

SOMMAIRE



P 2

ÉDITO



P 4

VIE PROFESSIONNELLE



P 13

JUN 2022 / N° 84 / VOLUME 22

RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL



DOSSIER

P 6

Comportements addictifs durant la pandémie de Covid-19



SOMMAIRE



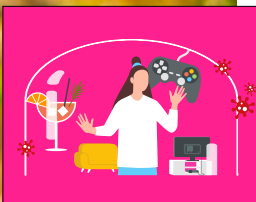
© GETTY IMAGES

ÉDITO

4/5

Mon Espace Santé : la e-santé avance à cadence rapide

DOSSIER



6/10

Comportements addictifs durant la pandémie de Covid-19

VIE PROFESSIONNELLE

11/12

Médecins et infirmiers scolaires : la périodicité et le contenu des visites médicales évoluent

13/15

Maisons de naissance : accoucher comme si on était chez soi

16/19

Couverture invalidité-décès des médecins

ANALYSES DE DÉCISIONS

20/21

Embolie gazeuse lors d'une ablation de fibrillation auriculaire

22/23

Méningite : une urgence médicale rare mais toujours possible en médecine de ville

RETROUVEZ les articles de **RESPONSABILITÉ** sur
www.macsf.fr/Nos-publications/A-la-une/revue-responsabilite



RESPONSABILITÉ

REVUE DE FORMATION SUR LE RISQUE MÉDICAL

COMITÉ DE PARRAINAGE

Pr René Amalberti
Médecin expert gestion des risques

Pr Bernard Guiraud-Chaumeil
Ancien membre du collège
de la Haute Autorité de santé

Pr Roger Henrion
Membre de l'Académie de médecine

Pierre Joly
Président de la Fondation pour la recherche
médicale

Dr Jacques Pouletty
Président d'honneur du Sou Médical

Jerry Sainte-Rose
Avocat général à la Cour de Cassation

Pr André Vacheron
Ancien président de l'Académie de médecine,
président du Conseil médical du Sou Médical

Gérard Vincent
Délégué général de la Fédération
hospitalière de France

CONSEIL DE RÉDACTION

PRÉSIDENT

Dr Jacques Lucas
Président de l'Agence du Numérique
en Santé (ANS)

MEMBRES

Dr François Baumann
Fondateur de la Société de formation
thérapeutique du généraliste

Pr Dominique Bertrand
Professeur émérite de santé
publique Université Paris 7 Denis
Diderot

Dr Pierre-François Cambon
Chirurgien-dentiste, président d'honneur
de MACSF épargne retraite et MACSF
financement

Pr Anne-Claude Crémieux
Professeur de maladies
infectieuses, Hôpital Raymond
Poincaré

Pr Claudine Esper
Professeur de droit à l'université
Paris-V

Pr Brigitte Feuillet
Professeur à la Faculté de droit
et de sciences politiques
de Rennes

Dr Pierre-Yves Gallard
Président d'honneur de MACSF
SGAM

Dr Jean-François Gérard-Varet
Président d'honneur du Sou Médical

Dr Thierry Houselstein
Directeur médical, MACSF

Dr Xavier Laqueille
Président d'honneur de MACSF assurances

Yves-Henri Leleu
Professeur de droit à l'université
de Liège

Dr Catherine Letouzey
Médecin interniste

Marguerite Merger-Pélier
Magistrat honoraire, présidente adjointe
des CCI, vice-présidente du Comité
d'indemnisation des victimes des essais
nucléaires français

Pr Paul-Michel Mertès
Professeur d'anesthésie réanimation
à l'hôpital universitaire de Strasbourg

M^e Catherine Paley-Vincent
Avocat à la Cour

Pr Fabrice Pierre
Professeur de gynécologie-obstétrique,
CHU de Poitiers

Suzanne Rameix
Philosophe, département
Éthique médicale de l'université
Paris-XII

Pr Virginie Scolan
Professeur de médecine légale
et droit de la santé, CHU de Grenoble

Stéphanie Tamburini
Juriste MACSF

RÉDACTION

Directeur de la publication
Nicolas Gombault

Rédacteur en chef
Germain Decroix

Assistante de rédaction
Sandrine Layani

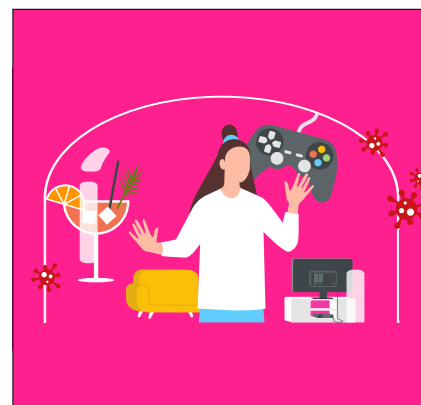
Conception et réalisation
Sophie Magnin

ÉDITEUR

Revue trimestrielle éditée par MACSF,
société d'assurance mutuelle
10 cours du Triangle de l'Arche
92919 LA DEFENSE CEDEX
Tél. : 01 71 23 80 80
macsf.fr

Dépôt légal : juin 2022
ISSN : 2491-4657

Les opinions émises dans les articles
publiés dans cette revue n'engagent
que la responsabilité de leurs auteurs.



CRÉDIT ILLUSTRATION : SOPHIE MAGNIN



Mon Espace Santé : la e-santé avance à cadence rapide

DR JACQUES LUCAS, PRÉSIDENT DE L'AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ



© GETTY IMAGES

La e-santé, ou santé numérique, recouvre un très vaste domaine puisque cette expression regroupe tous les moyens et tous usages des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé. Cela va de l'information du citoyen et interactions via le web à la pratique professionnelle de la télésanté, terme qui couvre la télé-médecine pour les professionnels médicaux et le télésoin pour les autres professionnels de santé.

Y sont inclus les dossiers informatisés de toutes les structures de soins, cabinets libéraux et structures de regroupement, centres de santé, établissements de santé et médico-sociaux. Y concourent également les divers équipements logiciels, les moyens de dématérialisation pour la prise et la gestion

des rendez-vous ainsi que, de plus en plus, la santé mobile via les applications en santé téléchargées sur les téléphones portables. S'y associeront, si ce n'est pas déjà fait partiellement, les usages de l'intelligence artificielle appliquée au domaine de la santé.

Dans tous les pays, et notamment ceux de l'Union européenne, l'exercice de toutes les professions de santé est réglementé afin de certifier de la compétence des professionnels qui garantissent pour le patient la qualité et la sécurité des soins ou des prises en charge. Les réglementations dans l'espace européen peuvent avoir quelques spécificités selon les états membres de l'Union. Toutefois, la reconnaissance croisée des diplômes impose un très large socle commun.

Disons d'emblée que les règles juridiques fondamentales qui encadrent l'exercice des professions de santé – y compris les impératifs déontologiques publiés sous la forme réglementaire d'un décret en Conseil d'État – telles qu'elles s'appliquent dans les pratiques non numériques sont transposables intégralement. S'y ajoutent des dispositions propres à l'utilisation des technologies numériques relatives, par exemple, à la protection stricte de la confidentialité des données personnelles lorsqu'elles circulent sur les réseaux Internet, à l'identification certaine des professionnels comme du patient, à l'hébergement des données et aux finalités de leur collecte, à l'information du patient et à son consentement.



L'informatisation de la santé en France s'est faite de façon un peu dispersée, en passant par les voies des expérimentations loco-régionales ou de directives très générales aux établissements, de telle sorte que le sujet majeur de l'interopérabilité entre les diverses solutions choisies et entre les systèmes d'information manque à l'appel lorsqu'il faut organiser un parcours de soins ou un suivi pour un patient grâce à des échanges et partages d'informations numérisées le concernant.

