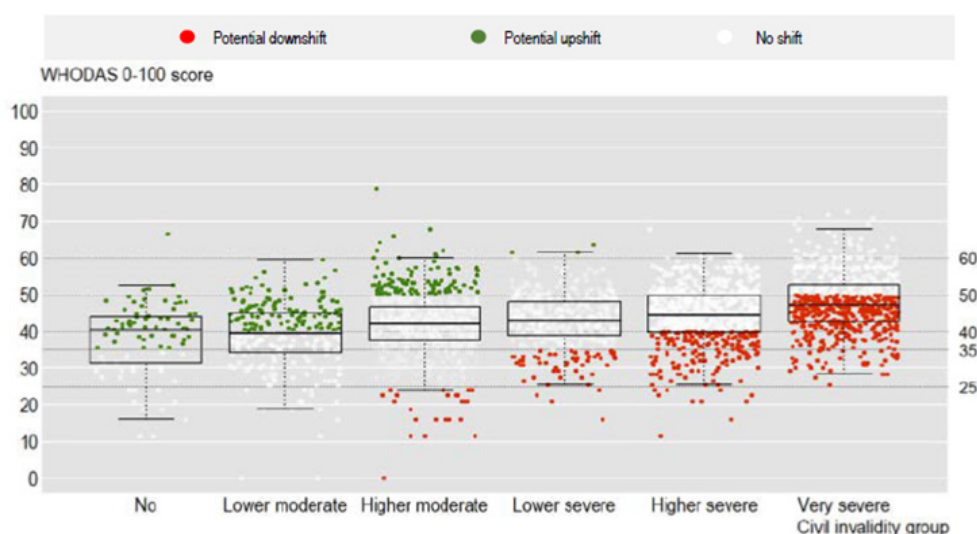


Figure 3. Comparaison entre 3 tests utilisables en médecine d'assurance pour l'estimation des capacités

Les Italiens ont apporté la preuve de l'intérêt du Whodas en comparant une attribution d'invalidité par l'examen médical versus le test [14]. Il en résulte que si les scores se recoupent dans 70 % des cas, 30 % des avis diffèrent et nécessiteraient une réévaluation médicale. Soit vers le haut, quand l'invalidité a été refusée, soit vers le bas (FIGURE4). Les auteurs proposent

d'utiliser cette divergence en demandant au médecin de revoir son jugement quand il est très éloigné du résultat du test. Ce principe a également été testé aux Pays-Bas avec l'outil local et, dans 13 % des cas, les médecins ont accepté de revoir leur décision [17].



Note: WHODAS: WHO Disability Assessment Schedule.  
Source: OECD calculations based on the pilot data.

Figure 4 - Relation entre le résultat de l'examen médical en abscisse et le score de Whodas en ordonnée. En vert des patients à qui on a refusé l'invalidité alors qu'ils avaient des scores Whodas élevés. A réévaluer vers le haut. En rouge les patients dont l'invalidité a été surestimée.



## DISCUSSION

1°) **Les limites des tests** de capacité ont été testées pour l'Uemass Core Set. Les évaluateurs ont estimé l'outil utile dans 68% des cas et suffisant dans 63% seulement (11). Voyons pourquoi.

**La limite du champ de l'expertise.** Pour l'AMI et l'UEMASS Core Set n'explorent pas directement le pôle du contexte personnel. Il est donc indispensable d'avoir des données complémentaires en ce sens, par exemple l'avis du médecin du travail. Seul des trois tests présentés, le WHODAS permet d'avoir une vision globale.

**Le piège des effets de seuils.** Si les concepteurs définissent des seuils (cut-offs) ceux-ci sont valables sur les grands nombres, peuvent être pris en défaut dans les cas limites. Enfin, la tricherie est possible.

**Quand ne pas les utiliser ?** Une des limites des tests est exposée par le film de Ken Loach : «Moi, Daniel Blake ». Le patient anglais, cardiaque, se retrouve en situation d'injonction contradictoire entre un médecin du travail qui lui interdit de travailler et la sécurité sociale qui ne lui reconnaît pas de handicap indemnisable. En effet une pathologie cardiaque équilibrée ne provoque aucun trouble cognitif, peu de troubles moteurs, aucun trouble relationnel au niveau des tests. Son score est donc infra-critique et le test de capacités est pris en défaut. Le patient décède dans l'impasse administrative. En effet, pour déterminer les capacités chez un cardiaque, il faut un ECG, une échographie, et une épreuve d'effort qui permettent de déterminer de façon précise les capacités et le pronostic du patient. Il y a donc deux situations où les tests sont inutiles ou trompeurs s'ils sont utilisés seuls :

- Les cas où on fait des mesures de capacité précises avec des examens médicaux sur une pathologie unique : cardiologie, pneumologie (EFR), ophtalmologie, surdité.

