

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2014-2018

Repérage, orientation et prise en charge
du tabagisme au sein de l'hôpital femme-
enfant-adolescent du CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

LAVARDURE Camille

Née le 27 mars 1994

Directrice de mémoire : Docteur Yolande CAROIT



*Entrée de la maternité
 Hôpital femme-enfant-adolescent
 CHU de Nantes*



Remerciements

A Madame C. Monard, sage-femme tabacologue, pour son soutien sans faille
tout au long de ce projet.

A Madame C. Ferrand, sage-femme enseignante, pour ses nombreuses
relectures.

A Madame Y. Caroit, gynécologue obstétricienne addictologue, pour ses
conseils avisés.

A Madame S. Brosseau, sage-femme de consultation, pour ses réponses et
ses explications.

A Madame V. Brillouet, secrétaire des consultations d'obstétrique pour son
aide.

Aux sages-femmes coordonnatrices des services de grossesses à haut
risque, de consultation, de suites de couches et à Monsieur Barrière.

A tous les soignants ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents, pour leur soutien et leur patience.

A mes amis de promotion, pour nos années d'études qui resteront de
superbes souvenirs.

Abréviations

GHR : Grossesses à Haut Risque

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

FIV : Fécondation In Vitro

UGOMPS : Unité de Gynéco-Obstétrique Médico-psycho-sociale

SIG : Suivi Intensif de Grossesse

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

HOME : Hospitalisation Mère-Enfant, service du centre nantais de la parentalité.

CO : Monoxyde de carbone

UCT : Unité de Coordination en Tabacologie

CLOPT : Comité Local de Prévention du Tabagisme

TSN : Traitement de Substitut Nicotinique

HAS : Haute Autorité de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Santé Publique France depuis 2016)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

GEGA : Groupe d'Etudes Grossesse et Addictions

ARS : Agence Régionale de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

SA : Semaine d'Aménorrhée

PPM : Particules de monoxyde de carbone par million de particules d'air

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

Sommaire

Introduction.....	1
I. Généralités.....	3
A. Physiopathologie et effets du tabac.....	3
B. La dépendance au tabac.....	4
C. Recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'arrêt de la consommation de tabac	5
1. Pré-requis.....	6
2. Qui doit dépister ?.....	6
3. Qui dépister ?.....	6
4. Comment dépister ?.....	6
5. Conseil d'arrêt.....	8
6. Evaluation de la consommation et de la dépendance.....	8
7. Evaluer la motivation à l'arrêt.....	9
a) Intérêt de la mesure du monoxyde de carbone [CO] expiré.....	9
8. Prise en charge de première intention.....	11
9. Traitements nicotiques de substitution	12
a) Formes transdermiques : timbres (ou patches).....	15
b) Formes à action rapide et absorption buccale (formes orales)	15
(1) Gommages à mâcher.....	15
(2) Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux.....	15
(3) Inhalateurs	15
(4) Sprays buccaux.....	16
10. Autres traitements et méthodes	16
a) Varénicline et bupropion.....	16
b) Activité physique, acupuncture, hypnothérapie	16
11. Allaitement	17
D. A l'échelle de la maternité du CHU de Nantes	18
1. « Maternité sans tabac ».....	18
2. Unité de coordination en tabacologie (UCT)	19
3. La consultation de tabacologie.....	19
II. Etude de la mise en application pratique des recommandations à la maternité du CHU de Nantes.	22
A. Présentation de l'étude	22
1. Objectifs et hypothèses.....	22

a)	Objectif initial	22
b)	Objectifs secondaires	22
c)	Objectif final	22
d)	Hypothèses	22
2.	Méthodologie	23
a)	Projet initial.....	23
b)	Projet secondaire	23
3.	Difficultés rencontrées.....	24
a)	Etude de dossiers.....	24
b)	Questionnaires	24
4.	Biais et limites	25
B.	Résultats	25
1.	Service des consultations / UGOMPS.....	25
a)	D'après les questionnaires.....	25
(1)	Visibilité.....	25
(2)	Repérage.....	26
(a)	Ouverture du dossier	26
(b)	Consultation médicale d'inscription et d'orientation	26
(c)	Entretien prénatal précoce	27
(d)	Auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités	27
(3)	Prise en charge initiale	28
(4)	Orientation	28
(5)	Traçabilité.....	29
(6)	Testeurs CO	29
(7)	Prescription de substituts nicotiniques.....	29
(8)	Formation	29
b)	Parcours de Madame M (Dossier 1)	30
(1)	Repérage - Orientation.....	30
(2)	Prise en charge	30
(3)	Traçabilité.....	31
c)	Parcours de Madame L (Dossier 2).....	32
(1)	Traçabilité.....	32
(2)	Repérage - Orientation	32
(3)	Prise en charge	32
2.	Service de grossesses à haut risque (GHR)	34
a)	D'après les questionnaires.....	34
(1)	Repérage.....	34
(2)	Traçabilité.....	35

(3)	Orientation	35
(4)	Testeurs CO	36
(5)	Prescription TSN	36
(6)	Formation	36
b)	Parcours de Madame R (Dossier 3)	36
(1)	Repérage.....	36
(2)	Traçabilité.....	36
(3)	Orientation.....	37
(4)	Prise en charge	37
c)	Parcours de Madame G (Dossier 4)	38
(1)	Traçabilité.....	39
(2)	Repérage-Orientation.....	39
(3)	Prise en charge	39
3.	Service des suites de couches	41
a)	D'après les questionnaires.....	41
(1)	Visibilité.....	41
(2)	Repérage.....	41
(3)	Orientation	41
(4)	Traçabilité.....	41
(5)	Testeurs CO	42
(6)	Formation	42
(7)	Prise en charge spécialisée	42
b)	Parcours de Madame M (Dossier 5)	42
(1)	Traçabilité.....	42
(2)	Repérage-orientation	43
(3)	Prise en charge	43
4.	Service d'assistance médicale à la procréation (AMP).....	46
a)	D'après les questionnaires.....	46
(1)	Repérage.....	46
(2)	Orientation.....	47
(3)	Traçabilité.....	47
(4)	Testeurs CO	47
(5)	Prescription de TSN	47
b)	Parcours de Madame M (dossiers 6).....	48
(1)	Repérage-Orientation.....	48
(2)	Prise en charge	48

III. Discussion 52

A. Visibilité 52

1.	Visibilité extra hospitalière.....	52
2.	Visibilité intra hospitalière	52
B.	Repérage	54
1.	Auto-questionnaire de repérage.....	54
2.	Consultation d'inscription et d'orientation.....	55
3.	Repérage selon les parcours de soins.....	55
C.	Traçabilité	56
1.	Dossier informatisé.....	56
2.	Cahier d'identification.....	57
3.	Dossier papier	57
a)	Transmissions Suites de Couches.....	57
b)	Lettre de liaison	58
c)	Synthèse d'entrée.....	58
4.	Traçabilité selon les parcours de soins	59
D.	Orientation.....	60
E.	Prise en charge initiale	61
F.	Testeurs CO.....	63
G.	Prescription de TSN.....	64
H.	Formations.....	65
I.	Autres engagements de l'établissement.....	66
	Conclusion.....	68

Bibliographie

Annexes I à XVI

Introduction

Cela fait près de quarante ans que les décisionnaires français se sont emparés de la problématique du tabac. Ainsi, le tabagisme et ses conséquences sont de mieux en mieux connus par la population française. Pourtant, c'est en France que l'on dénombre la plus grande proportion de femmes enceintes fumeuses et le tabac reste toujours le premier déterminant de santé dans notre pays. Selon les derniers résultats du Baromètre Cancer 2015, la prévalence du tabagisme quotidien était de 28,8% (hommes : 32,5%, femmes : 25,4%, $p < 0,001$), et celle du tabagisme occasionnel de 5,7%. Dans l'ensemble, la part d'ex-fumeurs était stable à 30,4 %. **[1]**

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. En 2013, dernière année de mortalité disponible, il est estimé que plus de 73 000 décès étaient imputables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13 % des décès enregistrés en France métropolitaine la même année. Entre 2000 et 2013, si le nombre de décès attribuables au tabac a légèrement diminué pour les hommes, il a en revanche été multiplié par deux dans la population féminine, passant d'environ 8 000 décès en 2000 (3,1 % de tous les décès chez la femme) à plus de 17 000 décès en 2013 (6,3 % de tous les décès). **[1]**

D'après le Baromètre Santé INPES 2016, 17.8 % femmes enceintes fument toujours au troisième trimestre de leur grossesse. Ce taux ne décroît plus depuis 2014 et est le plus élevé d'Europe **[2]**. L'alarmante épidémie du tabagisme féminin entraîne un nombre de plus en plus grand de complications gynéco-obstétricales et pédiatriques. Le tabac transforme toute grossesse en grossesse à risque et il est la première cause évitable de l'ensemble des complications périnatales. Ainsi, la consommation de tabac pendant la grossesse représente un enjeu de santé publique majeur.

La loi Veil du 9 juillet 1976¹ est le premier grand texte visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme. La loi Évin² du 10 janvier 1991, relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, permet de modifier en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme et provoque une diminution de la consommation. Elle renforce

¹ Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Elle s'attaque principalement à la publicité, prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes.

² Le décret du 15 novembre 2006 modifie la loi Évin et étend l'interdiction de fumer aux établissements de santé. (Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme)

considérablement le dispositif législatif. Le tabac devient alors un produit socialement « incorrect » contre lequel l'ensemble de la société doit lutter [3]. Cette lutte contre le tabagisme se poursuit et s'illustre notamment dans le Plan Cancer 2003-2007, avec sa 10^e mesure ciblée sur les femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage). En faveur de l'aide au sevrage, le Plan Cancer 2009-2013 a permis une hausse du remboursement des traitements de substitution nicotinique et la formation des professionnels de santé, pour une mobilisation plus large dans la lutte contre le tabac. L'année 2016 a été cruciale, montrant l'aboutissement de la volonté politique de Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, d'agir sur le premier déterminant de santé en France. Après avoir lancé un Programme National de Réduction du Tabagisme en septembre 2014 (Plan Cancer 2014-2019 : objectif 10) et imposé le paquet neutre dans sa loi de modernisation du système de santé, elle a souhaité, à l'instar de ce que font avec beaucoup de succès les Anglais, avec la campagne annuelle Stoptober (Stop Tobacco in October), inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant un mois. Quand on arrête de fumer pendant tout un mois, on a cinq fois plus de chance d'arrêter de fumer de manière durable (en France c'est le « Moi(s) sans tabac » en novembre). [1]

Dans ses dernières recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité de Santé recommande que tous les professionnels de santé en contact avec la population, s'impliquent dans l'aide à l'arrêt du tabac [4]. Concernant les sages-femmes, depuis 2005, elles peuvent prescrire à leurs patientes des traitements de substitution nicotinique. Plus récemment, ce droit de prescription s'est étendu à l'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte. Mais la prise en charge du sevrage tabagique ne se limite pas à la prescription de ces traitements. [5]

Nous nous sommes donc intéressés aux recommandations actuelles de repérage, d'orientation et de prise en charge des patientes fumeuses. Puis, nous nous sommes interrogés sur la mise en application pratique de ces recommandations, au sein de la maternité de Nantes. Pour se faire, nous avons étudié les parcours de six patientes fumeuses, prises en charge dans les services de consultations, de Grossesses à Haut Risque, de suites de couches et d'Assistance Médicale à la Procréation, à travers l'analyse de leurs dossiers médicaux. En complément, nous avons interrogé les sages-femmes coordonnatrices et certains soignants de ces services (sages-femmes, obstétriciens et endocrinologue), par questionnaires, sur leur prise en charge des femmes tabagiques.

I. Généralités

A. Physiopathologie et effets du tabac

Que ce soit avant, pendant ou après une grossesse, les produits de combustion du tabac ont des répercussions négatives, y compris lors du tabagisme passif. La fumée de cigarette comprend plus de 4 000 composés parmi lesquels le monoxyde de carbone, la nicotine, les hydrocarbures poly-aromatiques et les métaux lourds, dont le cadmium, sont susceptibles d'interférer avec la possibilité de concevoir un enfant (baisse de la fertilité, grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée) et le déroulement normal de la grossesse (prématurité, hématome rétro-placentaire, placenta bas inséré, rupture prématurée des membranes). [6]

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz polluant lié à la combustion du tabac avec une quantité d'oxygène insuffisante : c'est une combustion incomplète. Il est inodore et incolore. Il est particulièrement toxique et représente 2 à 5,5 % des gaz de la fumée de cigarette selon que l'on tire plus ou moins fort sur la cigarette et que l'on inhale plus ou moins profondément la fumée. Dans la circulation sanguine, il se substitue à l'oxygène avec une affinité 250 fois supérieure sur l'hémoglobine (transformation en carboxyhémoglobine). Les différents organes dont le muscle cardiaque, voient leurs fonctionnements perturbés quand l'oxygène est remplacé par le monoxyde de carbone, selon un phénomène d'hypoxie.

L'intoxication fœtale s'explique par le passage de ce gaz à travers le placenta. Elle serait liée à deux phénomènes :

-vasoconstriction utérine et placentaire induite par les pics de nicotine et/ou les substances oxydantes de la fumée de cigarette. La nicotine étant responsable d'une augmentation de la production des catécholamines dans l'organisme.

-l'augmentation de la carboxyhémoglobine fœtale ayant un effet d'hypoxie. [7]

Le fœtus concentre un taux de monoxyde de carbone supérieur à celui de sa mère et plus longtemps, car son affinité pour l'hémoglobine fœtale est plus importante et sa demi-vie est plus grande. Les risques de complications gravidiques et d'hypoxie fœtale sont « doses dépendantes » du taux de monoxyde de carbone : retentissement sur le bien-être fœtal global (impacts cardio-vasculaire et respiratoire), retard de croissance intra-utérin, prématurité et mort fœtale in utéro. Plus tard chez le nouveau-né, le

tabagisme subi in utéro, augmente de 2 à 3 fois le risque de mort inattendue du nourrisson. Enfin dans l'enfance, il est particulièrement associé à une augmentation d'infections bronchiques et d'otites. [6]

B. La dépendance au tabac

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique ou d'une catégorie de substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. [8]

La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif : « Craving ») de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psycho-active.

Il a été démontré que la dépendance est le produit de mécanismes adaptatifs du cerveau face à l'action des substances psycho-actives. L'addiction n'est pas due à une absence de volonté mais à une altération des mécanismes d'apprentissage cérébraux. Ils vont influencer les processus de motivation et de prise de décision. Cela explique la difficulté des personnes concernées à contrôler ou à interrompre leurs comportements de consommation.