C'est ce qui a conduit l'État à imposer désormais, par les lois et les textes réglementaires d'application un cadre socle avec la publication d'une doctrine du numérique en santé actualisée annuellement afin d'accompagner les innovations qui foisonnent. Ainsi, l'État remplit ses fonctions « régaliennes » en matière de numérique en santé (référentiels d'interopérabilité, d'identification électronique

des professionnels et des citoyens, de sécurité des SIS) et pose les règles de portabilité des données et les impératifs techniques pour les éditeurs. Il définit également les obligations des professionnels et des établissements pour l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP), l'usage d'une messagerie sécurisée pour les communications entre les professionnels mais aussi entre les professionnels et les patients. Il fixe les règles pour que les applications en santé puissent être référencées dans un catalogue numérique accessible aux citoyens lorsque ces applis respectent les critères fixés.

C'est ce qui a pu être appelé l'« État plateforme » qui fixe le cadre et les règles d'admission pour tout acteur public ou privé. L'espace numérique en santé prévu par la loi prend le nom de « Mon espace santé », à la main de chaque citoyen qui l'activera lui-même, en est une parfaite illustration.

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de répondre, en matière de e-santé, aux principes déjà fondés par la loi du 4 mars 2022, en donnant à chaque citoyen un accès permanent et sécurisé à son DMP contenu dans cet espace personnel, un usage d'une messagerie lui permettant de correspondre avec un professionnel de santé identifié à l'initiative de ce dernier, un agenda d'organisation de son parcours de soins et un catalogue d'applis référencées selon une procédure transparente et publique.

Les règles appliquées au DMP restent inchangées : accès aux seuls professionnels membres de l'équipe de soins connue du patient, consentement du patient pour toute inclusion au fil du temps mais aussi possibilité pour lui de suppression d'accès, accès authentifié par une CPS ou dispositif équivalent et horodaté, notification immédiate au titulaire du DMP...

Les seuls faits nouveaux concernent les professionnels de santé : leur équipement logiciel sera mis à jour par l'éditeur, notamment par rapport aux référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'identité certaine du patient par l'usage du seul Identifiant national de santé rendu obligatoire, mais aussi par un accès immédiat au DMP en lecture comme en écriture et la fonction messagerie. L'État prend à sa charge directement avec l'éditeur les coûts générés dans le cadre du Ségur numérique et sous contrôle des mises à jour effectuées. Par ailleurs, des avantages liés à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) s'attachent aux médecins qui alimenteront le DMP conformément à l'avenant conventionnel numéro 9 passé avec les partenaires syndicaux et la CNAM. À cet égard, l'arrêté ministériel du 26 avril 2022 publié au JO du 30 avril établit la liste des éléments devant être reportés dans le DMP par « *les médecins et les biologistes concernés* » qui en ont l'obligation selon les échéances étendues jusqu'en 2023.

La revue publiera en temps opportun les précisions nécessaires et d'application concrète suivant cet éditorial. ■





Comportements addictifs durant la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 s'est répandue rapidement à partir de janvier 2020 et est à l'origine d'une crise sanitaire sans précédent. Cette situation inédite a conduit la plupart des États à adopter des mesures exceptionnelles : restrictions de circulation, confinement, fermeture des commerces non essentiels. Ces mesures ont perturbé le marché des substances psychoactives licites et illicites, et affecté les conduites addictives. Nous décryptons dans cet article l'impact de la pandémie sur les comportements addictifs, les nouvelles modalités de consommation et les pratiques de soin et d'accompagnement proposées en temps de crise sanitaire.

DR XAVIER LAQUEILLE, SERVICE D'ADDICTOLOGIE, GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES, PARIS - UNIVERSITÉ DE PARIS, PARIS
DR RHÉA EL KHOURY, SERVICE D'ADDICTOLOGIE, GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES, PARIS - UNIVERSITÉ DE PARIS, PARIS
DR SAMI RICH, DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, HÔTEL-DIEU DE FRANCE, BEYROUTH, LIBAN - UNIVERSITÉ SAINT-JOSEPH, BEYROUTH, LIBAN
DR CHLOÉ LUCET, SERVICE D'ADDICTOLOGIE, GHU PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES, PARIS - UNIVERSITÉ DE PARIS, PARIS



➤ Alcool

Contrairement aux prédictions initiales présumant d'une forte majoration des consommations d'alcool durant le confinement, deux tiers des buveurs français rapportent une consommation stable et un quart rapporte une réduction de leurs apports, avec néanmoins une augmentation des fréquences d'usage¹.

La tendance s'inverse en Chine et aux États-Unis ; 40 % des américains auraient majoré leur consommation et 30 % l'auraient réduite, avec une disparité entre les

différents États en lien entre autres avec les politiques internes de réglementation de la vente d'alcool durant la pandémie^{2/3}. La Thaïlande et l'Afrique du Sud ont banni la vente de toute boisson alcoolisée durant la première vague. Cette politique émane de leur volonté de désengorger les hôpitaux en réduisant entre autres les hospitalisations secondaires aux complications d'un mésusage de l'alcool⁴. L'interdiction temporaire de vente d'alcool en Afrique du Sud s'est accompagnée d'une augmentation de la distillation d'alcool à domicile ; Google a enregistré une augmentation de 500 % des



recherches sur les techniques de distillation durant le confinement⁵.

La prise en charge des patients alcoolodépendants a également dû s'adapter au contexte sanitaire : limitations des entretiens au profit des téléconsultations en dehors des situations d'urgence, permanences d'accueil téléphonique... En Irlande, par exemple, certains départements d'addictologie ont arrêté la dispensation quotidienne de multivitamines au profit d'une délivrance mensuelle pour réduire les interactions et le risque de contamination⁶. En France, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives a choisi de diffuser des messages préventifs pour limiter les risques liés à l'alcool durant le déconfinement⁷.

« La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives a choisi de diffuser des messages préventifs pour limiter les risques liés à l'alcool durant le déconfinement. »

➤ Tabac

L'information selon laquelle le tabac serait un facteur de risque modifiable de l'infection à la Covid-19, est à l'origine d'un changement partiel du comportement des fumeurs⁸.

Dans une étude menée en France auprès de 787 fumeurs, 20 % des participants affirment avoir réduit ou arrêté le tabac pendant la pandémie⁹. Une étude américaine révèle également que la crise sanitaire a incité un quart des répondants à diminuer l'usage de cigarettes, et plus d'un tiers à accroître leur motivation au sevrage¹⁰. Cette motivation est corrélée à la perception du risque tabac-Covid-19, mais ne reflète pas le taux d'abstinence puisque 30 % des participants de cette étude ont majoré leur consommation de cigarettes.

Ce constat est réédité dans une autre étude américaine menée auprès de fumeurs de cigares, avec une forte disparité entre la motivation à l'arrêt (71 % des participants) et la mise en œuvre d'une réduction de la consommation de cigares (17 % des répondants)¹¹. Google Trends n'a d'ailleurs pas enregistré

une augmentation des recherches d'aide au sevrage tabagique pendant le confinement¹². Plus encore, l'étude française citée précédemment révèle 35 % de majoration des conduites tabagiques ; les principaux facteurs impliqués seraient le sexe féminin, le célibat, un âge inférieur à 50 ans, un niveau d'éducation faible à intermédiaire, et l'absence de travail à distance¹³.

Certaines études indiquent une prévalence plus faible de tabagisme parmi les patients atteints de la Covid-19 (environ 7 %) ^{13/14/15/16}. Toutefois, ces résultats ne permettent pas d'établir une relation causale entre l'exposition au tabac et la prévention de la Covid-19. D'ailleurs, plusieurs études associent au tabagisme un risque de progression de la maladie et de complications chez les patients hospitalisés pour la Covid-19^{17/18/19/20}.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de données probantes pour présenter le tabac comme protecteur vis-à-vis de l'infection et accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt est impératif²¹.