- Les cas où l'état de base ne montre pas de perte de fonction permanente décelable : l'épilepsie, l'asthme, l'attaque de panique, la cirrhose hépatique...

2°) **Les indications :** le premier intérêt des tests de capacité basés sur l'ICF est qu'ils ne dépendent pas du diagnostic. Le second qui découle du premier est qu'ils peuvent être pratiqués par des assistants médicaux, donc précocement, ce qui est utile quand l'avis du PC est tardif dans le parcours du patient ou quand on n'a pas de diagnostic crédible. Les troubles mentaux sont une bonne indication car ils permettent de détecter des incapacités infra cliniques (**POINTS VERTS, FIGURE 4**). Les TMS qui ont souvent un retentissement mental. Les polyopathologies pour l'absence de cumul obligatoire des incapacités. Que choisir ? Si on dispose d'éléments contextuels, notamment professionnels, on utilisera l'AMI ou l'UEMASS core-set qui sont rapides à utiliser sur support informatique (10 minutes). Si on ne dispose pas d'information fiable sur le diagnostic, les facteurs personnels, et si la médecine du travail est inutilisable, le Whodas prend toute sa valeur (30 à 45 minutes). Il existe d'autres tests, de ce type notamment en psychiatrie (Mini CIF-APP). Les tests de capacité ont vocation à figurer dans la boîte à outils du service SOS-IJ préfigurée pour 2025 [18] du rapport Charges et produits de l'Assurance-Maladie. De même, la recommandation 29 recommande de « renouveler et de diffuser largement les outils permettant d'accompagner les décisions des professionnels de santé... notamment par les outils numériques » [19]. Cette recommandation paraît tout aussi pertinente en interne. Peut-on faire moins ?

**Remerciements** aux Drs Irène Bohn et Sophie Ruggieri pour leur relecture du manuscrit.

François Latil

## RÉFÉRENCES

- [1] - Cour des Comptes. Les pensions d'invalidité une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés. Chapitre IV : Octobre 2019.p.203
- [2] - Article 87 du règlement (CE) n° 987/2009(ex E213)
- [3] - Pedersen G, Urnessa Ø, Hummelenc B, et al. Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale European Psychiatry 51 (2018) 16–19 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.028>
- [4] - Code de l'action sociale et des familles Annexe 2-4 - Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées - Article Annexe 2-4 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance
- [5] - L'Assurance Maladie. Aide à la décision de Mise en Invalidité (A.M.I) V2.0 09/12/2014 LR-DDGOS-11-2015-annexe1 guide-25pages.pdf
- [6] Barth J, DE Boer W, Busse JW et al Inter rater agreement in evaluation of disability : systematic review of reproductibility studies BMJ 2017;356:j14

- [7] Institut de Psychologie.Université Paris-Descartes Liste\_Tests\_Disponibles\_08\_01\_2019.pdf (u-paris.fr)
- [8] OMS: Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health World Health Organization ICF Geneva 2002
- [9] Anner J, S Brage S, Donceel P, et al. Validation of the EUMASS Core Set for medical evaluation of work disability Disabil Rehabil. 2013 ; 35(25):2147-56. Doi : 10.3109/09638288.2013.771709.
- [10] Brage S, Donceel P, Falez F Development of ICF Core Set for disability evaluation in social security. Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security.Disabil Rehabil. 2008 ; 30(18):1392-6. Doi : 10.1080/09638280701642950.
- [11] De Wind A, Birgit H. P. Donker-Cool M? 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>
- [12] WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule> accédé le 5/9/2024
- [13] Gold LH, DSM-5 and the assesment of functioning:The World Health Organization Disability Assesment Schedule J Am Acad Psychiatry Law 42:173-81, 2014
- [14] [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM5\\_WHODAS-2-Self-Administered.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_WHODAS-2-Self-Administered.pdf)
- [15] Institut national de santé publique du Québec Fonctionnement et incapacité <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/questionnaires/fonctionnement-et-incapacite>
- [16] OCDE 2023. Disability, work and inclusion in Italy; better assessment for better support Disability, Work and Inclusion in Italy | OECD
- [17] Louwerse I, HuysmansM.A, Van Rijsen et al. Use of a decision support tool on prognosis of work ability in work disability assessment : an experimental study among insurance physicians. J.Ocup.Rehab. (2021) 31:185-196
- [18] Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2025 (loi du 13 août 2004) Juillet 2024 Page 379.
- [19] Ibid page 385