La nicotine est une substance psycho-active à effet excitant et elle est la principale molécule responsable du pouvoir addictif de la cigarette. En raison d'analogies de structure avec l'acétylcholine, la nicotine se fixe sur ses récepteurs et agit comme agoniste. L'acétylcholine est un neurotransmetteur principalement connu pour assurer la communication entre les neurones et les muscles, qu'ils soient à fonction motrice, cardiaque, respiratoire ou encore digestive, mais il joue également des rôles fondamentaux dans le cycle veille-sommeil. Parmi ses fonctions, l'acétylcholine est aussi connue pour stimuler les neurones du système de récompense. Par agonisme, la nicotine va stimuler les neurones dopaminergiques, engendrant la libération de neurotransmetteurs responsables d'effets immédiats qui constituent le renforcement positif (sensation de plaisir, réponse au stress, soutien moral, régulation de l'appétit, ...). Le besoin constant de retrouver ces effets illustre la dépendance physique à la nicotine. La nicotine passe dans la circulation alvéolo-capillaire et arrive au cerveau en sept à dix secondes, selon les mêmes processus pharmacologiques et comportementaux que les

autres toxicomanies (héroïne, cocaïne, ...). La tolérance est due, en partie, à l'augmentation du nombre des récepteurs à la nicotine disponibles, en lien avec la durée de la consommation. En cas d'abstinence, ces récepteurs sont alors libres, c'est la sensation de manque qui appartient au syndrome de sevrage (dépendance physique). C'est-à-dire qu'en l'absence d'un seuil minimal de nicotémie, le manque est éprouvé avec un besoin impérieux, accompagné d'irritabilité, de nervosité, pensée obsédante et des pulsions irrésistibles à fumer de nouveau (dépendance psychologique). Le métabolisme nicotinique est accéléré pendant la grossesse, ce qui explique une dépendance plus importante au produit. C'est pour limiter ces symptômes qu'une prise en charge par traitements de substituts nicotiques est proposée au patient en cours de sevrage tabagique. [9]

Enfin, il existe surtout une dépendance comportementale, liée à l'individu et à son environnement, où la consommation est associée à des rituels de gestes automatiques, répétitifs et à des moments particuliers de plaisir, de convivialité, de stress et de concentration par exemple. Cette dépendance explique la « peur » du fumeur à arrêter sa consommation. Le changement par l'arrêt et l'apprentissage du maintien nécessitent, le plus souvent, un accompagnement par un spécialiste. [10]

C. Recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'arrêt de la consommation de tabac

Les dernières recommandations disponibles dans la littérature sont celles rédigées par la Haute Autorité de Santé en octobre 2014 [4]. Elles concernent les professionnels de premiers recours et sont classées selon le niveau de preuve, de la manière suivante :

- (A) Preuve scientifique établie
- (B) Présomption scientifique
- (C) Faible niveau de preuve
- (AE) Accord d'experts

1. Pré-requis

Quel que soit l'âge, l'arrêt de la consommation de tabac permet d'obtenir des bénéfices mesurables sur la santé. A n'importe quel moment de la grossesse, cela conduit à des bénéfices pour la mère et l'enfant, d'autant plus importants que l'abstinence est précoce. Le tabagisme passif est nocif, il est recommandé d'informer toutes les personnes sur ses risques. (A)

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme. Durant la grossesse, si l'arrêt complet n'est pas envisageable, il est raisonnable d'accompagner la patiente vers une baisse de sa consommation, dans une démarche de réduction des risques.

2. Qui doit dépister ?

Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac. Ils doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer de manière systématique, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter. (A)

3. Qui dépister ?

Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique lors de l'interrogatoire de la première consultation (identification des facteurs de risque) et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière (A). Il est recommandé de demander au patient s'il est d'accord pour parler de sa consommation de tabac. Il est recommandé de rechercher également le tabagisme de l'entourage direct du patient.

4. Comment dépister ?

Chez la femme en projet de grossesse, il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement la consommation de tabac (A), en interrogeant la femme sur sa consommation de tabac actuelle, celle antérieure au projet de grossesse, puis celle de son entourage. Il est recommandé de fournir aux patients des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant, et sur les bénéfices de l'arrêt de la consommation, notamment sur la fertilité. Les informations devraient

être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.). La Haute Autorité de Santé recommande des documents à proposer aux patients : documents INPES (Ex : « Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt » ; « Les solutions pour arrêter de fumer », « Grossesse et tabac », etc.)

Il est recommandé de connaître le statut tabagique de la femme enceinte à l'issue de la première consultation. Il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel³. Toutefois, il est impératif de choisir un moment opportun durant la consultation pour aborder la question des consommations. Dans un premier temps, il est préférable de créer du lien et d'établir une relation de confiance en axant son échange sur la prise en charge obstétricale. La collaboration soignant-soigné est un pré-requis indispensable pour aborder la question du tabac. La culpabilité, la honte ou la peur du jugement, rendront le déclaratif non fiable lors de l'interrogatoire, et donc aboutiront à une prise en charge inadaptée.

Chez la femme en post-partum, il convient de réévaluer le statut tabagique même si la femme a arrêté de consommer pendant sa grossesse. Cela permettrait aussi de rattraper un défaut de repérage antérieur. Le post-partum est une période particulièrement à risque de rechutes: 80% des femmes qui ont réussi à arrêter pendant leur grossesse, reprennent leur consommation de tabac dans l'année qui suit l'accouchement [4]. Si la patiente est toujours abstinente, le professionnel doit s'inquiéter du confort de la situation. Il est primordial d'informer des risques du tabagisme passif pour le nouveau-né, car la fumée responsable du tabagisme passif est plus toxique que la fumée inhalée. Le tabagisme passif augmente le risque de maladies ORL et broncho-pulmonaires, d'infections, de bronchiolites, d'asthme et de mort inattendue du nourrisson.

Enfin, pour toutes les patientes, il est recommandé de se renseigner :

- sur la consommation d'autres substances psycho-actives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc.,

³ Cette approche graduelle permet d'éviter la stigmatisation et de valoriser la baisse spontanée de consommation, généralement observée à l'annonce de la grossesse. Cette baisse de la consommation peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) pour maintenir un taux de nicotine constant, justifiant la connaissance du statut tabagique antérieur.

- sur l'existence d'addictions comportementales.

La Haute Autorité de Santé propose de se référer à un tableau récapitulatif, issu de l'algorithme « Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac », qui concerne tous les professionnels de premier recours.

(Annexe I et II)

5. Conseil d'arrêt

Le conseil d'arrêt consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Il s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer (A). Il est recommandé de rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter une prise en charge thérapeutique par un professionnel (AE).

Lors de la grossesse, il est alors recommandé que l'entretien dépasse le conseil bref d'arrêt, sans culpabiliser la patiente (B). Il faut toujours avoir en tête qu'une femme qui n'a pas arrêté de fumer alors qu'elle se sait enceinte est une femme en difficulté, qui doit être repérée et orientée vers un professionnel compétent.

Il est recommandé de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer d'une manière claire et personnalisée :

- « Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous voulez. »
- Relier la consommation de tabac : aux symptômes et aux problèmes de santé du patient, y compris les co-morbidités ; aux risques du tabagisme passif pour les enfants et les autres membres du foyer ; aux coûts économiques et sociaux.

6. Evaluation de la consommation et de la dépendance

En population générale, il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions (**Annexe III**). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse (A). Cependant, la grossesse modifie les habitudes tabagiques des patientes, ce test n'a alors que peu de valeur. Il peut être réalisé, mais en se rapportant à la situation d'avant grossesse.

On peut aussi considérer que le patient est dépendant s'il présente des critères spécifiés, comme par exemple, un patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : broncho pneumopathie chronique obstructive, artérite,

cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (ex. : intervention chirurgicale, **grossesse**, etc.).

7. Évaluer la motivation à l'arrêt

La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et Diclemente [11]. Ce modèle explique le passage général des fumeurs, par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- Pré-intention: le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer.
- Intention: il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent.
- Décision: il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'action.
- Action: il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer.
- Maintien/liberté: il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant pour éviter une rechute.

Tout fumeur, quel que soit son stade de motivation, doit bénéficier d'une prise en charge systématique de sa consommation de tabac. Il est recommandé d'adapter son attitude à la motivation et au degré d'ambivalence du patient (C). Pour cela, il est proposé une méthode pour évaluer la motivation à l'arrêt de la consommation du tabac. (**Annexe IV**)

a) Intérêt de la mesure du monoxyde de carbone [CO] expiré

Selon les recommandations, la mesure du monoxyde de carbone expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes. (AE)

Les risques de complications gravidiques et d'hypoxie fœtale sont directement « doses dépendantes » du taux de monoxyde de carbone maternel expiré. Il est éliminé rapidement par l'organisme maternel à l'arrêt du tabac, puisque son taux est nul en 24 heures. Cette mesure permet donc d'apprécier la récupération après sevrage complet. Il évalue aussi l'efficacité d'un arrêt progressif de la consommation en illustrant les efforts faits. Il permet enfin de réaliser l'importance du tabagisme passif.

L'examen proposé évalue la qualité de l'air expiré en mesurant la quantité de monoxyde de carbone.

Son taux est mesuré en particule de monoxyde de carbone par million de particules d'air, selon l'interprétation suivante [12] :

- <6 ppm : taux de CO expiré dans l'air chez le sujet non exposé au CO. « L'appareil montre que vous ne fumez pas et n'êtes pas victime de tabagisme passif ». Dans cette situation, il faut confirmer l'absence de tabagisme ou le maintien d'un sevrage tabagique, avec la patiente. Il faut la féliciter et s'inquiéter du confort du sevrage. Il est recommandé d'orienter la patiente vers un spécialiste si des fragilités sont perçues.

- 6 à 10 ppm : intoxication significative avec risque d'hypoxie fœtale. Exposition au tabagisme passif notable et/ou forte probabilité d'un tabagisme actif léger (si la consultation a lieu le matin). Il est recommandé de noter la valeur dans le dossier médical, d'expliquer sa signification à la patiente, de la prendre en charge ou de l'orienter vers un tabacologue. On peut lui proposer de souffler dans le testeur CO à chaque consultation.

- 11 à 20 ppm : intoxication importante avec risque d'hypoxie fœtale important. Tabagisme actif avéré donc la conduite à tenir est la même que précédemment.

- 21 à 50 ppm : intoxication très importante avec risque d'hypoxie fœtale très important. (35 ppm est le niveau de déclenchement des alarmes à la pollution dans les parkings)

Le testeur de monoxyde de carbone n'est pas une mesure de la dépendance physique à la nicotine. Il est le reflet du degré d'inhalation, donc de l'avidité avec laquelle la personne « tire » sur sa cigarette. Il est d'autant plus pertinent durant la grossesse, que les femmes réduisent spontanément leur consommation, mais compensent par des plus grandes inhalations, et subissent donc une intoxication au moins similaire. En effet, même si la diminution de la consommation est à féliciter, elle ne permet pas souvent d'aboutir à un risque faible d'intoxication pour le fœtus.

La mesure du monoxyde de carbone, applicable pendant toute la durée de la grossesse, est une démarche éducative aussi utile pour les professionnels de la parentalité que pour les mères et les pères. Elle doit être avantageusement intégrée dans la démarche de soins aussi bien en consultation prénatale qu'en hospitalisation. **La mesure du monoxyde de carbone devrait être le premier temps de tout conseil d'arrêt. [13]**

8. Prise en charge de première intention

En première intention, il est recommandé un accompagnement par soutien psychologique, guidance, conseils, thérapies cognitivo-comportementales et traitement pharmacologique par substitution nicotinique si nécessaire. Il est aussi proposé l'entretien motivationnel, le soutien téléphonique et l'auto-soutien (internet par exemple).

Les psychothérapies structurées, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, nécessitent une formation thérapeutique spécifique validée. Quelques psychologues et psychiatres sont formés à cette technique dans la région nantaise, ils sont recensés par l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. [14]

Il est recommandé de renforcer la motivation du patient à l'aide de l'entretien motivationnel (B). C'est une approche relationnelle centrée sur le patient, dont le but est de susciter ou renforcer la motivation au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. Elle se fonde sur l'idée qu'une personne n'arrivera à des changements que si la motivation vient de la personne elle-même. Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également au cours du suivi afin de soutenir la motivation. Elles nécessitent d'avoir une formation spécifique complémentaire. L'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM), en collaboration avec le Réseau Sécurité Naissance, propose de former les médecins, sages-femmes et infirmières, sur une durée de trois jours, à Nantes⁴ [15]. Les données montrent que l'entretien motivationnel augmente la probabilité de l'arrêt de la consommation du tabac, plus encore que le conseil bref à l'arrêt. [4]

Pour une prise en charge efficace et adaptée, il est indispensable de travailler de manière pluridisciplinaire. Il est recommandé d'orienter le patient vers un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue...) en cas d'échecs répétés, de polyaddictions, de pathologies liées au tabac, de comorbidités psychiatriques, ou à la demande du patient. La grossesse est une situation qui nécessite une prise en charge efficace et **rapide** du tabagisme, il est recommandé d'orienter rapidement la patiente vers un spécialiste. Il est recommandé de proposer des **interventions soutenues** d'aide au

⁴ Formation à l'entretien motivationnel, proposée à l'initiative de la commission « Addictions » du RSN: 4,5 et 6 juin 2018 à Nantes.

sevrage aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse. (B)

9. Traitements nicotiques de substitution

Les traitements nicotiques de substitution ont pour objectif de soulager les symptômes de sevrage à la nicotine. Ils permettent un apport quotidien de nicotine, en évitant la toxicité des cigarettes. La nicotine gagne le cerveau de manière progressive et non en shoot, ainsi il n'y aura pas de formation de nouveaux récepteurs nicotiques. Avec le temps, le seuil nicotinique se verra abaissé jusqu'à ce que celui-ci soit nul. Toutefois, il faut savoir que le tabac apporte au consommateur une réponse rapide à un problème plus ou moins repéré par la personne, et que cette réponse ne sera jamais aussi rapide avec une substitution. Le traitement de substitution permet au fumeur d'envisager plus facilement le sevrage, voire de réduire sa consommation avant l'arrêt total. Il apporte une réponse à la dépendance physique à la nicotine. Chez la femme enceinte, s'il existe encore une consommation tabagique, les substituts permettront une moindre intoxication au monoxyde de carbone, en diminuant l'avidité avec laquelle la femme tirera sur sa cigarette.

Ces traitements ne présentent pas d'effets indésirables graves identifiés. D'après les recommandations du Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), mises à jour en novembre 2014 [16], il n'y a pas d'effet malformatif au premier trimestre de la grossesse, attribués aux substituts nicotiques, quel que soit leur mode d'administration. Aucun effet fœtotoxique n'a été observé à ce jour chez des femmes utilisant une substitution nicotinique en fin de grossesse et quel que soit son mode d'administration. Les femmes et les professionnels doivent être informés que l'utilisation médicalisée des traitements nicotiques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer. (B)

Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les substituts nicotiques sont recommandés en première intention (A). Quelle que soit leur forme, ils sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Ils augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. Pour une meilleure efficacité, il est recommandé de les associer à un accompagnement par un professionnel de santé lors de consultations dédiées. Il est recommandé d'ajuster la dose de nicotine dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes :

- de sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit ; fébrilité et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ; en cas de symptômes de sevrage persistants, il est recommandé d'augmenter la dose de nicotine.