➤ Opiacés

L'annonce du confinement a entraîné initialement en France un afflux de demandes en produits, puis une baisse significative des achats du fait des réserves constituées par les usagers et des restrictions de déplacement²². De nombreux usagers ont arrêté ou limité leurs consommations d'opiacés.

Selon le dispositif Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues (TREND), les usagers d'opioïdes achetés au marché noir ont d'avantage sollicité les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) durant la pandémie pour bénéficier d'un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO). Cette démarche émane en partie d'une volonté d'anticiper une éventuelle pénurie d'opioïdes, et de faire face à l'effondrement du pouvoir d'achat (baisse des ressources et majoration des tarifs)²².

« Plusieurs études associent au tabagisme un risque de progression de la maladie et de complications chez les patients hospitalisés pour la Covid-19. »

L'afflux de patients aux CSAPA a entraîné une restructuration de l'offre de soins (téléconsultation, système de permanence) et des services proposés. La délivrance des TSO a été facilitée (prolongation de la durée des ordonnances, sollicitation des pharmacies) avec à l'appui, l'arrêté du 23 mars 2020^{22/23}.

Des démarches similaires se sont développées Outre-Atlantique : initiation de la buprénorphine par téléconsultation légalisée²⁴, prescription de méthadone assouplie avec renouvellement possible par téléconsultation et durée maximale de délivrance prolongée chez des patients stables²⁵.

« Les usagers d'opioïdes achetés au marché noir ont d'avantage sollicité les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie durant la pandémie. »

➤ Jeu pathologique

Le confinement et les restrictions de déplacement ont augmenté et déplacé les pratiques de jeux d'argent et de hasard vers leurs versions en ligne^{26/27/28}. Le marché du jeu a dû s'adapter à cette évolution : des salles

virtuelles de Bingo ont été développées, la promotion de la loterie en ligne a été autorisée dans plusieurs États américains, et le segment des paris en ligne a été élargi²⁹.

L'arrêt des compétitions sportives a entraîné l'essor du e-sport et des matches et courses de simulation. Le chiffre d'affaires de poker en ligne en France a connu une croissance de 126 % au 2^e trimestre de 2020 par



« Les agences de régulation du jeu en ligne ont utilisé leurs plateformes pour inciter les joueurs à se fixer des limites de temps et d'argent. »

rapport à 2019³⁰. Cette hausse provient aussi bien d'une augmentation du nombre de joueurs actifs (+ 68 % par rapport à 2019) que de l'intensification de leur pratique (+ 34 % de dépense moyenne par joueur)³⁰.

Les agences de régulation du jeu en ligne, comme en France, en Belgique et au Danemark, ont utilisé leurs plateformes pour inciter les joueurs à se fixer des limites de temps et d'argent. La Lettonie a implémenté des mesures plus drastiques en interdisant temporairement les jeux d'argent en ligne²⁹. La Commission des jeux du Royaume-Uni a alloué 9 millions de livres sterling à GambleAware, organisation dédiée à la prévention du jeu, pour soutenir sa mission durant la pandémie. Des membres du parlement britannique ont également proposé la mise en place d'un plafond de 50 livres sterling par joueur et par jour. Une démarche comparable a été validée en Belgique, avec une limite de dépôt maximale par semaine³¹.

➤ Addiction aux écrans

Le numérique s'est définitivement imposé à l'ère de la crise sanitaire pour l'information, le travail, la socialisation, ou encore le divertissement.

65 % des français ont majoré leur temps d'écran ; les facteurs de risque identifiés sont, entre autres, le sexe féminin, un âge inférieur à 30 ans, le célibat, un score élevé de stress, être confiné seul, en ville, sans accès à un espace extérieur⁹.

Les achats de jeux vidéo ont bondi de 183 % en France et de 127 % en Europe depuis le début de la pandémie³². Activision Blizzard, qui compte à son catalogue *Call of Duty* ou *Candy Crush*, fait état en août 2020 d'un

chiffre d'affaires trimestriel en progression de 38 % sur un an³³ ; Steam (plateforme de téléchargement et réseau social pour les joueurs de jeux vidéo) a enregistré en avril un record de connections avec plus de 20 millions d'utilisateurs³⁴.

Plus globalement, une augmentation de 21 % des dépenses mensuelles des joueurs, une majoration de 11 % du temps consacré à jouer et une hausse de 42 % des streaming de jeux vidéo ont été observées³⁵.

Le recours aux sites pornographiques a également progressé ; Pornhub a enregistré une hausse de plus de 11 % au début du confinement, plus marquée dans les pays ayant bénéficié de l'accès gratuit aux services premium de l'opérateur (38, 57 et 61 % respectivement en France, en Italie et en Espagne)³⁶.

L'OMS s'est saisie de cette tourmente numérique pour diffuser des messages de prévention de la Covid-19 auprès de l'audience des jeux vidéo via l'initiative *#PlayApartTogether*. Elle consacre également dans sa campagne *#HealthyAtHome* des messages préventifs sur le temps d'écran³⁷.

CONCLUSION

La pandémie a perturbé le marché des substances psychoactives et modifié les comportements addictifs. Elle a révélé l'importance des stratégies et dispositifs de prévention, d'information et d'accompagnement. Les campagnes de sensibilisation ont été repensées pour cibler entre autres les substances psychoactives licites, telle la campagne antitabac *#QuitForCovid* au Royaume Uni⁸ ou encore le temps passé sur les écrans et jeux vidéo.

La transformation numérique a facilité la restructuration des soins addictologiques et la mise en place des téléconsultations et ou système de permanence. ■

« Les achats de jeux vidéo ont bondi de 183 % en France et de 127 % en Europe depuis le début de la pandémie. »