## CONGRÈS DE L'UEMASS DU 17 AU 19 SEPTEMBRE 2026 EN BELGIQUE, À LIÈGE

### DATES CLÉS DU RÉTRO-PLANNING :

- ▶ 28 FÉVRIER 2025 : Choix par le Comité scientifique du titre du Congrès et des thèmes des sessions parallèles
- ▶ MARS 2025 : 1<sup>ère</sup> annonce de l'appel à communication au Congrès
- ▶ MAI 2025 : présentation des orateurs de plénières par le Comité scientifique
- ▶ 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2025 : début des soumissions des résumés et 2<sup>e</sup> annonce du Congrès
- ▶ 31 DÉCEMBRE 2025 : arrêt des soumissions de résumés
- ▶ AVRIL 2026 : le comité scientifique décide de l'approbation des résumés, des sessions parallèles, des posters et des modérateurs retenus pour les sessions parallèles. Pré-programme du Congrès



## QUESTIONS DE PERSPECTIVE

### Impact de la suppression de la prescription médicale obligatoire pour certaines spécialités pharmaceutiques

Face aux effets de la clause de sauvegarde<sup>1</sup> et la présentation d'un « effet ciseau » entre haute fiscalité et prix bas des médicaments qui fragiliserait, selon le syndicat des entreprises du médicament (LEEM) l'écosystème pharmaceutique français, ce dernier a proposé lors de sa conférence de presse de septembre 2025 un plan d'économies de 1,1 milliard d'euros pour le PLFSS 2025. Ce plan inclut notamment des actions relatives à l'accès aux traitements innovants, au bon usage des médicaments **ainsi qu'à l'accessibilité de certaines spécialités pharmaceutiques sans ordonnance (« délistage »)**.

Cette dernière action est proposée par le LEEM comme une action de simplification du parcours de soins avec un maintien du remboursement, les classes thérapeutiques citées sont **les antifongiques et les médicaments de la rhinite**. Cette simplification vise à réduire les coûts de consultation médicale, en valorisant le rôle des pharmaciens d'officine. D'après NERES 2, le délistage de 99 molécules permettrait de réaliser entre 300 et 561 millions d'euros d'économies au système de santé, assurance-maladie obligatoire et complémentaires comprises.

Cette idée n'est pas nouvelle car en 2012, l'association professionnelle représentant les industriels des médicaments d'automédication (AFIPA), avait présenté une étude sur l'intérêt économique du délistage de certaines molécules rele-

vant d'indications pour des pathologies adaptées à l'automédication. Les classes thérapeutiques étaient alors les traitements du reflux gastro-œsophagien, de la rhinite et de la migraine.

S'appuyant sur l'évolution des missions des pharmaciens d'officine, le LEEM insiste à nouveau sur cette proposition historique dont l'objectif présenté est la réduction des coûts de consultation médicale.

Cette proposition du LEEM devrait difficilement obtenir la faveur de l'ANSM qui a pour mission de classer les substances et les médicaments destinés à la médecine humaine sur les listes I et II des substances vénéneuses définies à l'article L. 5132-6 du code de la santé publique. A titre d'exemple, l'autorité sanitaire a procédé le 11 décembre 2024 à l'inscription des spécialités contenant de la pseudoéphédrine sur la liste des médicaments à prescription médicale obligatoire. Auparavant disponibles sans ordonnance, ces spécialités non remboursables font l'objet d'un suivi par les autorités sanitaires. Cependant, les mesures de réduction des risques mises en place telles que l'interdiction de la publicité au grand public ou l'information régulière des acteurs et patients, n'ont pas permis une réduction suffisante de la population exposée au risque de survenue d'effets indésirables rares mais graves, notamment accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde et des troubles psychiatriques.

Les missions des pharmaciens d'officine ont été largement étudiées par l'Assu-

rance Maladie et ont fait l'objet d'extension dans des domaines comme la vaccination, ou la délivrance d'antibiotiques après test rapide d'orientation diagnostique. Ces missions s'inscrivent dans le droit commun sans remettre en cause le statut de prescription de ces médicaments. La place des structures d'exercice coordonné dans la mise en œuvre de délégations de tâches entre professionnels de santé des soins ambulatoires est également essentielle. Lorsque le LEEM évoque les traitements de la rhinite, il faut se rappeler que le renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par un pharmacien ou un infirmier au sein d'un exercice coordonné fait l'objet d'un protocole de coopération national.