(A) - ou de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie. (B)

La patiente doit être informée de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose. Mais ils ne présentent pas de danger pour elle et son futur enfant. Pour ajuster le dosage, il est recommandé :

- de combiner des formes orales aux patchs (A) ;

- d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire. (AE)

Les traitements de substituts nicotiques doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois. L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire (B).

Les traitements de substituts nicotiques peuvent entraîner des effets indésirables comme tout médicament. Ceux rapportés le plus fréquemment sont, selon les formes des substituts, céphalées, dysgueusie, hoquets, nausées, dyspepsie, douleurs et paresthésie au niveau des tissus mous de la cavité buccale, stomatite, hypersécrétion salivaire, brûlure des lèvres, sécheresse de la bouche et/ou de la gorge. Ces effets sont en grande majorité modérés et régressent spontanément et rapidement après retrait du dispositif.

Chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible d'envisager une réduction de consommation progressive sous traitement en vue d'un arrêt complet, y compris chez les femmes enceintes. Il est recommandé d'informer la patiente que :

- l'utilisation des traitements de substituts nicotiques aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt.

- l'utilisation de ces traitements n'exige pas un sevrage total (réduction des risques). (B)

- toute forme de substitut nicotique peut être utilisée chez la femme enceinte, en privilégiant toutefois les formes orales, dont la durée d'action est moindre. (AE)

A quantité de cigarettes égale, la femme enceinte aura besoin d'une substitution plus importante car le métabolisme nicotinique est accéléré durant la grossesse. A cause du phénomène compensatoire, il est conseillé de se référer à la quantité de cigarettes fumées avant la grossesse pour ajuster la posologie, de s'aider du testeur de monoxyde de carbone pour mesurer l'intoxication et de prendre en compte les sensations de la patiente pour mesurer la tolérance.

Les professionnels utilisent généralement l'équivalence suivante pour savoir à quel dosage débiter le traitement : 1 cigarette = 1 mg de nicotine. Donc par exemple, un patient fumant 20 cigarettes par jour recevra un patch de 21 mg/j pour commencer. S'il fume encore 7 cigarettes/jour avec ce patch, alors on peut ajouter un patch de 7 mg et/ou une forme orale, et ainsi de suite. Il ne faut pas oublier que le nombre de cigarettes fumées ne définit pas le niveau de dépendance et qu'il peut être pertinent de connaître le taux de monoxyde de carbone expiré. Toutes les études montrent que l'association patches et formes orales est la plus performante. Voici d'autres équivalences à connaître en terme d'intoxication : 1 cigarette roulée ou 1 cigarillo équivaut à 2 - 3 cigarettes industrielles.

L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements de substituts nicotiques (figurant sur la liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie⁵) à hauteur de 150 € par année civile et par bénéficiaire, depuis le 1er novembre 2016. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits. Certaines mutuelles peuvent aussi rembourser une partie de ces dépenses. La loi du 26 janvier 2016⁶ autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiques, et donne ainsi accès à leurs patients au forfait d'aide au sevrage tabagique. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée. **[5]**

⁵ Disponible sur le site Ameli.fr

⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27 janvier 2016)

a) Formes transdermiques : timbres (ou patches)

Le mode d'administration de la nicotine par les timbres transdermiques a l'avantage de produire une faible vitesse d'absorption et permet d'obtenir une nicotémie relativement constante au cours du traitement. De plus, le timbre permet une meilleure observance, en rapport avec une plus grande facilité d'utilisation. Il existe des timbres pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent une dose de 7, 14 ou 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent une dose de 10, 15 ou 25 mg de nicotine par jour.

b) Formes à action rapide et absorption buccale (formes orales)

(1) Gommages à mâcher

Elles existent en deux dosages : 2 et 4 mg. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'effet est obtenu en 15 minutes environ pendant 1 à 2 heures. L'efficacité de la gomme est optimale lors de la mastication et non lors de la déglutition. Il faut donc bien préciser au patient de sucer lentement la gomme et non de la mâcher comme un chewing-gum. Si le patient mastique trop vite la gomme, il risque d'avoir des brûlures d'estomac, des maux de gorge, voire des hoquets et une efficacité moindre. Le risque de transfert de la dépendance de la cigarette à la gomme, sans être nul, reste marginal.

(2) Comprimés à sucer, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux

Ils existent aux dosages de 1, 1.5, 2, 2.5 et 4 mg. Ils ont une pharmacocinétique proche de celle de la gomme à mâcher. La majeure partie de la nicotine est absorbée à travers la muqueuse buccale. Du fait de la déglutition de la salive contenant de la nicotine, une certaine proportion de celle-ci parvient à l'estomac et à l'intestin où elle est inactivée. Par conséquent, les taux plasmatiques de nicotine obtenus avec les comprimés sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette.

(3) Inhalateurs

Il s'agit d'un dispositif médical. Une cartouche contient 10 mg de nicotine. Avec ce dispositif, la nicotine est libérée sous forme de micro gouttelettes qui se déposent sur la muqueuse buccale et y sera absorbée. La fréquence des aspirations (plus ou moins répétées) ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient, sans dépasser 12 cartouches par jour. Leur usage est bien toléré, bien que l'on observe

parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours. Il est recommandé de ne pas utiliser les cartouches au-delà de 12 mois.

(4) Sprays buccaux

Par rapport aux autres substituts oraux, la nicotine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine en une minute. Un flacon délivre 150 doses. Il est possible de prendre 4 pulvérisations maximum par heure, sans dépasser 2 pulvérisations par prise, et 64 pulvérisations par tranche de 24 heures. Il est recommandé de ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, il est recommandé d'éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation et de s'abstenir de manger et de boire lors de la pulvérisation buccale.

10. Autres traitements et méthodes

a) Varénicline et bupropion

La varénicline (Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques cérébraux à l'acétylcholine. Le bupropion (Zyban®) est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines. Ces deux médicaments sont disponibles dans l'indication du sevrage tabagique. En revanche, ils ne sont pas indiqués en première intention et sont contre-indiqués, en France, pour les femmes enceintes et allaitantes. (A)

b) Activité physique, acupuncture, hypnothérapie

Ces approches ont fait l'objet d'études dans l'aide à l'arrêt du tabac. Leur bénéfice n'est pas établi, mais il n'a pas été montré, à ce jour, de risque majeur. Lorsqu'un patient souhaite utiliser ces méthodes, le praticien doit avoir conscience de l'intérêt d'un éventuel effet placebo. Il doit signaler au patient que si cette prise en charge ne réussissait pas, une prise en charge dont l'efficacité a été établie pourra lui être proposée. L'éthique du professionnel de santé ne lui permet pas de recommander une thérapie non validée. Pour autant, le soignant ne doit pas empêcher un patient d'avoir recours à une approche qui pourrait lui être utile, si cette approche s'est avérée inoffensive. Il n'y a donc pas de contre-indication à utiliser ces approches en plus des traitements recommandés. (AE)

11. Allaitement

La priorité des professionnels de santé doit être de proposer une aide au sevrage tabagique (A). Les soignants doivent aussi promouvoir l'allaitement maternel, car le tabagisme n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Le tabagisme passif augmente le risque de maladies respiratoires infantiles mais cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel, d'autant plus qu'il est de longue durée (au moins supérieur à 4 mois). [4]

Les substituts nicotiques peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent (C), en privilégiant les formes orales. La varénicline et le bupropion sont contre-indiqués chez ces femmes. (A)

La nicotine passe rapidement dans le lait, son taux lacté est fonction du tabagisme maternel et est trois fois supérieur au taux sérique. Sa demi-vie dans le lait est la même que dans le sang : 60 à 90 minutes, 6 heures pour une élimination totale. Chez le nourrisson, la nicotine peut induire des troubles au niveau du système nerveux central, du tractus digestif, des bronches : nausées vomissements, anomalies du rythme cardiaque, douleurs abdominales. Le plus souvent ces problèmes sont posés aussi par le tabagisme passif. Chez les femmes fumeuses, la quantité de lait produite est généralement moindre, et le lait est moins riche. Elles sont moins nombreuses à allaiter que les femmes non fumeuses. [17]

En pratique, le professionnel doit rappeler qu'il est préférable de ne pas fumer pendant l'allaitement, mais si la mère est fumeuse, il est néanmoins recommandé d'allaiter dans l'intérêt de l'enfant et de prolonger au maximum la durée d'allaitement maternel (B). Il est conseillé de parler de l'allaitement le plus tôt possible pendant la grossesse et de l'encourager, car décider d'allaiter peut-être un facteur déclenchant pour arrêter de fumer. De plus, les hormones de la lactation ont un effet apaisant favorisant le changement à cette période. Il est judicieux d'impliquer le père s'il est fumeur, en parlant du tabagisme passif, pour encourager la réflexion. Parmi les conseils à donner : se laver les mains et éviter de sentir le tabac, fumer juste après la tétée, si possible attendre deux heures entre deux tétées et éviter le co dodo.

D. A l'échelle de la maternité du CHU de Nantes

1. « Maternité sans tabac »

En septembre 2004, les membres du CLOPT (Comité Local de Prévention du Tabagisme) du CHU de Nantes, sur proposition du Docteur Humeau⁷, ont opté pour l'ouverture d'une « Maternité Sans Tabac ». La maternité s'est alors engagée, en signant la « *Charte Maternité sans tabac* » (**Annexe V**), à se mettre en conformité avec la législation en vigueur⁸ pour prévenir le tabagisme passif dans les lieux collectifs et à informer les femmes enceintes, les couples, les visiteurs et les personnels sur les dangers du tabagisme passif et/ou actif et sur les moyens de s'en protéger. Elle s'est aussi engagée à mettre en œuvre les recommandations ANAES de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » [6] en s'aidant du référentiel « Pour devenir une Maternité Sans Tabac » [18] élaboré avec le Réseau Hôpital Sans Tabac. Ce référentiel a pour objectif d'aider les maternités à développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux femmes enceintes, en matière de prévention du tabagisme. Aujourd'hui 392 établissements sont membres de cette démarche.

On distingue trois grandes mesures : mesures de prévention générale sur le tabagisme passif, mesures d'aide aux femmes enceintes fumeuses et mesures concernant les professionnels de santé. Le référentiel recommande en particulier, l'intégration en routine de l'utilisation du testeur de monoxyde de carbone, dans le dispositif de soins quotidiens de la maternité. Pour une disponibilité optimale, il faudrait un appareil pour 200 accouchements (ce qui représenterait une vingtaine d'appareils pour la maternité du CHU de Nantes). En terme de communication, il est nécessaire d'informer de l'obligation de respecter la loi Evin. Elle doit aussi rendre lisibles et crédibles les initiatives du service de gynécologie-obstétrique, pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes fumeuses et des conjoints fumeurs. Les initiatives et recommandations doivent être relayées à travers différents supports : affiches, pictogrammes, livret d'accueil maternité, livret d'accueil des personnels, sites internet et intranet, Il est aussi prévu qu'une formation spécifique soit faite, pour

⁷ Pneumologue tabacologue à l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nantes

⁸ La loi Évin du 10 janvier 1991 pose le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif puis le décret du 15 novembre 2006 (applicable depuis le 1er février 2007) modifie la loi Évin et étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif dont les établissements de santé.

permettre aux différents personnels soignants et non soignants de jouer pleinement leur rôle professionnel en matière de prévention et de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Idéalement, la formation doit également concerner les étudiants des professions de santé.

2. Unité de coordination en tabacologie (UCT)

L'équipe de l'UCT est une équipe pluridisciplinaire rattachée au service de pneumologie, située à l'Hôpital Nord Laennec. Elle réalise des soins en tabacologie (réunions d'informations, consultations individuelles), participe aux formations et aux actions de prévention (Ex : temps d'échange sur la campagne Moi(s) sans tabac à l'Hôtel-Dieu). Elle est composée de cinq médecins tabacologues, une sage-femme tabacologue et addictologue, deux diététiciennes, deux psychologues cliniciennes, une infirmière tabacologue et un médecin acupuncteur.

La sage-femme tabacologue et addictologue qui travaille à la maternité du CHU, propose une prise en charge lors de consultations ou lors d'hospitalisations dans les services de gynécologie-obstétrique. Elle dédie un mi-temps aux consultations de tabacologie (rez-de-chaussée de la maternité) et exerce aussi dans le service de Grossesses à Haut Risque. Elle a bénéficié de formations spécifiques lui permettant d'aider et d'accompagner les patientes fumeuses désireuses d'être prises en charge, pour diminuer ou arrêter le tabac.

3. La consultation de tabacologie

La prise en charge tabacologique disponible à la maternité est ouverte aux patientes suivies au sein de notre établissement, adressées par les professionnels de la maternité, mais aussi suivies à l'extérieur, adressées par un praticien libéral ou orientées par le secrétariat de l'UCT. Lorsque le conjoint est fumeur et est demandeur d'une prise en charge, il lui est possible de bénéficier d'une prise en charge par la sage-femme tabacologue.

En 2015, 1575 actes de consultation en tabacologie ont été cotés. En 2016, ils étaient 1542. Pour l'année 2017, 1297 actes ont été cotés. La sage-femme tabacologue a initié 111 suivis (première consultation) chez des patientes enceintes.

Un dossier de consultation de tabacologie (**Annexe VI**), proposé par l'INPES et validé par la Société française de tabacologie, sert de support de traçabilité, au cours du suivi proposé par l'UCT (il n'existe pas de dossier spécifique pour les femmes enceintes). Ce dossier est envoyé aux patientes, puisqu'une partie est à remplir par elles-mêmes, en amont de la consultation. Puis le dossier est repris et complété par la sage-femme tabacologue, avec la patiente, lors de la première rencontre.

La première partie consiste à recueillir des informations sur la situation socioprofessionnelle de la patiente et ses principaux antécédents médicaux.

Le bilan commence par des questions sur les habitudes tabagiques (questions 18-24) ainsi qu'une partie sur la cigarette électronique, si la patiente en est utilisatrice. Ensuite, il y a une évaluation de la dépendance physique à travers le test de *Fagerström* (**Annexe III**) en deux questions (un score de 0 ou 1 signifie « pas de dépendance », un score de 2 ou 3 signifie « dépendance modérée » et un score de 4,5 ou 6 signifie « forte dépendance »), ou six questions (un score de 0 à 2 signifie « pas de dépendance », un score de 3 ou 4 signifie « dépendance faible », un score de 5 ou 6 signifie « dépendance moyenne » et un score de 7 à 10 signifie « dépendance forte ou très forte »).