RÉFÉRENCES

1. Les addictions en France au temps du confinement - OFDT [Internet]. [cited 2021 Jan 2]. Available from: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-addictions-en-france-au-temps-du-confinement/>
2. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatry*. 2020 Jun;51:102092.
3. State Alcohol-Related Laws During the COVID-19 Emergency for On-Premise and Off-Premise Establishments as of April 13, 2020. :46.
4. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, et al. Alcohol use in times of the COVID-19: Implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev*. 2020;39(4):301-4.
5. Mallet J, Dubertret C, Le Strat Y. Addictions in the COVID-19 era: Current evidence, future perspectives a comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Mar 2;106:110070.
6. Columb D, Hussain R, O'Gara C. Addiction psychiatry and COVID-19: impact on patients and service provision. *Ir J Psychol Med*. 2020 Sep;37(3):164-8.
7. Addictions et déconfinement : « L'après-confinement vous le voyez comme ça ? », la nouvelle campagne digitale de la MILDECA [Internet]. [cited 2021 Jan 27]. Available from: <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/addictions-deconfinement-lapres-confinement-voyez-ca-nouvelle-campagne-digitale-de>
8. Tattan-Birch H, Perski O, Jackson S, Shahab L, West R, Brown J. COVID-19, smoking, vaping and quitting: a representative population survey in England. *Addict Abingdon Engl*. 2020 Sep 11.
9. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020 Sep 18;6(3):e19630.
10. Klemperer EM, West JC, Peasley-Miklus C, Villanti AC. Change in tobacco and electronic cigarette use and motivation to quit in response to COVID-19. *Nicotine Tob Res* [Internet]. 2020 Apr 28 [cited 2021 Jan 2]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7197523/>
11. Kowitz SD, Cornacchione Ross J, Jarman KL, Kistler CE, Lazard AJ, Ranney LM, et al. Tobacco Quit Intentions and Behaviors among Cigar Smokers in the United States in Response to COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Jan 2];17(15). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432467/>
12. Heerfordt C, Heerfordt IM. Has there been an increased interest in smoking cessation during the first months of the COVID-19 pandemic? A Google Trends study. *Public Health*. 2020 Jun;183:6-7.
13. Dubey MJ, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):817-23.
14. Farsalinos K, Barbouni A, Niaura R. Systematic review of the prevalence of current smoking among hospitalized COVID-19 patients in China: could nicotine be a therapeutic option? *Intern Emerg Med*. 2020;15(5):845-52.
15. CDC COVID-19 Response Team. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States, February 12-March 28, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Apr 3;69(13):382-6.
16. Emami A, Javanmardi F, Pirbonyeh N, Akbari A. Prevalence of Underlying Diseases in Hospitalized Patients with COVID-19: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Acad Emerg Med* [Internet]. 2020 Mar 24 [cited 2021 Jan 2];8(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7096724/>
17. Changeux J-P, Amoura Z, Rey FA, Miyara M. A nicotinic hypothesis for COVID-19 with preventative and therapeutic implications. *C R Biol*. 2020 Jun 5;343(1):33-9.
18. Guo FR. Smoking links to the severity of COVID-19: An update of a meta-analysis. *J Med Virol*. 2020;92(11):2304-5.
19. Karanasos A, Aznaouridis K, Latsios G, Syntetos A, Plitaria S, Tousoulis D, et al. Impact of Smoking Status on Disease Severity and Mortality of Hospitalized Patients With COVID-19 Infection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020 Aug 24;22(9):1657-9.
20. Zhao Q, Meng M, Kumar R, Wu Y, Huang J, Lian N, et al. The impact of COPD and smoking history on the severity of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2020;92(10):1915-21.
21. Thomas D, Berlin I. Covid-19 et tabagisme. *Arch Mal Coeur Vaiss Prat* [Internet]. 2020 Dec 2 [cited 2021 Jan 2]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709785/>
22. Jérôme C, Gandilhon M, Bailly F, Metz T, Delile J-M, Dupont C, et al. Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du Covid-19 : les observations croisées du dispositif TREND. :15.
23. Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19 - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041737443/>
24. COVID-19 Information Page [Internet]. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://www.deadiversion.usdoj.gov/coronavirus.html>
25. Opioid Treatment Program (OTP) Guidance. :1.
26. Håkansson A, Fernández-Aranda F, Menchón JM, Potenza MN, Jiménez-Murcia S. Gambling During the COVID-19 Crisis - A Cause for Concern. *J Addict Med*. 2020 Aug;14(4):e10.
27. Aussie Online Gambling Market Sees 67% Rise During COVID-19 - European Gaming Industry News [Internet]. [cited 2021 Jan 3]. Available from: <https://europeangaming.eu/portal/latest-news/2020/04/10/68261/aussie-online-gambling-market-sees-67-rise-during-covid-19/>
28. Davies R. Coronavirus: gambling firms urged to impose betting cap of £50 a day. *The Guardian* [Internet]. 2020 Mar 22 [cited 2021 Jan 3]; Available from: <https://www.theguardian.com/sport/2020/mar/22/coronavirus-gambling-firms-urged-to-impose-betting-cap-of-50-a-day>
29. Gambling RC on, University C. COVID-19 and Gambling: Impacts, Transformations, and Reflections. Factsheet No 10 Summer 2020 [Internet]. 2020 Aug [cited 2021 Jan 7]; Available from: <https://prism.ucalgary.ca/handle/1880/112607>
30. L'ANJ publie le bilan du marché des jeux en ligne du 2^e trimestre 2020 : des secteurs très différemment impactés par la crise COVID - ANJ [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <https://anj.fr/lanj-publie-le-bilan-du-marche-des-jeux-en-ligne-du-2eme-trimestre-2020-des-secteurs-tres>
31. Commission des jeux de Hasard [Internet]. [cited 2021 Jan 5]. Available from: https://www.gamingcommission.be/opencms/opencms/jhksweb_fr/gamingcommission/news/news_0087.html
32. Jeux vidéo : une activité en plein essor en France [Internet]. Franceinfo. 2020 [cited 2021 Jan 7]. Available from: https://www.francetvinfo.fr/culture/jeux-video/jeux-video-une-activite-en-plein-essor-en-france_4228321.html
33. Le secteur du jeu vidéo en pleine euphorie grâce au confinement [Internet]. [cited 2021 Jan 7]. Available from: https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/08/08/le-secteur-du-jeu-video-en-pleine-euphorie_6048469_3234.html
34. King DL, Delfabbro PH, Billieux J, Potenza MN. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict*. 2020 Jun;9(2):184-6.
35. The COVID-19 Simon-Kucher Global Gaming Study: Results [Internet]. Simon-Kucher. [cited 2021 Jan 7]. Available from: <https://www.simon-kucher.com/en/blog/new-global-gaming-industry-study-gamers-spend-more-money-and-time-increase-social-contact>
36. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict*. 2020 Jun;9(2):181-3.
37. #HealthyAtHome [Internet]. [cited 2021 Jan 7]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>



Médecins et infirmiers scolaires : la périodicité et le contenu des visites médicales évoluent

Un arrêté du 20 août 2021 fixe le calendrier et le contenu des visites médicales et de dépistage obligatoires pour les enfants scolarisés. Voici les principaux points à en retenir.

STÉPHANIE TAMBURINI, JURISTE, MACSF

➤ Le bilan de santé pour les enfants de 3 à 4 ans

• Qui est concerné par ce bilan ?

Tous les enfants scolarisés entre leur 3^e et leur 4^e année, sauf si les parents fournissent un certificat médical attestant que l'examen correspondant à cet âge a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.

• Qui réalise ce bilan ?

Les professionnels de santé du service départemental de Protection Maternelle

et Infantile (PMI) ou, s'il n'est pas en mesure de le réaliser, le médecin de l'Éducation nationale.

• Sur quoi porte ce bilan ?

- La surveillance de la croissance statur pondérale de l'enfant.
- Celle de son développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental (en particulier le langage oral).
- Le dépistage des troubles sensoriels.
- La vérification des vaccinations.

- La promotion des comportements et environnements favorables à la santé.
- Le dépistage d'éventuelles contre-indications à la pratique de l'activité physique et sportive.

Une attention particulière est portée aux difficultés d'apprentissage rapportées par les enseignants ou les parents. Le bilan permet également le repérage des situations relevant de la protection de l'enfance (violences physiques, sexuelles, etc.).



© GETTY IMAGES

• Quelle traçabilité pour ce bilan ?

Les conclusions du bilan sont inscrites par le personnel qui a effectué l'examen dans le carnet de santé de l'enfant et, quand il est réalisé par un professionnel de santé de la PMI, portées à la connaissance du médecin de l'Éducation nationale.

En cas de constatation de faits relevant de la protection de l'enfance, le professionnel de santé transmet aux autorités compétentes.

➤ La visite médicale lors de la 6^e année

• Qui est concerné par cette visite ?

Tous les enfants scolarisés au cours de leur 6^e année, sauf si les parents fournissent un certificat médical attestant que l'examen correspondant à cet âge a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.

• Qui réalise cette visite ?

Le médecin de l'Éducation nationale.

• Sur quoi porte cette visite ?

Le contenu de la visite correspond à la description détaillée - mais non limitative - de l'examen médical obligatoire de la 6^e année figurant dans le carnet de santé, en application de l'article R. 2132-1 du Code de la santé publique. Elle vise :

Le contenu de la visite correspond à la description détaillée - mais non limitative - de l'examen médical obligatoire de la 6^e année figurant dans le carnet de santé, en application de l'article R. 2132-1 du Code de la santé publique. Elle vise :

- l'examen et l'analyse de la croissance, le report et le traçage des données de l'IMC sur les courbes du carnet de santé ;
- le dépistage des troubles auditifs et visuels ;
- l'examen du neurodéveloppement et du développement psychomoteur, dont le dépistage des troubles praxiques ;
- les habitudes de vie et le développement psycho-affectif ;
- un examen clinique avec une attention particulière aux troubles de la statique ;
- un examen bucco-dentaire ;
- le dépistage d'éventuelles contre-indications à la pratique de l'activité physique et sportive
- le repérage systématique des situations relevant de la protection de l'enfance.