**L'élargissement des missions des pharmaciens d'officine doit se faire en concertation avec les autorités sanitaires, en veillant à la coopération entre les professionnels de santé et dans l'intérêt du patient. La modification de statut de ces médicaments et par conséquent de leurs conditions d'accès, sans mise en place de référentiels, paraît pour le moins simpliste en termes de maîtrise médicalisée et ne semble pas intégrer des notions pouvant garantir la sécurisation de la prise en charge des patients. Le rôle des pharmaciens d'officine peut être valorisé dans la prise en charge de certaines pathologies sans pour autant remettre en cause le statut d'inscription des médicaments justifié par des raisons de santé publique.**

Gabriel Heurtebize

[1] - Mécanisme de régulation des dépenses de médicaments remboursés en France imposant aux entreprises pharmaceutiques une contribution financière lorsque les dépenses de médicaments remboursés dépassent un plafond fixé par l'Etat

[2] - Le NèreS représente les laboratoires pharmaceutiques qui produisent et commercialisent des produits de santé et de prévention de premier recours disponibles en pharmacie sans ordonnance (médicaments, dispositifs médicaux et compléments alimentaires).



## LES CONGRÈS EN 2025

18th European Public Health Conference  
Investing for sustainable health and well-being

**MAIN CONFERENCE**  
**12 - 14 NOVEMBER 2025**  
**HELSINKI, FINLAND**

[https://ephconference.eu/site\\_images/slide01.jpg](https://ephconference.eu/site_images/slide01.jpg)

<https://ephconference.eu/>

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE  
SANTÉ PUBLIQUE (SFSP)

**LA SANTÉ MENTALE PUBLIQUE**  
**DU 5 AU 7 NOVEMBRE 2025 À LILLE**

<http://ufmass.eu/index.php/2024/12/13/congres-sfsp-2025-sante-mentale-publique/>

18th EPH Conference

## Investing for sustainable health and well-being

**EPH** EUROPEAN PUBLIC HEALTH CONFERENCE

### Helsinki, Finland

11 - 14 November 2025



Tervetuloa Helsinkiin | Välkommen till Helsingfors

- Perfect combination of urban life and nature
- World-renowned destination for Nordic design and architecture
- Regularly chosen as one of the world's most livable cities
- Discover Finnish culture in one of the many public saunas
- Traditional food, seasonal, sustainably grown on a culinary level

Co-organized by **EUPHA** Finnish institute for health and welfare **SU**

CONGRÈS 2025  
12-14 NOVEMBRE - HELSINKI - FINLANDE

ACCUEIL | A PROPOS | DÉPOSER UN RÉSUMÉ | INFOS PRATIQUES | ARCHIVES

**DATES-CLÉS**

- Appel à communications: Du 16 décembre 2024 au 7 février 2025
- Inscriptions - early bird: Du 20 janvier au 7 juillet 2025

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE  
Santé mentale publique

DEPOSER UN RÉSUMÉ

DU 5 AU 7 NOVEMBRE 2025 | À LILLE GRAND PALAIS | CONGRÈS #SFSP2025

UN CONGRÈS AU CROISEMENT DE LA RECHERCHE, DE L'INTERVENTION ET DE LA DÉCISION PUBLIQUE.

Trois jours de rencontres et d'échanges et trois principaux temps forts sous forme de conférences plénières d'une heure qui ponctuent chaque journée.

Thématique : Santé mentale publique

APPEL À COMMUNICATIONS

L'Union Européenne de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociales (UEMASS) est née il y a **plus de 35 ans**, à la suite des contacts du **Docteur PERSIGAN**, fondateur français, avec des médecins-conseils belges, italiens, allemands, anglais, hollandais.

L'UEMASS fédère des groupements nationaux de Praticiens d'Assurance et de Sécurité Sociales. A ce jour, elle réunit 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 Roumanie, la Slovaquie, le Portugal, la Croatie, la Serbie. **Son siège est à Bruxelles.**

Ses objectifs essentiels :

- **Etudier les systèmes de santé de ces différents pays** et leurs problèmes médicaux, médico-sociaux et généraux de santé publique.
- **Connaître les missions des praticiens-conseils dans ces différents pays** ainsi que leur rôle dans la maîtrise des dépenses de santé.
- **Favoriser le développement des aspects scientifiques et techniques** des activités spécifiques de ses membres.
- Organiser par tout moyen de diffusion des **échanges d'informations** sur des sujets intéressant la pratique et l'organisation de la Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociales.

Pour la France, l'Union Française de Médecine d'Assurance et de Sécurité Sociales (**UFMASS**) a été déclarée le 30 juin 1982 sous le statut d'«association Loi 1901», statuts modifiés le 14 novembre 2024.

**Elle reprend les buts de l'UEMASS et s'ouvre à tous les professionnels de santé de l'Assurance Maladie depuis son AG de novembre 2024.**

Pour plus d'information, se référer au site de l'UFMASS : <http://ufmass.eu/>

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



Merci d'adresser votre **COTISATION 2025 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](mailto:marie-helene.bost@assurance-maladie.fr)

**Je souhaite adhérer en 2025 (ou ré-adhérer) :**

NOM ..... PRÉNOM .....

FONCTION..... ORGANISME .....

ADRESSE MAIL .....