Les patientes sont interrogées sur leur histoire tabagique, l'âge d'entrée dans le tabagisme et les éventuels sevrages antérieurs. La sage-femme tabacologue interroge sur les effets positifs et négatifs du sevrage et les causes des rechutes.

Ensuite, la motivation est évaluée par une première question: « Pourquoi fumez-vous ? ». Sept propositions sont faites, pour lesquelles la patiente note de 0 à 10 selon l'importance donnée.

Les raisons qui la poussent à arrêter et les peurs d'un sevrage sont parcourues. On retrouve dans cet item, l'échelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité : « Si vous décidez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? ». La réponse est graduée entre 0 et 10.

Les patientes sont interrogées sur leurs habitudes de vie (peur de la prise de poids, confiance pour ne pas prendre de poids si arrêt du tabac, consommation d'alcool et de cannabis). La consommation d'alcool est explorée par 3 questions retrouvées dans le questionnaire *AUDIT* qui a été développé sous l'égide de l'OMS [19]. Ce score porte sur la situation d'avant grossesse. Mais les patientes sont aussi interrogées sur leur consommation depuis qu'elles ont connaissance de leur grossesse.

Enfin, selon les recommandations de la HAS, le dernier item « Comment vous sentez-vous ? » vise à évaluer l'état psychologique des patients. En effet, les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge. Il est recommandé de les repérer, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. Leur évaluation et leur évolution peuvent être aidées par l'utilisation d'auto-questionnaires, notamment : Hospital Anxiety and Depression scale **[20]** (échelle HAD), inclus dans ce dossier de consultation de tabacologie. Cette échelle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). L'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie.
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse.
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, un suivi spécialisé peut être proposé.

La dernière partie du dossier interroge sur la place du tabac dans le budget de la patiente.

II. Etude de la mise en application pratique des recommandations à la maternité du CHU de Nantes.

A. Présentation de l'étude

1. Objectifs et hypothèses

a) Objectif initial

L'objectif initial de ce travail est de connaître le parcours de soins d'une patiente fumeuse prise en charge à la maternité, par la sage-femme tabacologue.

b) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de connaître les modalités de repérage, d'orientation et de prise en charge initiale des patientes fumeuses dans les services de consultations obstétricales, UGOMPS, centre d'Assistance Médicale à la Procréation, Grossesses à Haut Risque et suites de couches. Nous nous intéressons ici à la prise en charge en amont d'un suivi spécialisé par la sage-femme tabacologue. Nous cherchons ainsi à savoir si des protocoles de service sont en vigueur et quelles en sont les applications pratiques.

c) Objectif final

Notre objectif final est de proposer une prise en charge des patientes tabagiques, en accord avec les dernières recommandations et respectant au mieux le référentiel « Maternité sans tabac », pour tendre vers une amélioration de la qualité des soins dans notre établissement.

d) Hypothèses

Hormis un bref apport théorique au cours de nos études, nous n'avons pas de formation spécifique à la prise en charge des patientes tabagiques. Nous tenons comme hypothèse que les étudiantes sages-femmes, et par conséquent les sages-femmes, ne sont pas suffisamment formées pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle d'acteur dans la prévention et la prise en charge du tabagisme.

Nous avons aussi observé qu'en pratique, l'accompagnement des patientes fumeuses est assez disparate au sein des services et semble varier selon le professionnel. Nous tenons comme hypothèse qu'il n'y a pas de consensus établi au sein de la maternité, concernant la prise en charge des patientes tabagiques.

2. Méthodologie

a) Projet initial

Pour comprendre le parcours des patientes fumeuses au sein de la maternité du CHU de Nantes, nous avons procédé à une étude descriptive de dossiers médicaux. Pour se faire, nous avons présélectionné dix dossiers de tabacologie, selon une traçabilité suffisamment riche pour en permettre l'étude, et un suivi au moins majoritairement fait dans notre établissement. Nous nous sommes attachés à sélectionner des dossiers aux parcours variés, pour nous permettre de discuter de l'offre de soins disponible pour ces patientes, dans les différents services de l'Hôpital femme-enfant-adolescent.

Secondairement, nous avons étudié les dossiers obstétricaux des dix patientes présélectionnées (dossiers papiers aux archives et dossiers informatiques sur *PérinatGynéco*).

Finalement, nous avons décidé d'exposer les parcours de deux patientes repérées dans le service de consultations, respectivement lors de l'entretien prénatal précoce et lors de la première visite de suivi de grossesse. Concernant le service d'hospitalisation de Grossesses à Haut Risque, nous avons étudié le parcours de deux patientes hospitalisées et prises en charge dans le cadre de leur hospitalisation. Pour le service des suites de couches, nous avons choisi un dossier d'une patiente prise en charge pour son tabagisme en fin de grossesse, dont son suivi s'est largement étendu en post-partum. Enfin, pour le service d'Assistance Médicale à la Procréation, nous avons sélectionné le dossier d'une patiente repérée en consultation d'AMP et qui a été prise en charge tout au long de son parcours dans les différents services étudiés.

b) Projet secondaire

Pour répondre à nos objectifs secondaires, nous avons envoyé des questionnaires par mail, aux sages-femmes coordonnatrices des services concernés par notre étude (consultations/UGOMPS, Grossesses à Haut Risque, suites de couches, Assistance Médicale à la Procréation). Différents axes ont été interrogés : visibilité, repérage, traçabilité, prise en charge initiale, testeurs CO, prescription de substituts et formation.

(Annexe VII)

Selon le même plan, des questionnaires ont été envoyés par mail aux sages-femmes des services précédemment cités. Pour le centre d'Assistance Médicale à la procréation, les

médecins y réalisant des consultations ont aussi été sollicités. Au total 56 questionnaires ont été envoyés. (*Annexe VIII*)

3. Difficultés rencontrées

a) Etude de dossier

La principale difficulté de l'analyse des dossiers médicaux est le défaut de traçabilité. La multiplicité des supports est une cause supplémentaire de difficultés d'analyse (dossier informatique, dossier obstétrical papier, dossier de tabacologie). Lorsque des informations majeures manquaient, ne nous permettant pas de comprendre le parcours de la patiente, le dossier n'a pas été sélectionné.

b) Questionnaires

Parmi les sages-femmes coordonnatrices des services, deux ont répondu au questionnaire qui leur avait été envoyé. Les deux autres cadres n'ont pas souhaité répondre au questionnaire pour les raisons suivantes : l'une d'entre elle ne se sentait pas à même d'y répondre et a précisé qu'il n'y avait pas de circuit spécifique pour les patientes fumeuses hospitalisées en GHR, hormis la consultation par la sage-femme tabacologue ; la seconde a préféré un échange direct, du fait de la particularité du fonctionnement du service de l'UGOMPS. Cependant, toutes ont donné leur autorisation pour que nous interrogeons les soignants.

La difficulté principale a été de mobiliser les soignants et de recueillir leurs réponses. En effet, 3 médecins du centre d'Assistance Médicale à la Procréation, 2 sages-femmes de GHR, 1 sage-femme de l'UGOMPS, 3 sages-femmes de consultations nous ont répondu. Les mails ont été envoyés sur l'adresse mail professionnelle des soignants concernés, durant les mois d'octobre et novembre 2017, et jusqu'à trois relances ont été faites. Le taux de réponse a été inférieur à 20%.

Ces questionnaires n'avaient pas vocation à une analyse quantitative de leurs réponses, mais qualitative ; cependant un nombre plus important de réponses aurait permis une analyse plus pertinente des pratiques (surtout pour la GHR et les suites de couches).

4. Biais et limites

Nous avons étudié des dossiers de patientes ayant été prises en charge par la sage-femme tabacologue de la maternité, donc repérées et orientées de manière efficace. Donc, ce choix ne nous permet pas d'étudier les patientes tabagiques non repérées, ni la prise en charge des patientes repérées mais ne rencontrant pas la spécialiste.

De plus, nous avons étudié un nombre limité de dossiers, ne nous permettant pas de prétendre à des conclusions généralisables à l'ensemble des soins dispensés dans les services étudiés.

Cette limite se retrouve avec les questionnaires, puisque les données sont déclaratives et ne concernent qu'un nombre limité de soignants. Aussi, notre étude porte essentiellement sur la pratique des sages-femmes, alors que tout personnel soignant ou non soignant, peut s'impliquer dans la prévention et la prise en charge du tabagisme.

B. Résultats

1. Service des consultations / UGOMPS

a) D'après les questionnaires

Nous avons obtenu les réponses de la sage-femme coordonnatrice du service, de trois sages-femmes de consultations et d'une sage-femme de l'UGOMPS.

(1) Visibilité

Dans le hall d'entrée de la maternité, la consultation de tabacologie est fléchée, au même titre que les consultations d'anesthésie ou d'obstétrique. En terme d'affichage, la salle d'attente du service est dotée d'une affiche du Réseau Sécurité Naissance « Consultation Tabacologie/Addictologie », sur laquelle il est précisé que l'établissement propose un accompagnement spécialisé avant, pendant la grossesse et après la naissance, et les coordonnées du professionnel référent à joindre : numéro du secrétariat de l'UCT. Des prospectus d'information INPES sont disponibles en libre service dans cette même salle d'attente. De plus, on retrouve sur le site internet de la maternité [21], un encart sur le tabac, qui renseigne sur la possibilité de rencontrer une sage-femme ou un médecin tabacologues, les horaires et les coordonnées. Il est spécifié que la prise de rendez-vous peut se faire par l'intermédiaire du professionnel qui suit la grossesse.

La sage-femme coordonnatrice du service nous renseigne sur l'existence d'animation annuelle dans le hall de la maternité, pour la sensibilisation à l'arrêt du tabac lors de la « journée mondiale sans tabac », le 31 mai.

(2) Repérage

D'après les réponses obtenues, la question du tabac est, à priori, posée de manière systématique et dès la première consultation (ouverture du dossier ou entretien prénatal précoce), lors de l'interrogatoire sur le mode de vie. Les soignants ne décrivent pas de difficultés pour aborder cette question. La question du statut tabagique du conjoint est assez systématiquement posée, surtout si la patiente est fumeuse, mais celle de l'environnement l'est moins. La question des co-addictions semble posée quasi-systématiquement. Il n'existe pas de support de recensement des patientes tabagiques repérées, hormis la mention du statut tabagique sur le dossier médical papier et/ou informatisé.

(a) Ouverture du dossier

La première consultation obstétricale à la maternité a pour but de compléter le dossier médical de la patiente (antécédents personnels et familiaux, examens biologiques, échographie, etc.). Pour de nombreuses patientes, cette première consultation est celle du 8^e mois de grossesse. Les professionnels suivent la trame de *Perinat Gynéco* pour leur interrogatoire. Dans ce dernier, il existe un item « *habitus* », où il est possible de renseigner « *tabac avant grossesse* » et « *tabac pendant grossesse* ». Il est aussi possible d'indiquer les *habitus* du conjoint car un item lui est dédié. Cet interrogatoire serait l'occasion de comprendre l'histoire tabagique de la patiente et de tracer les informations utiles dans son dossier : début du tabagisme, quantité, type de cigarettes, tentative d'arrêt, prise en charge, co-addictions, environnement. En pratique, et de manière générale, seuls les items concernant la consommation de tabac avant et durant la grossesse sont renseignés (nombre de cigarettes fumées par jour).

(b) Consultation médicale d'inscription et d'orientation

Les secrétaires proposent une consultation d'orientation à la maternité, lorsqu'une situation qui nécessite un repérage ou une orientation précoce est connue (antécédents connus ou annoncés par la patiente). Mais cette consultation n'est pas exclusivement destinée aux patientes ayant des pathologies. C'est une consultation médicale qui se fait avec une sage-femme dédiée. La consultation dure 45 minutes, et

permet à la sage-femme de repérer les situations nécessitant une prise en charge particulière pour le suivi de grossesse. Elle oriente les patientes si nécessaire et donne les conseils utiles.

(c) *Entretien prénatal précoce*

L'entretien prénatal aussi appelé entretien du quatrième mois est accessible pour toute patiente enceinte, après leur inscription à la maternité du CHU. Il est réalisé par les sages-femmes de consultation et dure 45 minutes. Il ne se substitue pas à la consultation d'inscription ou à une consultation de suivi de grossesse. Cet échange est l'occasion pour le couple ou la femme venue seule, de parler de ses attentes, ses besoins et son projet de naissance. Il permet de répondre aux interrogations de la patiente sur son suivi de grossesse. Pour les soignants, il est l'occasion de dépister des situations personnelles ou familiales qui justifieraient une aide particulière. Le repérage du tabac doit être fait au cours de cette rencontre si la patiente et/ou son conjoint sont fumeurs.

(d) *Auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités*

Depuis 2015, le *groupe d'Etudes Grossesse et Addictions (GEGA)* expérimente un auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités (**Annexe VIII**). Le Professeur C. Lejeune⁹ est à l'initiative de ce questionnaire. Le Docteur A. Chassevent¹⁰ ou la sage-femme tabacologue C. Monard représentent la maternité aux réunions GEGA. Selon les recommandations, le questionnaire doit être donné en main propre à toutes les femmes enceintes lors de leur première consultation dans l'établissement, quel que soit le terme de grossesse, et rempli en salle d'attente. Il est remis au consultant avec qui la patiente a rendez-vous. Il examine les réponses avec la patiente lors de ce premier rendez-vous, dans un objectif d'orientation vers un spécialiste, si nécessaire. Une équipe référente effectue une relecture des questionnaires et se charge de contacter les patientes concernées. Ce questionnaire a pour vocation d'apporter une solution au problème de sous-repérage des consommations à risque pendant la grossesse.

En pratique, à la maternité, le questionnaire est distribué depuis janvier 2017, par les sages-femmes de consultation. Il a été décidé que la patiente le remplisse au moment de la consultation, puis le remette à la sage-femme. Lorsque la patiente est vue

⁹ Le professeur Claude Lejeune est coordonateur général de l'enseignement du diplôme inter universitaire Périnatalité et Addiction, à Paris.

¹⁰ Le Dr Anne Chassevent est psychiatre addictologue au CHU de Nantes.

en entretien prénatal précoce à la maternité, le questionnaire lui est remis à cette occasion, et la patiente aura à le rapporter lors de sa prochaine consultation. La sage-femme identifie le questionnaire par une étiquette « patient », repère les vulnérabilités qu'elle peut explorer avec la patiente (annotation « vu » sur le questionnaire) et transmet le questionnaire à la sage-femme tabacologue (via une bannette de recueil des questionnaires dans le service). Cette dernière est en charge de contacter les patientes repérées.

A l'UGOMPS, l'utilisation de ce questionnaire semble compliquée puisqu'il nécessite que la patiente sache lire et écrire le français ; or ce service reçoit des patientes en situation de grande précarité et pour certaines récemment arrivées sur le territoire.