• Quelles suites pour ces visites ?

À l'issue de la visite, le médecin de l'Éducation nationale :

- transmet aux parents les conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ;
- rencontre l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogiques à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire ;
- transmet, avec l'accord des parents, aux infirmiers, psychologues de l'Éducation nationale et assistants de service social les éléments nécessaires au suivi de l'élève dans le cadre des missions de chacun et le respect du secret professionnel ;
- le cas échéant, met en place les adaptations spécifiques pour les enfants porteurs de handicap, d'un trouble ou d'une affection chronique ;
- le cas échéant, transmet aux autorités compétentes les faits relevant de la protection de l'enfance.

➤ La visite de dépistage lors de la 12^e année

• Qui est concerné par cette visite ?

Tous les adolescents scolarisés au cours de leur 12^e année, sauf si les parents fournissent un certificat médical attestant que l'examen correspondant à cet âge a été réalisé par un professionnel de santé de leur choix.

• Qui réalise cette visite ?

L'infirmier de l'Éducation nationale.

• Sur quoi porte cette visite ?

- L'analyse les antécédents de l'enfant à partir, notamment, du carnet de santé, avec l'accord des parents, et des éléments de la visite de la 6^e année qui lui sont accessibles.
- L'entretien avec l'enfant, notamment sur ses conditions de vie, sa santé perçue, l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique ainsi que sur son développement pubertaire et ses questionnements liés à la sexualité.
- La prise en compte des éventuelles observations recueillies auprès des parents et de l'équipe éducative.

- Le repérage systématique des situations relevant de la protection de l'enfance.

- Le repérage des situations relevant de la prévention des conduites à risque, des conduites addictives, du harcèlement scolaire et des difficultés scolaires éventuelles.

- La vérification des vaccinations au vu du calendrier des vaccinations en vigueur.

- La réalisation d'un examen statur pondéral avec calcul de l'IMC.

- Le dépistage des troubles visuels et auditifs.

- La vérification de l'hygiène bucco-dentaire.

- L'évaluation de la situation clinique, avec une attention particulière sur la posture du dos.

- La formulation de recommandations et conseils à l'enfant, adaptés en fonction de ses questions et des données recueillies, en mobilisant ses compétences psychosociales.

- La promotion des comportements et environnements favorables à la santé et en particulier l'activité physique et sportive.

Cette liste n'étant pas limitative, l'infirmier peut, dans le cadre de ses compétences, aller au-delà.

• Quelles suites pour cette visite ?

À l'issue de la visite, l'infirmier de l'Éducation nationale :

- transmet aux parents les conclusions de cette consultation incluant, le cas échéant, des recommandations et des conseils ;
- rencontre les enseignants de l'élève et l'équipe de direction afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire ;
- sollicite, si besoin, l'avis de l'assistant de service social, du médecin ou du psychologue de l'Éducation nationale ;
- transmet, avec l'accord des parents, aux médecins, psychologues de l'Éducation nationale et assistants de service social les éléments nécessaires au suivi de l'élève dans le cadre des missions de chacun et le respect du secret professionnel ;
- transmet, le cas échéant, aux autorités compétentes les faits relevant de la protection de l'enfance. ■



Maisons de naissance : accoucher comme si on était chez soi

Après une période d'expérimentation de 5 ans, le concept des maisons de naissances entre dans une dynamique de généralisation en France. Les couples souhaitant bénéficier d'un accouchement physiologique vont voir le nombre de ces structures augmenter, selon un déploiement sous conditions.

BRUNO FRATTINI, EXPERT EN PRÉVENTION DES RISQUES MACSF, CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ IADE

➤ Une période d'expérimentation de 5 ans

Cette phase d'expérimentation a débuté avec la publication de la loi du 6 décembre 2013, puis avec le décret du 30 juillet 2015, fixant les conditions de fonctionnement d'un nombre limité de Maisons De Naissances (MDN).

9 autorisations ont été données, 8 maisons de naissances ont finalement ouvert en 2016 et 2017 et ont pu proposer aux couples le souhaitant de bénéficier d'un accouchement physiologique dans un cadre sécurisé.

« 8 MAISONS DE NAISSANCES ONT FINALEMENT OUVERT EN 2016 ET 2017. »

Le cahier des charges¹, élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS) en septembre 2014, demandait entre autres :

- que les locaux de ces structures soient contigus à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique, avec un accès direct et aménagé permettant un transfert rapide des parturientes ;
- qu'une convention soit établie entre ces 2 entités, précisant les obligations et devoirs de chacun ;
- qu'une sélection rigoureuse des femmes enceintes prises en charge dans ces structures soit organisée : pas de pathologie antérieure (médicale et/ou chirurgicale), pas de pathologie de la grossesse, pas de grossesses multiples...

➤ Premières évaluations de cette expérimentation

Un premier rapport², rendu en novembre 2019, émanant du groupe de recherche sur les maisons de naissances (CNRS – AUDIPOG – Université de Paris – INSERM – CRESS) propose une analyse des données rendues par les MDN.

Cette étude épidémiologique descriptive porte sur l'ensemble des données informatisées dans le dossier commun AUDIPOG au titre de l'année 2018.

Les résultats montrent :

- sur un total de 649 femmes prises en charge en MDN, 506 y ont réellement accouché et 143 ont été confiées aux maternités partenaires, soit 22 % ;
- les critères d'éligibilité des femmes pour accoucher en MDN ont été respectés dans plus de 99 % des cas ;
- très peu d'interventions ont été réalisées au cours du travail : moins de 3 % de ruptures artificielles des membranes, moins de 2 % d'épisiotomies et 9,5 % d'accouchements par voie basse spontanés, 6,5 % par voie instrumentale et 3 % de césariennes ;
- chez les femmes transférées, on dénombre 15 % de césariennes.

Pour les femmes ayant été prises en charge en MDN, quel que soit le lieu d'accouchement final, on dénombre :

- 1,4 % d'hémorragies du post partum sévères,
- 0,5 % de déchirures périnéales des 3^e et 4^e degrés,
- 0,4 % de réhospitalisations dans le mois qui suit l'accouchement.

Quant aux complications néonatales, elles étaient peu fréquentes avec 0,3 % d'enfants avec une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine à 5 ;minutes de vie et 1,7 % d'enfants ayant nécessité des gestes de réanimation à la naissance.

Un décès néonatal a été identifié.

Le rapport concluait à un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions, résultats comparables avec les maisons de naissances à l'international, et plus précisément dans les pays à haut niveau de ressources.

Le second document³ est le rapport rédigé par le Ministère des solidarités et de la santé sur l'expérimentation des maisons de naissances et publié en janvier 2020 à destination du Parlement, comme prévu par la loi du 6 décembre 2013.



© GETTY IMAGES

Outre la reprise des données du rapport de l'INSERM, ce rapport aborde deux autres thématiques importantes à partir des éléments transmis par les différentes Agences Régionales de Santé (ARS) :

• **La fréquence de survenue des événements indésirables**

Il est noté qu'une politique de gestion des risques est installée dans ces structures. En 2017, il était déclaré 10 événements indésirables qui ont tous bénéficié d'une analyse détaillée et chaque fois que nécessaire des ajustements des organisations et/ou des pratiques pour améliorer le niveau de sécurité des prises en charge.

À noter que le nombre de déclarations en 2018 a baissé à 3.

• **Une approche médico-économique**

Les MDN ont pu fonctionner grâce aux enveloppes financières attribuées au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Cet accompagnement financier a permis le lancement de l'expérimentation.

L'évaluation des comptes de résultat montre que le FIR représente une part prédominante des recettes (plus de 75 %), alors que la part des produits relevant de l'activité reste de fait minoritaire. Ce constat amène les rédacteurs du rapport à proposer

de repenser les modalités de financement de ces structures en cas de pérennisation du dispositif.

En conclusion, ce rapport retenait que :

- la France est un des pays les plus en retard pour ce qui concerne le déploiement de ce type de structure (la première « maison de naissance », comparable à celles constituées en France, a ouvert ses portes à New York en 1975). Il en existe aujourd'hui près de 150 aux États-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne et 25 en Suisse ;
- cette expérimentation a également confirmé qu'un nombre non négligeable de femmes françaises était prêt à recourir à ce mode d'organisation ;
- le coût d'un accouchement en MDN n'était pas supérieur à un accouchement en maternité et représente une alternative crédible à ce type de prise en charge.



➤ **Les maisons de naissance dans l'avenir...**

Ce même rapport propose un déploiement proportionné et encadré.

• **Un déploiement proportionné**

- La demande française pour ce mode d'accouchement est encore assez limitée, il est donc important d'accompagner la pérennisation et le déploiement de ces structures selon un mode très progressif dans les années à venir.

- S'agissant d'une activité à risques, les enjeux de sécurité doivent être pris en compte avant de transformer définitivement l'essai et d'envisager un plus large déploiement.

- Enfin, le critère financier doit être pris en compte, car le FIR ne pourra pas soutenir à l'infini le déploiement de nouvelles structures. Il conviendra de trouver les solutions pour garantir une soutenabilité économique.

• **Un déploiement encadré**

Deux décrets et un arrêté sont parus au Journal Officiel en 2021 :

- décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021⁴ relatif aux maisons de naissances ;
- décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021⁵ relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissances ;
- arrêté du 22 décembre 2021⁶ fixant le contenu du dossier de demande de création des maisons de naissances, la composition de leur charte de fonctionnement ainsi que le contenu de leur rapport d'activité annuel.

➤ **Points importants de ce nouveau cadre réglementaire**

En préambule, il convient de préciser que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 avait déjà inscrit la pérennisation et le développement des maisons de naissances. L'objectif était d'atteindre progressivement 20 structures à fin 2022, soit 12 MDN supplémentaires.

• **Le décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021**

Ce décret précise les conditions de création d'une MDN et les principes généraux de leur fonctionnement :

- **leurs missions** : surveillance de la grossesse, préparation à l'accouchement et la parentalité, l'accouchement et les soins postnataux. Ce texte précise que la sélection des femmes enceintes doit respecter strictement les recommandations de bonnes pratiques édictées par la HAS en 2014. De plus, chaque femme suivie doit recevoir une information sur le fonctionnement de la MDN ;
- **les relations avec l'établissement de santé partenaire** : doivent être formalisées dans une convention qui engage les deux parties. Cette convention prévoit notamment les modalités concernant la réorientation des femmes présentant un niveau de risques incompatible avec un accouchement en MDN,

les conditions de transfert de la femme et/ou du nouveau-né par un accès direct à la maternité, la transmission sécurisée des informations médicales, la réalisation de la consultation pré-anesthésique. Ce document doit être transmis à l'ARS ;

- **la procédure d'autorisation et le suivi d'activités** : les nouvelles candidatures doivent constituer un dossier de demande d'autorisation (le contenu de ces dossiers est précisé dans l'article 1 de l'arrêté du 22 décembre 2021) et les MDN déjà existantes doivent la renouveler. Chaque structure ayant obtenu cette autorisation devra rendre à l'ARS un rapport d'activité annuel. Comprenant deux volets, les indicateurs attendus, techniques (volet 1) et médicaux (volet 2), sont précisés dans les annexes 1 et 2 de l'arrêté du 22 décembre 2021.

• **Décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021**

Ce décret précise les conditions techniques pour faire fonctionner les maisons de naissance :

- **les locaux** doivent être adaptés et de dimension suffisante pour l'accueil des femmes enceintes, leur prise en charge et les actions de soutien à la parentalité ;
- la MDN doit disposer de **procédures d'hygiène** aux normes en vigueur ;
- **le niveau d'équipement** doit permettre des prises en charge sécurisées, avec notamment un matériel permettant les transferts allongés, ainsi qu'un chariot d'urgence adapté aux différentes complications potentielles ;
- la MDN doit disposer d'une **charte de fonctionnement** dont le contenu est précisé dans l'article 2 de l'arrêté du 22 décembre 2021 ;
- les sages-femmes exerçant au sein des MDN doivent avoir une **expérience minimale d'accouchement** de deux années ;
- les effectifs seront en **nombre suffisant pour intervenir** toute l'année dans un délai compatible avec les conditions de prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Lors des accouchements, la présence d'une seconde sage-femme doit être garantie ;
- la MDN doit avoir un **plan de formation continue** adaptée à leurs pratiques, et notamment en matière de gestion des urgences maternelles, fœtales ou pédiatriques néonatales.
- les professionnels de santé intervenant en MDN doivent s'inscrire dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. ■

RÉFÉRENCES

1. Cahier des charges de l'expérimentation « Maisons de naissance » - HAS - septembre 2017.
2. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France - novembre 2019.
3. Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance - Ministère des solidarités et de la santé - janvier 2020.
4. Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance.
5. Décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance.
6. Arrêté du 22 décembre 2021 fixant le contenu du dossier de demande de création des maisons de naissance, la composition de leur charte de fonctionnement ainsi que le contenu de leur rapport d'activité annuel.



Couverture invalidité-décès des médecins

Vous êtes médecin : quels seront vos revenus en cas d'arrêt de travail, temporaire ou définitif, si vous ne pouvez plus exercer votre profession du fait d'un problème de santé ?

CENTRE D'INFORMATION DES PROFESSIONS DE SANTÉ (CIPS), MACSF

En tant que professionnel de santé, vous touchez des Bénéfices Non Commerciaux (BNC), qui recouvrent votre bénéfice net ainsi que vos charges fixes (loyer, salaire d'un employé...) et vos charges variables (cotisations sociales).

- Si votre arrêt de travail est temporaire, il s'agit d'une **incapacité de travail**.

- Si cet arrêt est définitif, vous ne pourrez alors pas reprendre l'exercice de votre profession, on parle alors d'**invalidité**. Celle-ci peut être totale ou partielle.

Dans ces deux hypothèses, la CPAM et la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) vont vous verser des indemnités journalières et/ou une rente d'invalidité.

Pour l'année 2021, vous cotisez à la **CARMF** en fonction de vos revenus :

- classe A (revenus inférieurs à 41 136 €)
> cotisation : 631 €
- classe B (revenus compris entre 41 136 € et 123 408 €) > cotisation : 738 €
- classe C (revenus supérieurs à 123 408 €)
> cotisation : 863 €

Vous cotisez également 0,30 % de vos BNC à l'URSSAF pour la prise en charge par la CPAM (avec un maximum de 370 €/an).

ATTENTION

Ces prestations ne sont toutefois pas suffisantes et un plan de prévoyance est recommandé pour compléter vos revenus et pour régler vos charges. ■



© ADOBE STOCK

COUVERTURE INVALIDITÉ DÉCÈS DES MÉDECINS EN 2022



1

PRESTATIONS VERSÉES EN CAS D'INCAPACITÉ
Arrêt de travail temporaire (durée maximum 3 ans)

Pendant



AUCUNE
PRESTATION



Versement d'IJ :
50%
du revenu
d'activité

Minimum :
22 € /jour
Maximum :
169 € /jour

CPAM

A partir du



Durée maximum 3 ans (- 90 jours)
PAR JOUR ET À TAUX PLEIN

cl A **69 € /jour**
cl B **103,50 € /jour**
cl C **138 € /jour**

CARMF



2 PRESTATIONS VERSÉES EN CAS D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Jusqu'à la retraite



cl A **16 128 € / an**
(1 344 € / mois)

cl B **20 160 € / an**
(1 680 € / mois)

cl C **26 880 € / an**
(2 240 € / mois)



Majoration



35% si vous êtes marié(e) depuis au moins 2 ans et si votre conjoint a des ressources inférieures à **21 985,60 € / mois**

cl A **5 644,80 € / an**

cl B **7 056 € / an**

cl C **9 408 € / an**

- **35%** si vous avez besoin d'assistance par une tierce personne.
- **10%** si vous avez au moins 3 enfants.