(3) Prise en charge initiale

Les premières recommandations données par les quatre sages-femmes interrogées sont respectivement :

- la baisse de la consommation tabagique.
- l'arrêt du tabac, si possible, en se faisant accompagner par la sage-femme tabacologue, sinon la diminution de la consommation.
- l'explication des risques du tabagisme pour le fœtus et la patiente.
- l'explication sur les outils d'aide au sevrage disponibles (substituts nicotiques, cigarette électronique) et les risques de complications du tabac.

Les sages-femmes s'accordent sur le fait d'orienter la patiente vers la sage-femme tabacologue ou d'autres approches type acupuncture/hypnose, si elle n'a pas modifié sa consommation aux consultations suivantes.

(4) Orientation

D'après la sage-femme coordonnatrice, les consultants ont pour directive d'orienter les patientes désireuses vers la sage-femme tabacologue de la maternité.

Les sages-femmes semblent, de manière systématique, informer de la possibilité d'une aide par la sage-femme tabacologue. Elles ont facilement accès à ses coordonnées, qu'elles communiquent à la patiente si nécessaire (numéro de l'UCT sur flyers). Elles s'appuient aussi sur des documentations accessibles dans leurs salles de consultations, qu'elles remettent aux patientes fumeuses.

Elles présentent la sage-femme tabacologue comme ayant des compétences particulières pour accompagner les patientes dans leur questionnement autour de leurs

consommations, pour aider à une diminution et si possible soutenir un arrêt du tabac. Une des sages-femmes précise que le conjoint peut aussi bénéficier d'un accompagnement par la sage-femme tabacologue.

(5) Traçabilité

D'après la sage-femme coordonnatrice, les consultants ont pour consigne de tracer la consommation, l'orientation et le suivi d'une patiente tabagique. Les sages-femmes affirment qu'elles réunissent ces informations sur le dossier médical informatisé, dans l'item prévu (*habitus*) ou à la consultation du jour.

Si un suivi tabacologique a été entrepris, la sage-femme en est informée par la sage-femme tabacologue qui laisse une trace de sa rencontre avec la patiente dans le dossier informatisé.

(6) Testeurs CO

D'après la sage-femme coordonnatrice, il y a des testeurs CO disponibles dans le service et les consultants sont formés à leur utilisation.

Mais les sages-femmes interrogées, déclarent qu'ils ne sont pas disponibles dans chaque salle de consultations. Elles ne connaissent pas toutes les modalités d'utilisation de cet appareil. Elles s'accordent à dire que le temps restreint des consultations est une limite à son utilisation.

Les testeurs CO ne sont pas disponibles dans le service de l'UGOMPS. La sage-femme ayant répondu à notre questionnaire n'a pas bénéficié de formation quant à son utilisation et l'interprétation des résultats. Elle serait intéressée pour recevoir des informations.

(7) Prescription de substituts nicotiques

Les quatre sages-femmes interrogées ne prescrivent jamais de substituts nicotiques et ne se jugent pas assez informées à leur propos.

(8) Formation

Il n'y a pas de formation proposée dans le service, autour de la problématique seule du tabac. La sage-femme de l'UGOMPS serait très favorable à des formations complémentaires sur le sujet.

Une sage-femme de consultation souhaiterait bénéficier d'une formation sur les actualités de la prise en charge des patientes tabagiques.

b) Parcours de Madame M (Dossier 1)

Madame M est une patiente âgée de 30 ans. C'est une première grossesse dont le terme est estimé au 19/05/16. La grossesse est suivie par un gynécologue en ville. L'accouchement est prévu au CHU.

(1) Repérage – Orientation

Madame M réalise son entretien prénatal au terme de 15 SA et 2 jours avec une sage-femme du CHU en consultation. On ne retrouve pas de notion de tabagisme tracée, à l'issue de cet entretien, pourtant c'est après celui-ci que la patiente est orientée vers la sage-femme tabacologue. On retrouve toutefois, dans son dossier médical, un courrier de transmissions du gynécologue qui la suit, où il est précisé que Madame M ne fume pas.

(2) Prise en charge

La première rencontre avec la sage-femme tabacologue est effectuée à 23 SA. Elle est tracée dans le dossier *Consultation de tabacologie*. On y apprend que la patiente souhaite « arrêter de fumer complètement », qu'elle ne fume pas à l'intérieur de son habitation mais que son conjoint fume une cigarette électronique depuis trois ans sans baisse des dosages de nicotine. C'est aussi dans ce dossier que l'on comprend que la patiente a été orientée par la sage-femme lors de l'entretien prénatal.

Consommation au cours du dernier mois : 3 cigarettes roulées ou industrielles / jour

Degré de dépendance : Test de Fagerström en 2 questions : 1 ou 2 (*dépendance modérée*).

Début du tabagisme à 16 ans, pas de sevrage initié depuis.

Consommation d'alcool : Arrêt facile de l'alcool depuis la grossesse (ancienne suppression de permis pour alcoolémie)

Comment vous sentez-vous ? : Score A=16 (*symptomatologie certaine*) Score D=8 (*symptomatologie douteuse*)

Place du tabac dans le budget : 20 euros / semaine

Bilan lors de la consultation initiale :

- CO expiré = 12 ppm
- Nombre de cigarettes depuis le lever : 2 cigarettes
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 2 heures
- Observations du consultant : existence d'un contexte festif important.
- Conclusions : pas de date d'arrêt fixée mais démarche de réduction de consommation avec un traitement prescrit : gommes et comprimés à sucer. Techniques comportementales. Orientation vers un psychologue ou psychiatre souhaitable.

Madame M est revue par la sage-femme tabacologue, une semaine plus tard. Bilan lors de la seconde consultation :

- CO expiré = 13 ppm
- Nombre de cigarettes : 1-2 cigarettes / jour
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 1 heure 30
- Observations du consultant : substitution par gommes
- Conclusions : essai de substitution par patchs

(3) Traçabilité

Le statut tabagique de Madame M est tracé dans son dossier médical informatisé : tabagisme actif avant et pendant la grossesse. Des précisions sont apportées dans l'onglet « *habitus* » : 10 cigarettes par jour avant la grossesse ; 3 à 5 cigarettes par jour durant la grossesse, consultation de tabacologie proposée.

On ne retrouve pas d'information tracée quant au statut de son conjoint.

A la consultation du huitième mois, la sage-femme s'est intéressée au tabagisme de la patiente et a noté « *Refume un peu* ». A la dernière consultation, on ne retrouve aucune notion de tabagisme.

Madame M donnera naissance à un petit garçon de 2700g au terme de 38 SA et 5 jours.

Durant son séjour en suites de couches, la sage-femme tracera dans le dossier :
« *Tabaco : A vu tabaco en anténatal : arrêt total du tabac sans patch, va bien. Tentative d'appel sage-femme tabaco, pas de réponse, message laissé* »

Sur la feuille « *Lettre de liaison/Patient*e » (**Annexe IX**) remplie au cours du séjour en maternité par les sages-femmes, le statut tabagique de la patiente est noté, et la réalisation d'une information sur la consultation de tabacologie est précisée.

c) Parcours de Madame L (Dossier 2)

Madame L est une patiente âgée de 20 ans. C'est une première grossesse, dont le terme est estimé au 26/06/2014.

Madame L a pour antécédent notable une hémophilie dont elle est conductrice. Son suivi de grossesse est donc réalisé au CHU par un obstétricien. Le reste du suivi est fait dans la ville où madame L habite.

(1) Traçabilité

Dans son dossier, on note comme antécédent, un tabagisme actif à 15 cigarettes par jour, diminué à 5 cigarettes par jour durant la grossesse.

(2) Repérage - Orientation

A sa première consultation à 17 SA et 6 jours, le médecin oriente la patiente vers la sage-femme tabacologue. A toutes les consultations suivantes, hors huitième et neuvième mois, le médecin s'intéresse à la consommation de tabac de Madame L et la trace dans son dossier.

(3) Prise en charge

Madame L rencontre la sage-femme tabacologue à 20 SA. Lors du bilan tabagique, on apprend :

Consommation au cours du dernier mois : 4-5 cigarettes / jour

Degré de dépendance : Test de Fagerström en 6 questions : score de 3 (*dépendance faible*)

Une tentative de sevrage depuis le début du tabagisme.

Environnement : tabac à l'intérieur de la maison, conjoint fumeur.

Bilan lors de la consultation initiale :

-CO expiré = 7 ppm

-Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 3-4 heures

- Observations du consultant : Souhaite arrêter de fumer mais en passant par une baisse de sa consommation. But : supprimer la première cigarette et fumer la deuxième avant le repas du midi. Faire la différence entre envie/habitude (passe en 30 minutes) et le besoin.

-Conclusions : Pas de substitution

La patiente est revue par la sage-femme tabacologue à 22 SA. Bilan lors de la seconde consultation :

-CO expiré = 20 ppm

-Nombre de cigarettes par jour : 6-7 cigarettes / jour

-Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 20 minutes

-Observations du consultant : Challenge non réussi. Plus de difficultés perçues. 2 cigarettes « envie » sont fumées avant le coucher, les autres sont des cigarettes « besoin ». Challenge : travailler sur les cigarettes du coucher.

-Conclusions : Essai substitution en spray. A réévaluer lors de la prochaine consultation.

A 25 SA, Madame se rend en consultation de suivi de grossesse. L'obstétricien s'intéresse à son suivi tabacologique. Il est noté que la consultation de tabacologie a été faite : « *essai spray nicoline mais trop de goût : doit rappeler la sage-femme tabacologue* »

A 30 SA, l'obstétricien s'intéresse à la consommation de Madame L : « *Reste à 4 cigarettes par jour* ».

A 39 SA, Madame L accouche d'un petit garçon de 2900g.

Une feuille de *transmissions post-accouchement (Annexe X)*, est remplie par une sage-femme, le plus souvent en salle de naissance, selon les informations figurant dans le dossier médical de la patiente. Sur la feuille de Madame L, il est noté « *tabac* » dans l’item « *autres antécédents significatifs* ».

A l’examen de sortie de suites de couches, la patiente est notée comme non fumeuse, sans autre précision.

Il n’y a pas de traçabilité retrouvée, concernant la visite post-natale effectuée par l’obstétricien ayant suivi la grossesse de Madame L.

2. Service de Grossesses à Haut Risque (GHR)

a) D’après les questionnaires

Nous avons obtenu les réponses de deux sages-femmes du service de GHR.

(1) Repérage

L’une des sages-femmes précise qu’elle s’attache à établir une relation de confiance avec la patiente avant de l’interroger sur sa consommation de tabac. Mais toutes deux ne décrivent aucune difficulté à aborder ce sujet.

La question du tabagisme est abordée systématiquement si la patiente est connue comme fumeuse, c’est-à-dire lorsque son statut est tracé dans son dossier ou lorsqu’elle descend régulièrement fumer au rez-de-chaussée. Les motifs d’hospitalisation (placenta bas inséré, retard de croissance) permettent aussi de cibler les patientes qui seront préférentiellement interrogées sur leur consommation de tabac. Le statut du conjoint et l’environnement de la patiente sont interrogés de manière systématique, selon les déclarations d’une des sages-femmes, et de manière non systématique par l’autre sage-femme. Cependant, elles s’accordent pour dire que les co-addictions ne sont pas recherchées systématiquement.

Les sages-femmes expliquent à la patiente qu’elle peut être aidée pour réduire sa consommation. Si elle est prête à arrêter, elles lui parlent de sevrage. Elles lui expliquent les risques pour le post-partum, avec son futur enfant. Enfin, elles informent qu’une sage-femme tabacologue est disponible pour l’aider dans sa démarche.

La première sage-femme ayant répondu à notre questionnaire, déclare qu'elle ne se sent pas assez formée et informée quant au repérage des patientes tabagiques. La seconde sage-femme pense avoir les bases pour repérer convenablement les patientes mais déplore un manque cruel de temps.

(2) Traçabilité

Dans les dossiers d'hospitalisation du service, il existe des feuilles de transmissions ciblées (feuilles bleues), les soignants peuvent y tracer les informations concernant le statut tabagique de la patiente. C'est aussi sur ces feuilles que la sage-femme tabacologue note les consultations de tabacologie qu'elle réalise.

Il existe une feuille de transmissions synthétiques, regroupant les données importantes des patientes en cours d'hospitalisation. Cette feuille sert de support aux transmissions orales entre les équipes de jour et de nuit. La consultation tabacologique est une information qui figure généralement sur cette feuille.

(3) Orientation

Les sages-femmes avertissent, de manière systématique, de la possibilité d'une prise en charge par une sage-femme tabacologue. Elles ont facilement ses coordonnées.

Pour orienter une patiente vers la sage-femme tabacologue, les sages-femmes du service peuvent la joindre par téléphone. Il existe aussi un cahier dédié aux demandes de consultations de tabacologie, sur lequel il faut identifier la patiente concernée et noter son numéro de chambre d'hospitalisation. La sage-femme tabacologue le consulte régulièrement.

La sage-femme tabacologue est présentée comme pouvant donner les clés pour diminuer la consommation, mieux vivre la grossesse et arrêter le tabac selon l'objectif de la patiente. L'une des sages-femmes interrogée précise que la consultation de tabacologie doit être présentée comme toute autre spécialité médicale, pour une prise en charge globale des patientes.

Selon une sage-femme interrogée, il n'y a pas de documentation disponible en salle de soins, à donner aux patientes. La seconde sage-femme déclare que des documentations sont disponibles mais qu'elles ne sont pas données systématiquement.

(4) Testeurs CO

Il ya un testeur CO disponible dans la salle de soins, mais une des sages-femmes ayant répondu au questionnaire, ne le savait pas. Cette même sage-femme ne connaît pas les modalités d'utilisation, ni l'interprétation des résultats. Elle souhaiterait recevoir plus d'informations sur le testeur CO. La seconde soignante connaît l'existence du testeur CO dans le service mais ne l'utilise pas ou peu et souhaiterait aussi bénéficier de plus d'informations à son sujet.

(5) Prescription TSN

Les sages-femmes du service déclarent ne pas prescrire de traitement de substitut nicotinique, car elles n'y sont pas formées.

(6) Formation

Les sages-femmes interrogées seraient favorables à être davantage formées sur le sujet.

b) Parcours de Madame R (Dossiers 3)

Madame R est âgée de 27 ans, elle est enceinte pour la première fois et attend des jumeaux (grossesse bichoriale biamniotique). Le suivi de la grossesse est effectué à Niort.

La patiente est transférée à Nantes en urgence pour une menace d'accouchement prématuré à 26 SA. La patiente est hospitalisée en service de Grossesses à Haut Risque.

(1) Repérage

Des informations sur sa consommation de tabac sont récupérées du dossier médical de Niort. Madame R fumait plus de dix cigarettes par jour avant sa grossesse et consomme désormais trois à quatre cigarettes par jour.