Rente



Rente forfaitaire de **7 488 € / an** à chaque enfant.

3 EN CAS DE DÉCÈS

Rente



- De survie au conjoint de moins de 60 ans et marié depuis au moins 2 ans : de **7 200 €** à **14 400 € / an**
Majoration **10%** si 3 enfants (issus de l'union avec le médecin).
- D'éducation aux enfants à charge : de **8 480 € / an** et par enfant ou de **10 560 € / an** s'il est orphelin de père et de mère, jusqu'à l'âge de 21 ans (25 ans s'il poursuit ses études).

Capital décès



60 000 €

- au conjoint marié,
- à défaut aux enfants de moins de 21 ans et/ou majeurs infirmes à la charge du défunt,
- à défaut aux parents qui étaient à la charge du médecin avant son décès.



Embolie gazeuse lors d'une ablation de fibrillation auriculaire

Nous vous présentons une affaire ayant donné lieu à une saisine de la CCI, suite au décès d'un patient victime d'une embolie gazeuse. Ce cas clinique permet de rappeler l'importance des protocoles et du partage de responsabilité avec le personnel paramédical.

DR CÉDRIC GAULTIER, CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL, MÉDECIN CONSEIL MACSF



© ADOBE STOCK

➤ Décès lors d'une reprise d'ablation de fibrillation auriculaire

Il s'agit d'un patient de 59 ans ayant un antécédent d'une première ablation de Fibrillation Auriculaire (FA). En raison d'une rechute de FA très symptomatique, il sera revu par notre confrère rythmologue, lequel proposera une reprise d'ablation laissant un délai de réflexion de 2 mois. Un document d'information sera également remis au patient.

La procédure a montré qu'il y avait une reconnexion complète de la veine pulmonaire supérieure gauche, qui a été déconnectée par des tirs, complétée par une ligne de toit pour éviter que ne se produise un flutter gauche, puis enfin des tirs sur la partie basse du septum et sur le sinus coronaire.

Le patient a présenté un arrêt cardiaque avec plusieurs épisodes de fibrillation ventriculaire qui ont été choqués.

Devant l'apparition d'un sus-décalage inférieur, il sera réalisé une coronarographie en urgence qui met en évidence la présence de bulles d'air dans la coronaire droite, par vraisemblable embolie gazeuse.

L'analyse rétrospective du matériel va faire retenir une responsabilité des deux gaines qui étaient dans l'oreillette gauche et irriguées en permanence. Les poches de sérum physiologique semi-rigide, placées dans une manchette à pression, contenaient à la base une vingtaine de millilitres d'air qui sont passés en fin de perfusion.

Malgré une réanimation intensive et prolongée, le patient décédera le jour même.

La famille va alors saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI).

➤ **Une expertise qui conclut à une embolie gazeuse fautive**
L'indication d'ablation de cette fibrillation par radiofréquence était justifiée et le patient avait bénéficié d'une information complète sur les risques de cette intervention qu'il connaissait déjà.

La procédure interventionnelle n'a pas été conforme. Le patient a été victime d'une embolie gazeuse liée à l'injection accidentelle de 2 x 30 cc d'air par les gaines de cathétérisme transeptal. Il s'agit en l'espèce d'une complication fautive qui ne doit pas arriver au décours d'une telle intervention et qui pouvait être évitée en s'assurant de la purge parfaite des gaines placées dans l'oreillette gauche, conformément aux recommandations.

La réparation des préjudices incombe aux deux rythmologues à hauteur de 60 %, ainsi qu'à la clinique, employeur du personnel paramédical, à hauteur de 40 %.

L'embolie gazeuse, dans les coronaires et probablement dans d'autres territoires lors d'une procédure d'ablation de fibrillation auriculaire, est un accident exceptionnel.

Il rappelle l'impérieuse nécessité de toutes les mesures de prévention lors du cathétérisme de tous secteurs vasculaires, que ce soit en cardiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle et rythmologie.

Chaque praticien doit veiller personnellement à toutes les mesures évitant la présence de bulles ou de thrombus dans les cathéters.

Cela passe par son action personnelle durant la procédure, comme une réflexion concernant le protocole de préparation du matériel par le personnel paramédical, ainsi que la surveillance des dispositifs en dehors de son champ de vision.

Concernant les procédures d'ablation de fibrillation auriculaire, il existe plusieurs méthodes de purge des gaines : seringue électrique, poche de perfusion sous pression avec ou sans piège à bulles.

Dans cette affaire, plusieurs dysfonctionnements ont participé à la survenue de la complication.

1. Dans le protocole, les poches de sérum physiologique étaient initialement des poches souples, contenant très peu d'air.

En raison du manque temporaire de disponibilité de ces poches dans l'établissement, celles-ci ont été remplacées par des poches semi-rigides contenant une quantité d'air plus importante.

Devant cette constatation, le personnel paramédical aurait dû, avant de mettre ces poches semi-rigides sous pression, évacuer la quantité d'air présente dans la poche, tel que le recommande la bonne pratique infirmière : procédure de purge à l'envers pour chasser la totalité de l'air de la poche et remplir la chambre de compte-gouttes avec une poche retournée.

2. D'autre part, durant cette procédure qui a été un peu plus longue que la moyenne, le personnel paramédical aurait dû veiller à la vitesse d'écoulement dans la tubulure, ainsi qu'au niveau de remplissage des poches sous pression durant la procédure et idéalement changer la poche avant la fin de celle-ci.

Les rythmologues, concentrés sur la procédure interventionnelle (navigation, délivrance de tirs, surveillance de l'électrocardiogramme), ne peuvent pas matériellement veiller à cela, d'autant plus que les poches sont souvent situées derrière les champs.

➤ Quels enseignements tirer de cette affaire ?

Ce cas clinique exceptionnel est l'occasion d'entamer une réflexion pour l'ensemble des équipes de cardiologie et radiologie vasculaire interventionnelle, concernant les protocoles de préparation du matériel et la surveillance.

Tout doit être mis en œuvre pour revisiter chaque étape du protocole.

S'il existe une carence d'un matériel, cela doit être l'occasion d'une concertation entre personnel paramédical et médecin pour définir la substitution par un autre procédé.

Il doit être envisagée également toutes les étapes de surveillance per procédurale.

Cette réflexion ne doit pas se limiter au service de rythmologie interventionnelle.

La cardiologie interventionnelle, notamment sur les techniques de Rotablator, fermeture de CIA, FOP et auricules, peut être amenée à utiliser un système de purge avec poche sous pression.

Il doit en être de même dans le service de réanimation sur les cathéters artériels ou veineux centraux. ■



« CHAQUE PRATICIEN DOIT VEILLER PERSONNELLEMENT À TOUTES LES MESURES ÉVITANT LA PRÉSENCE DE BULLES OU DE THROMBUS DANS LES CATHÉTERS. »

© BSP

Méningite : une urgence médicale rare mais toujours possible en médecine de ville

Nous vous présentons un cas de méningite à purpura fulminans non diagnostiquée par un médecin généraliste. L'occasion de rappeler l'importance de l'examen neurologique et de l'examen clinique, en faisant déshabiller le patient !

DR CAROLE GERSON, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN CONSEIL MACSF

➤ Fièvre, céphalées, vomissements : exclure une méningite

En fin de matinée alors qu'elle est sur son lieu de travail, Madame X., 53 ans, appelle son mari lui expliquant ne pas se sentir bien, avoir des nausées et mal partout.