(2) Traçabilité

Pour toute hospitalisation dans le service, la sage-femme se charge de remplir la feuille de renseignements cliniques synthétique « *Synthèse d'entrée* », qui restera en première page du dossier durant tout le séjour (**Annexe XI**). Pour Madame R, il y est noté son tabagisme à trois-quatre cigarettes par jour dans « *Autres antécédents significatifs* ».

Dans le dossier informatique *PérinatGynéco*, sa consommation antérieure à la grossesse et actuelle sont aussi tracées. On ne retrouve pas d'information sur le statut de son conjoint, l'environnement de la patiente et son histoire tabagique.

(3) Orientation

Le lendemain de l'hospitalisation, le médecin qui réalise la visite, trace sur la feuille de prescription médicale : « *Consultation de tabacologie faite à Niort, à adresser à sage-femme tabacologue* ».

(4) Prise en charge

Madame R rencontre la sage-femme tabacologue le troisième jour de son hospitalisation. Dans le dossier de tabacologie, on trouve les informations suivantes :

Consommation au cours du dernier mois : 2-3 cigarettes roulées / jour. Utilisation de la cigarette électronique.

Degré de dépendance : Test de Fagerström en deux questions : 0

Début du tabagisme à 14 ans, pas de sevrage initié depuis.

Consommation d'alcool : Score AUDIT en 3 questions à 6 (*avant grossesse*)

Consommation de cannabis : débuté à 16 ans, consommation quotidienne.

Comment vous sentez-vous : A = 11 (*symptomatologie certaine*) et D = 5

Place du tabac dans le budget : 30 euros /semaine

Voilà ce qui est tracé dans le dossier de Madame R, par la sage-femme tabacologue : « *📄 du SF tabacologue à Niort 5 minutes. Patch de 14 mg sur 24h pendant un mois, puis sur la journée pendant une semaine. Puis patchs de 7 mg pendant une semaine. SF tabacologue vue qu'une seule fois. Reprise tabagisme après Noël (réel arrêt ?). Actuellement 4 roulées par jour. Souhait arrêt définitif. 1^{er} arrêt. Conjoint fumeur, envie d'arrêter ? Dernière cigarette hier matin. Mauvaise tolérance du patch, proposition substitution orale avant chaque cigarette et plus si nécessaire.* »

Madame R est revue le sixième jour de son hospitalisation, par la sage-femme tabacologue. Elle est en sevrage complet et le vit bien.

Finalement, madame R échappe à la tocolyse. Et devant des anomalies de l'enregistrement cardiaque fœtal, il est décidé d'une césarienne en urgence à 27 SA et 4 jours. Elle donne naissance à deux enfants de 1090g et 1000g, pris en charge en réanimation néonatale. Madame est hospitalisée en suites de couches.

Sur la feuille de *transmissions post-accouchement*, on retrouve sa consommation de tabac à trois-quatre cigarettes par jour. Il est prévu que Madame R soit revue par la tabacologue durant son séjour en maternité.

Elle revoit la sage-femme tabacologue : « *Plutôt bien, départ prévu demain pour maison des parents. Tabac : 1 dimanche, hier soir. Infos et recommandations faites* »

Madame R aura sa visite post-natale à un mois. Il sera renseigné une consommation de tabac de cinq à dix cigarettes par jour. Elle allaitera ses enfants en tirant son lait. Sa contraception sera une pilule micro-progestative et elle souhaitera un dispositif intra-utérin.

c) *Parcours de Madame G (Dossier 4)*

Madame G est âgée de 32 ans, son terme est estimé au 31/08/2016. Elle est déjà maman de deux enfants.

Madame G a pour antécédent une première grossesse en 2010, marquée par une rupture de la poche des eaux à 26 SA et 5 jours, pour laquelle elle avait été césarisée à 27 SA (chorioamniotite). Son petit garçon âgé maintenant de sept ans, a un handicap neurologique. Le tabac avait été arrêté en cours de grossesse et repris après trois mois d'allaitement.

Un second arrêt du tabac avait été réalisé lors d'une deuxième grossesse en 2012, pour lequel elle avait consulté au CHU. Elle avait diminué sa consommation à l'aide de patches puis réalisé un sevrage complet à 5 mois de grossesse. Madame G avait repris un tabagisme actif après six mois d'allaitement, dans un contexte festif.

Pour la grossesse actuelle, Madame G avait spontanément diminué sa consommation à cinq cigarettes par jour, en début de grossesse. Puis, elle avait ré-augmenté à vingt cigarettes par jour ; à l'annonce d'un hématome repéré à l'échographie, elle ne croyait plus en la grossesse. Madame R a été suivie par deux gynécologues obstétriciens du CHU dès 12 SA. Son tabagisme a été abordé à 16 SA et la patiente a été encouragée à arrêter. C'est à 23 SA que l'information de la consultation de tabacologie est tracée dans le dossier. A 25 SA, la consultation de tabacologie est encore proposée, la patiente bénéficie d'une substitution par patchs nicotiques et fume jusqu'à 5 cigarettes par jour.

Madame G est hospitalisée à 27 SA et 2 jours pour une rupture de la poche des eaux.

(1) Traçabilité

Sur la feuille *Synthèse d'entrée*, on retrouve une consommation de tabac de deux cigarettes par jour, sous patchs.

(2) Repérage-Orientation

Le médecin qui réalise la visite au troisième jour de l'hospitalisation de Madame G, demande la réalisation d'une consultation de tabacologie.

(3) Prise en charge

Madame G est vue par la sage-femme tabacologue au neuvième jour de son hospitalisation.

Voici ce que l'on retrouve dans son dossier de tabacologie :

Madame souhaite arrêter de fumer totalement. Son conjoint est fumeur et consomme du cannabis occasionnellement.

Consommation au cours du dernier mois : 2 cigarettes roulées / jour

Degré de dépendance : Test de Fagerström en deux questions : 5 (*forte dépendance*)

Début du tabagisme à 15 ans, 2 sevrages initiés depuis, avec aide d'une tabacologue et substitution par patchs. Le sevrage le plus long a duré 10 mois en 2012.

Consommation d'alcool : Score AUDIT en 3 questions à 2 (*avant grossesse*)

Comment vous sentez-vous : A = 7 et D = 4

Place du tabac dans le budget : 35 euros /semaine

Bilan lors de la consultation initiale :

- CO expiré = 0 ppm
- Nombre de cigarettes depuis le lever : 0
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 9 jours (avant hospitalisation)
- Conclusions : date d'arrêt déjà fixée, traitements prescrits : patchs 21 mg et comprimés à sucer 1,5 mg à la demande, techniques comportementales.

Madame G se met en travail à 28 SA et 6 jours, elle bénéficie d'un traitement par sulfate de magnésium pour protection cérébrale fœtale. Une décision de césarienne est prise devant des contractions et des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Elle donne naissance à une petite fille de 1110 g, prise en charge en réanimation néonatale, qui sera nourrie par du lait maternel.

Madame G est hospitalisée en suites de couches. Sur la feuille de *transmissions post-accouchement*, on retrouve la consommation de tabac et la substitution par patchs qui sont tracées. Le médecin souhaite qu'elle puisse revoir la sage-femme tabacologue.

Madame G revoit la sage-femme tabacologue : « *Sevrage complet depuis 14 jours mais hausse des envies, conjoint fumeur, appréhende le retour à la maison, se sent fragile, arrêt récent, bébé en réanimation néonatale. Maintien patchs 21mg/jour et suivi organisé* »

Sur la feuille *Lettre de liaison/Patiente*, le statut tabagique de la patiente est noté, et la réalisation d'une consultation de tabacologie est notée comme ayant été faite.

Madame G sera revue en visite post-natale par un médecin et le tabac n'est pas mentionné au cours de cette visite.

Le suivi par la sage-femme tabacologue s'est poursuivi durant l'hospitalisation de l'enfant de Madame G. Il y a eu trois rencontres faites dans le service de réanimation puis de néonatalogie. A quinze jours de l'accouchement, Madame G était toujours abstinente sous patchs de 21 mg. A un mois, elle déclarait avoir fumé trois cigarettes, avant d'avoir remis son patch et s'abstenait depuis. Elle exprimait sa déception face à cette rechute. Il lui a été prescrit des patchs de 14 mg.

Désormais, Madame G et son conjoint ont tout deux arrêté de fumer (contact téléphonique avec la sage-femme tabacologue).

3. Service des suites de couches

a) D'après les questionnaires

Nous avons obtenu les réponses de la sage-femme coordonnatrice du service.

(1) Visibilité

L'affiche du Réseau Sécurité Naissance est en place dans le service, mais parmi d'autres affiches donc elle n'est pas valorisée, selon la cadre du service.

Il n'y a pas de dépliant d'information, en libre accès dans le service, pour les patientes. Cependant, il y en a dans les salles de soins, à disposition des soignants. La distribution n'est pas systématique et est dépendante de la volonté des soignants.

(2) Repérage

D'après la sage-femme coordonnatrice, il n'existe à ce jour, pas de consensus établi quant au repérage des patientes tabagiques. Il n'y a pas non plus de support de recensement utilisé pour ces dernières.

En fin de séjour, la sage-femme réalise un examen de sortie, donne les conseils de sortie et remplit une feuille *Lettre de liaison/ patiente*. Dans celle-ci figure un item où le tabagisme et la prise de substituts nicotiques doivent être renseignés, et si la consultation de tabacologie a été proposée et/ou faite. Il est aussi possible de renseigner les autres addictions. **(Annexe IX)**

(3) Orientation

D'après la sage-femme coordonnatrice, les soignants ont pour consigne de proposer le soutien de la sage-femme tabacologue, soit en donnant ses coordonnées, soit en la faisant passer dans le service.

(4) Traçabilité

Lorsque les patientes ont un statut tabagique connu, celui-ci est normalement tracé dans son dossier médical informatisé et transmis à l'équipe soignante des suites de couches.

Les informations concernant le statut tabagique d'une patiente sont à renseigner sur la première page du dossier de soin des suites de couches, dans « *Autres antécédents significatifs- Tabagisme* ». (**Annexe X**)

A l'issue du séjour en suites de couches, un courrier de liaison est transmis au médecin traitant, sur lequel la mention du tabac doit être notée.

(5) Testeurs CO

Il n'y a pas de testeur CO disponible dans le service.

(6) Formation

Il n'y a pas de formation faite dans le service concernant la problématique du tabac. Selon la sage-femme coordonnatrice, une formation in situ des professionnels, une à deux fois par an, serait profitable.

(7) Prise en charge spécialisée

La prise en charge spécialisée semble être faite par la sage-femme tabacologue de la maternité. Ses coordonnées sont connues et accessibles aux soignants dans leurs salles de soins.

b) Parcours de Madame M (Dossier 5)

Madame M est une patiente âgée de 26 ans. Elle attend son premier enfant. Le terme est estimé au 21/11/14.

Madame M a pour antécédent notable une toxicomanie à l'héroïne, substituée par méthadone. Madame M est suivie à l'UGOMPS, au suivi intensif de grossesse (SIG) et par un médecin addictologue de la maternité.

(1) Traçabilité

Dans le dossier informatique, on retrouve des antécédents de toxicomanie (héroïne et skenan depuis l'âge de 17 ans) substituée par méthadone depuis 2011, et une consommation de cocaïne très occasionnelle, mais pas de renseignement sur le tabac.

Dans le dossier papier, on retrouve la notion de tabagisme actif à vingt cigarettes par jour avant la grossesse.

Au cours de son suivi de grossesse, Madame M est vue au Suivi Intensif de Grossesse, notamment pour des contrôles de la croissance fœtale. C'est uniquement dans ces

consultations que l'on retrouve des indications sur sa consommation tabagique. A 25SA : consommation de tabac à 10 cigarettes/jour. A 27SA+1j : tabagisme diminué à 3 cigarettes /jour.

(2) Repérage-orientation

Au huitième mois de grossesse, Madame M voit une sage-femme en consultation, qui se renseigne sur ses consommations : « *tabagisme à 10 cigarettes par jour* ».

(3) Prise en charge

Madame M rencontre la sage-femme tabacologue en fin de huitième mois de grossesse.

Consommation au cours du dernier mois : 10 cigarettes / jour

Degré de dépendance : Test de Fagerström en six questions : 6 (*dépendance moyenne*)

Début du tabagisme à 16 ans, 2 sevrages initiés depuis, avec aide d'une substitution par patches. Le sevrage le plus long a duré 5 mois. Le dernier sevrage date d'avril 2014. Rechute car prise de poids et conjoint fumeur.

Consommation d'alcool : 0

Comment vous sentez-vous : A = 11 (*symptomatologie certaine*) et D = 5

Bilan lors de la consultation initiale :

-CO expiré = 19 ppm

-Nombre de cigarettes par jour : 10 cigarettes / jour

-Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 2 heures

-Observations : « dépendance » à la cigarette électronique (gout menthe). Suivi par addictologue organisé (sous méthadone).

-Conclusions : Démarche de réduction avec substitution par patches 2 x 14 mg. Son conjoint va prendre rendez-vous pour prise en charge tabacologique.

Madame M est revue à 38 SA. Bilan lors de la seconde consultation :

-CO expiré = 18 ppm

-Nombre de cigarettes par jour: 7 à 8 cigarettes / jour

-Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 3 heures (2 cigarettes depuis le matin)

-Observations : Madame fume à l'extérieur de son domicile. Son objectif est de dissocier sa consommation de cafés et sa prise de cigarettes.

-Conclusions : Substitution par patchs 2 x 21mg (Madame se sent mieux avec ce dosage)

Madame M est vue au SIG pour sa consultation de terme, à terme et deux jours puis à terme et quatre jours. Lors de ces trois consultations, la trace de ses traitements par méthadone 30 mg et 2 x 21mg de nicotine par patchs, est retrouvée dans son dossier.

A l'issue de cette dernière consultation, Madame M est hospitalisée en Grossesses à Haut Risque pour un contrôle de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (VCT à 5,4 ms, non satisfait) et une maturation (Bishop à 6).

A cette occasion, Madame M et son conjoint sont revus par la sage-femme tabacologue, à 41 SA + 4 jours. Bilan lors de la troisième consultation :

-CO expiré = 8 ppm

-Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 3 heures 30

-Observations : 2 x 21mg par patchs, va bien, allaitement maternel et séjour en unité kangourou prévus. Conjoint sous 2 patchs de 21mg / 24h, 6-10 cigarettes fumées par jour, testeur CO à 14 ppm avec 2 cigarettes fumées il y a 3 heures et demi.

Sur la feuille de *synthèse d'entrée* en GHR, on retrouve : « *Grossesse sous méthadone. Tabac* ».

Madame M accouche d'une petite fille pesant 3180g à 41 SA et 5 jours. Elles sont hospitalisées en unité Kangourou.

Au 2^{ème} jour du post-partum, la sage-femme tabacologue rend visite à Madame M et sa fille : « *Patiente est bien avec les patchs de 2 x 21 mg et fume 3 cigarettes par jour. Conjoint avec patchs de 2 x 21mg + 14 mg rajouté. Allaitement maternel marche bien* ».

Durant son séjour, la patiente a été vue par le médecin addictologue. Le syndrome de sevrage de l'enfant a été suivi et évalué à l'aide du score de Finnegan¹¹ : 5 à 9 jusqu'au quatrième jour puis 0 le cinquième jour.

Le retour à domicile a été anticipé (mise en relation avec la protection maternelle infantile, le médecin traitant et le HOME si nécessaire) pour soutenir Madame M qui paraissait inquiète du retour à la maison.

Lors de l'examen de sortie, le tabagisme, la substitution ainsi que le suivi avec la sage-femme tabacologue sont tracés sur la *Lettre de Liaison*.

La visite post-natale a été effectuée à l'UGOMPS et le tabac n'a pas été évoqué.

Le couple a poursuivi son suivi par la sage-femme tabacologue au CHU. Ils seront revus à quinze jours de l'accouchement, où Madame aura augmenté sa consommation à 5-6 cigarettes par jour. La sage-femme tabacologue proposera de réévaluer la prise en charge lorsque l'allaitement maternel se passera mieux. Le conjoint augmentera sa substitution à trois patchs, avec lesquels il dira se sentir mieux.

Madame M reviendra consulter six mois plus tard. Bilan lors de la première consultation (Deuxième prise en charge) :

-CO expiré= 34 ppm

-Consommation quotidienne de tabac : > 20 cigarettes par jour

-Observations : Toujours sous méthadone. Echelle HAD parfaite. Allaitement maternel mais la petite fille ne fait toujours pas ses nuits. Madame a arrêté de

¹¹ Score de gravité utilisé d'après les « *Recommandations sur la prise en charge d'un syndrome de sevrage des opiacés maternels chez un nouveau-né* », validées par la commission des pédiatres du RSN.

travailler pour s'occuper d'elle. Son conjoint souhaite aussi une prise en charge. Madame souhaite essayer hypnose +/- acupuncture pour l'aider.

- Conclusions : Substitution par patchs de 2 x 21 mg.

Six mois plus tard, bilan lors de la deuxième consultation (Deuxième prise en charge) :

-CO expiré= 0 ppm

-En sevrage tabagique depuis 4 mois

-Observations : Patchs de 21 mg depuis un mois. La sage-femme et la patiente font le point sur les avantages et les inconvénients de ce sevrage. Elles énumèrent les motivations à ne pas rechuter. La patiente utilise occasionnellement une cigarette électronique sans nicotine.

4. Service d'assistance médicale à la procréation (AMP)

a) D'après les questionnaires

En réponse à notre questionnaire, une sage-femme du service réalisant les échographies, nous a expliqué que la question du tabagisme n'était pas abordée aux cours des échographies dans le service d'AMP.

Nous avons obtenu les réponses de trois médecins consultants du service.

(1) Repérage

La question de la consommation de tabac semble systématique, lors de l'interrogatoire. Les soignants semblent s'accorder sur l'importance de connaître le statut tabagique d'une patiente dès la première consultation. Ils ne manifestent pas de difficulté pour aborder ce sujet.

D'après leurs réponses, ils se renseignent du statut tabagique du conjoint et de l'environnement de la patiente, dans le cadre des consultations d'AMP. En revanche, ils ne questionnent pas tous sur les co-addictions.

Tous s'accordent à conseiller à la patiente de consulter un spécialiste en tabacologie, pour améliorer leur réussite dans leur parcours de procréation. Pour certains, cette recommandation est faite uniquement si la patiente souhaite arrêter de fumer. Pour

d'autres, les recommandations premières seront de s'aider de traitements de substitution nicotinique (patches) ou bien de la cigarette électronique.

Deux soignants sur trois, aimeraient être davantage formés au repérage des patientes tabagiques.

(2) Orientation

Les soignants semblent avoir facilement accès aux coordonnées de l'Unité de Coordination de Tabacologie. Ils les transmettent aux patients nantais, demandeurs de prise en charge.

Globalement, ils donnent les coordonnées et les patients se chargent de prendre rendez-vous. Un soignant déclare qu'il a une plaquette sur laquelle figurent les coordonnées et qu'il la photocopie aux patients désireux.

La tabacologue est présentée comme étant une aide pour comprendre l'addiction, les motivations et soutenir le sevrage dans le temps.

Deux soignants sur trois ont des documentations à leur disposition, qu'ils transmettent aux patients.

(3) Traçabilité

Dans ce service, les dossiers patients se trouvent sur un logiciel spécifique (*Médifirst*). C'est sur ce logiciel que sont tracées les informations obtenues lors d'une consultation, notamment sur le statut tabagique des patients.

Si les patients ont un suivi tabacologique au CHU, les soignants du service en sont, à priori, informés par un courrier. Si le suivi est externe, l'information peut être transmise par le patient lui-même.

(4) Testeurs CO

Il n'y a pas de testeur CO disponible dans le service. Les consultants connaissent globalement le principe de cet outil, mais s'accordent pour dire qu'il serait utile s'il était disponible dans chaque salle de consultation.

(5) Prescription de TSN

Il ne semble pas que les traitements de substitution en nicotine soient prescrits à l'issue des consultations dans ce service. Les soignants se jugent mal formés et informés

à leur propos. Un soignant estime que ce n'est pas de son ressort et que le temps restreint des consultations en limiterait la prescription.

b) Parcours de Madame M (Dossier 6)

Madame M est une patiente de 41 ans, G3 P0 (deux fausses couches traitées par aspiration et une grossesse extra-utérine traitée par salpingectomie). Son conjoint est âgé de 46 ans.

Ils sont pris en charge dans le service d'Aide Médicale à la Procréation dans un contexte d'hypofertilité primo-secondaire du couple (d'origine tubaire endométriosique et liée à l'âge). Une fécondation in vitro avec sperme du conjoint est souhaitée. Sur le dossier de madame M, on retrouve un tabagisme avec une consommation renseignée, de cinq cigarettes par jour. Il est aussi noté un tabagisme actif chez son conjoint, avec vingt cigarettes consommées par jour.

(1) Repérage-Orientation

Madame M est orientée vers la sage-femme tabacologue suite aux premières consultations dans le service d'AMP, par un médecin consultant.

(2) Prise en charge

Madame M rencontre la tabacologue en mars 2015. On apprend que la patiente a été hospitalisée en psychiatrie et a pris dans son passé des traitements antidépresseurs. On apprend que son conjoint est fumeur et fume à l'intérieur de la maison.

Consommation au cours du dernier mois : 10 à 20 cigarettes/ jour

Degré de dépendance : Test de Fagerström en six questions : 6 (*dépendance moyenne*)

Début du tabagisme à 19 ans, 1 sevrage initié depuis, avec aide d'une substitution par patchs : sevrage de 6 mois, il y a 11 ans. Prise de poids : 15 kilos

Consommation d'alcool : quasi quotidienne.

Comment vous sentez-vous : A = 14 (*symptomatologie certaine*) et D= 6

Place du tabac dans le budget : 70 euros /semaine

Bilan lors de la consultation initiale :

- CO expiré = 6 ppm
- Nombre de cigarettes par jour : 30 cigarettes / jour
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 1 heure (5 cigarettes depuis le matin)
- Observations : Madame cherche une méthode miracle pour arrêter le tabac. Existence de nombreux freins (non conscientisés par Madame). Prise en charge du conjoint ?
- Conclusions : Date d'arrêt prévue ce jour. Substitution par patchs 21 mg et gommes à mâcher. Consultation diététique conseillée.

Quinze jours plus tard, la patiente est revue en tabacologie. Bilan lors de la seconde consultation :

- CO expiré = 6 ppm
- Nombre de cigarettes par jour : 6 à 8 cigarettes / jour
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 1 heure
- Observations : Problématique de l'alcool et problématique du conjoint fumeur. Patiente toujours à la recherche d'une méthode « miracle ».
- Conclusions : Substitution par patchs 21 mg + 14 mg et gommes à mâcher à la demande.

Une semaine après, la patiente revient consulter. Bilan lors de la troisième consultation :

- CO expiré = 9 ppm
- Nombre de cigarettes par jour : 6 cigarettes / jour
- Temps écoulé depuis la dernière cigarette : 30 minutes
- Observations : Positif : la patiente est plus confortable, ce qui est remarqué par son entourage. Négatif : « Je ne peux pas arrêter en un jour alors que je fume depuis 18 ans ». Traitement actuel : 5 gommes par jour bien tolérées, patchs 21 mg x 2 depuis 4 jours.
- Conclusions : Essai rajout patch de 14 mg. Proposition de consultation avec médecin traitant pour troubles du sommeil. Consultations psychologique et diététique conseillées (patiente réticente pour voir un psychiatre).

La patiente est revue à un mois, pour une quatrième consultation :

-CO expiré = 2 ppm

-Nombre de cigarettes par jour : 0 (patiente en arrêt depuis 23 jours)

-Observations : Poids stable (prises en charge acupuncture et diététicienne). A repris Zolpidem (Stilnox®) avec accord du médecin traitant. FIV prévue début juin

-Conclusions : Substitution par patchs 2 x 21 mg (enlever le 14 mg). Essayer d'enlever les patchs de plus en plus tôt le soir.

Un mois plus tard, la patiente consulte en tabacologie pour une cinquième consultation :

-Patiente toujours en arrêt

-Observations : 1 patch de 21mg du matin jusqu'à 19h. Madame décrit des pulsions à fumer. La sage-femme tabacologue énumère les avantages et les inconvénients de cet arrêt, avec la patiente. Consommation d'alcool une fois par semaine. Poids : + 4 kilos (grignotages). Suivis psychologue et diététicienne en cours. Toujours sous zolpidem.

Deux mois plus tard, après un échec de la FIV, la patiente consulte pour son suivi de tabacologie. Elle est toujours abstinente et ne consomme plus d'alcool. Le point est fait sur les éléments positifs et négatifs de l'arrêt du tabac et sur le stress engendré par la prise en charge en AMP. Une substitution par patchs de 14 mg est envisagée.

Un mois plus tard, la patiente revient en consultation de tabacologie. Elle est toujours en sevrage tabagique sous patchs de 14 mg. La sage-femme tabacologue explique les bénéfices de l'arrêt sur la fertilité et la santé en général. Elle reparle du tabagisme et de la consommation d'alcool du conjoint. Madame M a des envies de fumer une fois par jour et une baisse de moral (suivi psychologique et entourage amical bienveillant). Une prise de poids de 5 kilos est notée (grignotages, suivi diététicienne en cours). Il est envisagé une substitution par patchs de 7 mg.

Trois semaines plus tard, la patiente est revue. Elle est toujours abstinente, mais fragile émotionnellement. Les points positifs de l'arrêt sont repris. La patiente est sous doxylamine (Donormyl®). Il persiste des envies de cigarettes durant lesquelles Madame M grignote. Les suivis psychologique et diététique sont encouragés à être poursuivis. Il est proposé un arrêt de la substitution par patchs de 7 mg, à Madame M qui est en

sevrage tabagique depuis près de cinq mois. La sage-femme tabacologue joint un mail au médecin qui prend en charge la patiente en AMP.

Finalement, après échec de la seconde FIV et du transfert d'embryon congelé, Madame M débute une grossesse spontanée en mars 2016.

La grossesse est marquée par un risque de trisomie 21 à 1/155, exploré par une biopsie de trophoblaste normale, puis un hydramnios à 32 SA. Dans son dossier de grossesse, on retrouve la notion de tabagisme antérieur à la grossesse et son conjoint est toujours fumeur mais refuse d'être pris en charge.

Madame M donnera naissance à son enfant à 41 SA et 2 jours après maturation pour hydramnios et grossesse prolongée.

Sur la feuille de *Transmissions post-accouchement*, on retrouvera : tabac, syndrome dépressif, alcoolisme et tentative de suicide.

Sur la feuille de l'examen de sortie des suites de couches (*lettre de liaison/patiente*), la patiente est dite non fumeuse, sans notion d'addiction antérieure.

III. Discussion

L'analyse des questionnaires et des dossiers médicaux nous a permis d'étudier la prise en charge mise en place actuellement au sein de la maternité, pour les patientes tabagiques. En mettant en relation ces données observationnelles aux recommandations rappelées précédemment, nous pouvons mettre en avant des axes d'amélioration possibles. Pour en faire l'analyse, nous nous sommes référés aux exigences de la Charte Maternité Sans Tabac.

A. Visibilité

Pour répondre à la 2^e mesure de la *Charte Maternité Sans Tabac* : « informer systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale, sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif », il est nécessaire qu'une visibilité adaptée soit en place dans l'établissement de santé.

1. Visibilité extra hospitalière

Dans un annuaire actualisé (juillet 2017), l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de Loire a recensé toutes les structures ressources en tabacologie de la région. On y retrouve la consultation proposée par la sage-femme tabacologue à la maternité. Cet outil est destiné aussi bien aux professionnels, qu'aux usagers. Le réseau Sécurité Naissance a aussi réactualisé son annuaire des référents tabacologues et addictologues des Pays de la Loire. **(Annexe XII)**

Le site internet de la maternité informe sur la possibilité d'une prise charge tabacologique par un médecin ou une sage-femme. La mise à jour doit être faite régulièrement pour que les données soient actualisées. Nous avons signalé la présence d'informations obsolètes sur la page web. **Les données ont ainsi pu être actualisées en novembre 2017.**

2. Visibilité intra hospitalière

En accord avec la *Charte Maternité Sans Tabac*¹², l'établissement rappelle l'interdiction de fumer dans les locaux par une signalétique claire et compréhensible, à

¹² Point 7 : « Etablir un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets »

l'entrée de la maternité. De plus, à l'initiative du Professeur Barrière¹³, un mur traduisant l'interdiction de fumer en de nombreuses langues a été récemment réalisé, lors de travaux de rénovations de l'entrée de l'hôpital femme-enfant-adolescent.

On trouve dans le hall d'entrée, la *Charte Hôpital Sans Tabac* et la *Charte du Patient Hospitalisé*. L'engagement des responsables (directeur, chef de service, sage-femme coordonnatrice) à travers la signature de la *Charte Maternité Sans Tabac*, est le point de départ fondamental de la démarche prévention du risque tabac et de la qualité des soins. **Il semblerait opportun d'ajouter aux affiches actuelles, l'affiche de la Charte Maternité Sans Tabac.**

La consultation de tabacologie est fléchée dès le hall d'entrée, elle est donc visible par tous, y compris les conjoints et les autres accompagnants des patientes prises en charge dans les services de la maternité.

Le Réseau Sécurité Naissance propose des affiches « Consultations tabacologie/Addictions », sur lesquelles figurent les coordonnées des référents de l'établissement (**Annexe XIII**). Cet outil informatif est mis en place dans le service de consultations (salle d'attente) et de suites de couches. **Il pourrait être proposé de l'afficher aussi dans les services de GHR et d'AMP.**

Le Réseau Sécurité Naissance propose des dépliants « La grossesse, le bébé et les consommations à risques », ainsi que des réglottes « Vulnérabilité de la femme enceinte. Conduites addictives. Repérer. Orienter ».