Vers 17 h 30 quand celui-ci rentrera d'un déplacement en province, il la trouvera alitée dans l'obscurité, s'exprimant avec difficulté et se plaignant en plus de céphalées et d'être fébrile. Il contactera alors la maison de garde demandant la visite à domicile d'un médecin... Appel qui sera transmis à notre sociétaire qui parviendra sur les lieux une heure plus tard.

D'emblée, notre sociétaire se heurtera à des conditions d'examen difficiles : les réponses aux questions posées seront données par le mari, qui ne laissera pas à son épouse le temps de s'exprimer, l'examen de la patiente en position demi-assise dans son lit ne permettra qu'une auscultation cardiopulmonaire et un examen abdominal.

Au terme de cet examen, ne retrouvant qu'une douleur à la palpation de la région épigastrique, notre sociétaire conclura à une probable gastro-entérite, conseillera le repos et une surveillance à domicile, une ordonnance comportant un antiémétique et un antipyrétique étant remise.

Peu après la visite de notre sociétaire, le mari ira donc chercher les médicaments

à la pharmacie. La première prise, vers 19 h 30, de Vogalène® et de paracétamol sera suivie de vomissements et la seconde sera administrée 4 heures plus tard.

Minuit passé, le mari sera réveillé par les gémissements de sa femme. Il découvrira alors, en relevant ses draps, l'existence de taches qu'il décrira au SAMU aussitôt contacté « *comme des petits points noirs qui apparaissent comme des bleus au niveau des cuisses, des genoux, un peu partout* ».

Malgré la description par le mari de l'impossibilité de bouger, de parler de sa femme et

de son essoufflement, le régulateur décidera de l'envoi d'un transport non médicalisé.

Arrivés sur les lieux 45 minutes plus tard et constatant une tension imprenable, les ambulanciers rappelleront le SAMU qui cette fois dépêchera un véhicule du SMUR.

45 minutes plus tard encore, le diagnostic de purpura fulminans sera posé, une injection de céphalosporine de 3^e génération et de corticoïdes administrée et un transfert en réanimation demandé, la patiente étant en état de choc avec un Glasgow à 14.

« L'EXPERT N'OMET PAS DE RAPPELER QUE "TOUTE CÉPHALÉE FÉBRILE DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UNE MÉNINGITE JUSQU'À PREUVE DU CONTRAIRE." »



Le lendemain matin, elle décédera des suites de cette méningite à méningocoque B.

Comme on pouvait s'y attendre, le mari devenu veuf engagera une procédure et comme on pouvait s'y attendre, la responsabilité de notre sociétaire, comme celle du SAMU, sera affirmée par les experts.

➤ Une responsabilité partagée entre le généraliste et le SAMU

- À notre sociétaire médecin généraliste, il sera reproché, alors que le motif d'appel rapportait la triade « fièvre, céphalées et vomissements », de ne pas avoir vérifié la température de la patiente, de ne pas l'avoir déshabillée et de ne pas avoir réalisé d'examen neurologique, l'expert n'omettant pas de rappeler que « toute céphalée fébrile doit être considérée comme une méningite jusqu'à preuve du contraire ». Ce que ni notre sociétaire ni le médecin conseil ne pourront de fait contester.

- La responsabilité du SAMU sera également reconnue, mais dans une moindre mesure au vu d'un retard de prise en charge limité à une heure. Ce, pour ne pas avoir immédiatement décidé de l'envoi d'un véhicule médicalisé devant la description faite des éléments potentiellement purpuriques, l'écoute des enregistrements de l'appel de l'époux attestant en plus de la gravité de la situation, la polypnée de la patiente étant parfaitement audible.

Après avoir rappelé que tout retard horaire dans ce type de méningite était à l'origine d'une perte de chance de survie de 10 %, l'expert conclura à une perte de chance de survie de 94 % dont 90 % imputable au médecin généraliste et 10 % au SAMU.

➤ Quels enseignements tirer de cette affaire ?

Dans cette affaire, la défense de notre sociétaire s'est révélée impossible au vu d'un tableau d'emblée évocateur qui imposait effectivement d'évoquer l'hypothèse d'une méningite à son début et de chercher à l'infirmier ou l'affirmer par un examen exhaustif en dépit des conditions rapportées comme non idéales.

Ce qui nous donne d'ailleurs l'occasion de rappeler à nos sociétaires généralistes, urgentistes ou pas, quelques règles importantes :

- procéder à un examen neurologique attentif et déshabiller les patients présentant des céphalées dans le contexte d'une fièvre, à la recherche de principe d'une éruption ou d'éléments purpuriques, ce, même si à domicile l'exercice est très souvent rendu difficile ;
- consigner cet examen et l'horodater dans un cahier de visite, voire le rapporter plus tard dans le dossier informatisé du patient, ce, même si évidemment cette pratique est fastidieuse et chronophage.

« LE RÉGULATEUR DÉCIDE DE L'ENVOI D'UN TRANSPORT NON MÉDICALISÉ. »

Car en cas d'évolution défavorable sur le plan médical puis médico-légal, il leur faudra prouver la normalité de l'examen clinique et des paramètres vitaux au moment de cette visite à domicile, ce que souvent plus tard le patient ou sa famille contesteront, faute de quoi leur responsabilité risquera d'être reconnue par des experts parfois peu compréhensifs car n'ayant jamais connu d'autre exercice que celui de la consultation en établissement hospitalier.

Rappelons de plus que, si en France¹ les infections invasives à méningocoques (dont la majorité est liée aux sérogroupes B [40-50 % des cas], C [20-30 %], W [10-15 %], Y [10-15 %]) ne sont pas légion (environ 500 cas par an), leur incidence reste stable et elles restent responsables de 50 à 60 décès par an en France.

Depuis la mise en place de l'obligation vaccinale chez tous les enfants nés à partir de 2018 (2 doses à 5 mois et 12 mois), on a pu observer, une diminution de l'incidence du séro groupe C, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants (9,14/100 000 avant l'âge de 1 an en 2019), ce qui a eu aussi pour effet de diminuer aussi leur incidence dans la population

adulte non vaccinée (notamment dans les tranches les 5-14 ans et 15-24 ans).

Précisons que cette vaccination reste recommandée chez l'adulte jusqu'à l'âge de 24 ans et que d'autres vaccins contre le méningocoque de séro groupe B ou les infections de séro groupe A, C, W, Y (vaccins tétravalents ACWY) sont recommandés chez certains patients immuno-déprimés ou particulièrement exposés à ce risque.

Enfin, même si à ce jour nous n'avons pas connaissance qu'un généraliste ait pu voir sa responsabilité reconnue pour ce motif, nous nous devons de rappeler que la possibilité d'être confronté à domicile à un purpura fulminans, aussi exceptionnelle soit elle, imposerait d'avoir de la ceftriaxone dans la trousse médicale d'urgence...

En effet, le Conseil supérieur d'Hygiène Publique précise dans un avis² :

« En dehors du milieu hospitalier, tout malade présentant des signes infectieux et à l'examen clinique, lorsqu'il a été totalement dénudé, un purpura comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un traitement antibiotique approprié aux infections à méningocoques, administrée si possible par voie intraveineuse, sinon par voie intramusculaire, et ce quel que soit l'état hémodynamique du patient... en utilisant soit la Ceftriaxone par voie IV ou IM soit la Cefotaxime (SAMU, SMUR). Le malade doit être transféré d'urgence à l'hôpital.

L'intervention d'une équipe médicalisée expérimentée (SMUR) est justifiée sous réserve que son délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes. Dans tous les cas, les urgences de l'hôpital doivent être alertées de l'arrivée d'un cas suspect de purpura fulminans, afin que son accueil puisse être préparé ». ■

RÉFÉRENCES

1. Infections invasives à méningocoque - Santé publique France.
2. Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - 10 mars 2000.



Oui,
votre responsabilité
civile professionnelle
doit aussi vous

protéger

**dans vos nouvelles
pratiques**



Ensemble, prenons soin de demain