Les dépliants (**Annexe XIV**) sont destinés aux patientes. Ils pourraient être disponibles en libre accès au sein de la maternité ou donnés systématiquement à toutes les patientes. Ils informent brièvement des effets des consommations à risque pour le fœtus et renseignent sur les prises en charge possibles. Un encadré est laissé libre pour y noter les coordonnées des référents de l'établissement. Les sages-femmes de consultation interrogées ont la possibilité de donner des prospectus d'informations aux patientes. Pour répondre aux recommandations de l'HAS, **il semblerait important de s'assurer de la disponibilité des dépliants INPES et/ou RSN dans chaque salle de soins et d'en informer les soignants : particulièrement pour les services de Grossesses à Haut Risque, de suites de couches et d'AMP.**

¹³PU-PH chef du pôle hospitalo-universitaire "femme-enfant-adolescent" et chef du service biologie et médecine du développement et de la reproduction du CHU de Nantes.

Les réglettes sont destinées aux professionnels (*Annexe XV*). On retrouve les premières questions à poser aux patientes pour permettre un repérage efficace des vulnérabilités et des consommations à risque, ainsi que les coordonnées utiles. La dernière version date de février 2015. **Elles devraient être accessibles pour tous les soignants, en les mettant à disposition dans leurs salles de consultations et en les formant à son utilisation.**

B. Repérage

D'après les résultats de l'enquête¹⁴ menée par le Dr A. Chassevent [22], lors de sa thèse en 2008, 14.6 % des femmes dépendantes au tabac n'ont pas reçus d'information sur les risques de leur consommation, 13.6 % des femmes dépendantes au tabac avant la grossesse, n'ont pas été questionnés sur leur consommation durant la grossesse et 16.7 % des femmes fumant pendant la grossesse, n'ont pas été questionnés sur leur consommation durant la grossesse.

1. Auto-questionnaire de repérage

C'est pour palier à ce défaut de repérage que l'**auto-questionnaire GEGA** est utilisé en consultations, depuis le mois de janvier 2017. Sur la période de février à septembre 2017 : 112 auto-questionnaires ont été récupérés, 36 entretiens téléphoniques ont été réalisés et 20 messages ont été laissés sur le répondeur, après relecture des questionnaires par la sage-femme tabacologue. Enfin, parmi eux, 45 questionnaires étaient inexploitable, c'est-à-dire indiquant des situations problématiques mais sans étiquette « patient ». Actuellement, le retour des patientes sur cet outil de repérage est plutôt positif. Il n'y a à ce jour pas de grille de lecture établie, qui permettrait aux consultants d'orienter directement les patientes selon les problématiques identifiées.

Sur la même période, nous avons enregistré 2437 premières consultations d'obstétrique. **Moins de 5 % des patientes ont donc bénéficié de ce questionnaire de repérage. Pour être efficace, il serait intéressant d'élargir l'utilisation de cet outil à toutes les premières consultations et à tous les consultants des services de**

¹⁴ Son enquête portait sur 300 femmes interrogées à J2 du post-partum dans les services de suites de couches, d'Unité Kangourou et de Grossesses à Haut Risque du CHU de Nantes.

consultations et d'UGOMPS. Il est nécessaire d'informer ces derniers sur son utilisation, pour diminuer le nombre de questionnaires non exploitables.

2. Consultation d'inscription et d'orientation

La consultation médicale d'inscription et d'orientation concerne actuellement majoritairement des femmes ayant des pathologies. Deux journées par semaine sont dédiées à cette consultation. **600 patientes ont bénéficié de cette consultation en 2017, ce qui correspond à près de 17% des patientes de la maternité. L'objectif est que toutes les femmes suivies à la maternité en bénéficient dans l'avenir.** Dans ces conditions, si on associe cette consultation systématique, à l'utilisation du questionnaire GEGA en routine, on peut penser qu'il y aura, à l'avenir, un maximum de femmes tabagiques repérées.

3. Repérages selon les parcours de soins

Notre étude ne permet pas de mettre en évidence un défaut de repérage puisque les dossiers étudiés sont ceux de patientes ayant été repérées et orientées vers la sage-femme tabacologue. Cependant, nous pouvons mettre en relation les pratiques observées avec les recommandations actuelles.

Dans les deux dossiers de consultations sélectionnés, les patientes ont respectivement été repérées à l'entretien prénatal précoce (15 SA) et à la première consultation de suivi de grossesse (17 SA). Le repérage est ici effectué selon les recommandations. Ainsi, la prise en charge par la sage-femme tabacologue a pu être initiée précocement. Effectivement, les sages-femmes de consultations ne décrivent pas de difficulté à aborder la question du tabac, qu'elles déclarent poser de manière systématique à chaque première consultation. En revanche, **le statut du conjoint** ou la **présence de fumeurs dans l'entourage** de la patiente, ne sont pas systématiquement recherchés, alors que ce sont des facteurs importants de difficultés de sevrage, de motivation et de risque de tabagisme passif. **Ces éléments devraient être intégrés à l'interrogatoire de manière systématique.**

Dans les deux dossiers de GHR, les patientes tabagiques étaient repérées avant leur hospitalisation. L'une d'elle n'étant pas suivie au CHU, l'information a été récupérée dans son dossier médical. Pour la seconde, le suivi a été précoce (dès 12 SA) mais le tabac n'a pas été abordé lors de la première consultation à priori. Au vu de ses

antécédents, la patiente aurait pu bénéficier d'une **consultation pré-conceptionnelle, qui aurait eu tout son intérêt, notamment dans la délivrance d'information sur le tabac et la prise en charge possible**. Les sages-femmes de GHR interrogées déclarent qu'elles abordent la question du tabac systématiquement si la patiente est connue fumeuse. Donc, cela ne permettrait pas de rattraper un défaut antérieur de repérage. **Toutes les patientes hospitalisées devraient être interrogées sur leurs consommations de toxiques quel que soit leur statut connu.**

Pour les suites de couches, le dossier choisi est celui d'une patiente repérée pour son tabagisme assez tardivement durant sa grossesse, car la première mention de sa consommation est à 25 SA. Toutefois, la patiente était connue comme toxicomane, substituée depuis plusieurs années par méthadone. Ce n'est qu'à 38 SA, que la patiente est orientée vers la sage-femme tabacologue. On note ici que la complexité de son suivi n'a pas permis une prise en charge précoce du tabagisme, malgré les nombreux praticiens impliqués. Pourtant, l'étude d'A. Chassevent avait retrouvé que 6,3 % des femmes avaient une consommation d'au moins deux substances psycho actives au-delà du premier trimestre. **Les poly consommations devraient être systématiquement recherchées lors de la première consultation.**

Pour l'AMP, la patiente a bénéficié d'un repérage précoce, lors de la première consultation, en accord avec les recommandations. Cependant, on note qu'il est fait tardivement, relativement à son parcours d'infertilité, alors que la diminution de la fertilité a été significativement associée au tabagisme féminin, avec un effet d'autant plus marqué que le conjoint est fumeur. [6]

C. Traçabilité

D'après les résultats de méta-analyses, un système d'identification permet de doubler le taux d'abstinence et multiplie par trois les chances d'aborder le sujet au cours de la consultation. [23]

1. Dossier informatisé

Le dossier médical informatisé *PerinatGynéco*, possède un item *Habitus* comportant un onglet *Tabac : avant grossesse et pendant grossesse*. Lorsque les informations sont remplies, elles apparaissent sur la première page du dossier informatisé, correspondant au résumé des antécédents de la patiente. Ce système

d'identification simple permet un repérage rapide du statut tabagique, mais il nécessite d'être rigoureux lors de son remplissage.

Lors d'une consultation, le praticien peut cocher des affections sur la consultation du jour, parmi une liste prédéfinie. **Il pourrait être proposé d'ajouter la mention de *tabac/sevrage tabagique*, à cette liste. Cela permettrait une systématisation de la mention du tabac lors de l'interrogatoire du jour, avec une meilleure traçabilité de la consommation de tabac ou du confort du sevrage tabagique (prise en charge, taux de CO, TSN,...).**

2. Cahier d'identification

Des **cahiers de recensement des patientes tabagiques** ont été proposés dans différents services de la maternité (suites de couches, GHR, gynécologie), à l'initiative de la sage-femme tabacologue. Le principe était de pouvoir lui transmettre les patientes tabagiques nécessitant une prise en charge, en y apposant une étiquette « patient ». Cela permettait aussi de recontacter les patientes qui n'avaient pas été vues lors de leur séjour en suites de couches, faute de temps. Aujourd'hui, seul le cahier du service de GHR est encore utilisé. Pourtant c'est sur le même principe que les consultations de pédiatrie sont prévues dans le service de suites de couches. **Il serait intéressant de réintégrer cet outil dans les salles de soins des services et d'encourager les soignants à son utilisation.**

3. Dossier papier

a) *Transmissions Suites de Couches*

La fiche Transmissions Suites de Couches (***Annexe X***) est remplie en salle de naissance par la sage-femme ayant en charge la patiente. Elle est complétée selon les données du dossier informatisé et est à la première page du dossier de soin durant le séjour en suites de couches. On retrouve la mention du *Tabagisme* dans l'onglet « *Autres antécédents significatifs* ». Sur cette feuille, il existe un item « *Consultations* », où la sage-femme peut faire une demande de consultation parmi la liste suivante : psychologue, assistante sociale et spécialiste. **Il serait intéressant d'ajouter la consultation de tabacologie à ces propositions. Cela permettrait à l'équipe des suites de couches de faire une demande rapide de prise en charge ou de suivi tabacologique, étant donné le raccourcissement du temps de séjour.**

b) Lettre de liaison

Cette feuille était anciennement appelée « *Examen de sortie* » (**Annexe IX**). Elle permet de faire un résumé du séjour (examens complémentaires mère et enfant, traitements reçus, suivis mère et enfant prévus, traitements et prescriptions à la sortie) et trace l'examen de sortie effectué par la sage-femme ou le médecin. Dans l'onglet « *Interrogatoire* », on retrouve la mention du tabagisme : *oui/non*, la substitution nicotinique : *oui/non* et les informations données concernant la consultation de tabacologie : *oui/non*. Ce document est remis à la patiente (une version est conservée dans son dossier) et peut permettre la juste transmission des données au praticien suivant la patiente après sa sortie.

Sur les six dossiers étudiés, par deux fois, aucune traçabilité n'est retrouvée sur cette feuille (Madame L dossier 2 et Madame M dossier 6). On note que ces patientes n'ont pas bénéficié de suivi tabacologique en post-partum, alors que le tabac avait bien été mentionné sur la feuille des *Transmissions Suites de Couches*.

L'examen de sortie est donc l'ultime occasion de repérer une patiente tabagique avant son retour à la maison, et de lui proposer une prise en charge ou au minimum de lui donner les informations nécessaires.

c) Synthèse d'entrée

Ce document est à remplir par la sage-femme lors de toute admission dans le service de GHR (**Annexe XI**). Il est complété selon les informations des dossiers informatisé et papier. Il n'existe, à ce jour, pas d'onglet *Tabagisme* à remplir, sur cette feuille qui est la première page du dossier de soins durant l'hospitalisation. **Il serait pertinent d'ajouter un onglet *Tabagisme*, dans l'item « Résumé de l'examen à l'entrée ».** Ce serait un moyen lisible et rapide de connaître le statut tabagique de la patiente dès l'ouverture du dossier. **De la même façon, la consultation de tabacologie pourrait être ajoutée à la liste des demandes de consultations (anesthésiste, pédiatre, psychologue, diététicienne et endocrinologue).** Dès lors où la sage-femme coche la case de demande de consultation en tabacologie, elle pourrait finaliser cette démarche en identifiant la patiente dans le cahier de demandes des consultations tabacologiques (*cahier d'identification*).

4. Traçabilité selon les parcours de soins

Pour Madame L, repérée en consultation de début de grossesse, on note que la mention du tabac est faite sur la feuille de *Transmissions des Suites de Couches*, mais elle n'est pas retrouvée sur la *Lettre de liaison* de son examen de sortie. De la même façon, le tabac n'est pas mentionné lors de sa visite post-natale. Ce manque de traçabilité peut être responsable d'un défaut de prise en charge, alors que le post-partum est à fort risque de rechutes. En effet, les données montrent que 80% des femmes sevrées en cours de grossesse rechutent au cours de l'année suivant l'accouchement et que 30% rechutent juste après l'accouchement [4]. Selon l'HAS, il est recommandé d'anticiper la sortie de la maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique d'arrêt de la consommation du tabac, de façon à prévenir les rechutes. Il est recommandé de fournir des documents d'information aux femmes sevrées, sur les aides à la prévention de la rechute. Les sages-femmes des suites de couches devraient connaître cette période à risque, informer et orienter les patientes tabagiques ou récemment sevrées. **Il semble important que les soignants disposent d'outils informatifs à remettre aux patientes sevrées, durant le séjour en suites de couches.**

En GHR, les deux parcours étudiés ne permettent pas de révéler des défauts majeurs de traçabilité. En effet, les transmissions adaptées ont permis une prise en charge coordonnée, tout au long des deux parcours entre les différents services.

Pour Madame M (Suites de Couches), son tabagisme n'est pas retrouvé dans son dossier informatisé, alors qu'il est tracé dans son dossier papier. C'est une patiente poly-dépendante qui n'a été que tardivement repérée et orientée pour son tabagisme. Le défaut de traçabilité, par la mention irrégulière de la consommation de tabac, peut en être en partie responsable. **Il est recommandé que toutes les patientes soient questionnées sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.**

Pour Madame M (AMP), la principale faute de traçabilité est retrouvée sur la *Lettre de Liaison* remplie à l'issue de l'examen de sortie, où on ne retrouve aucune trace de consommation à risque ou de vulnérabilité, chez une patiente ayant pourtant de lourds antécédents.

Dans notre étude, le tabagisme des patientes est généralement renseigné, avec la quantité de cigarettes consommées. On retrouve exceptionnellement la trace des prises en charges en cours ou proposées et des traitements pris (TSN). On peut donc penser

que ces informations sont rarement demandées aux patientes. Pourtant, les TSN ont fait la preuve de leur efficacité dans le sevrage tabagique et d'autant plus qu'ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé [4]. **Il est du rôle de la sage-femme de se renseigner du vécu du sevrage et de la tolérance aux substituts nicotiniques. Ces informations devraient être recherchées et tracées dans les dossiers.**

Globalement, le tabagisme est moins bien tracé en post-partum et d'autant moins bien que l'on s'éloigne de l'accouchement. En effet, le tabac n'était pas mentionné dans deux examens de sortie et dans trois visites post-natales, sur les six dossiers étudiés.

D. Orientation

Après un repérage et un conseil d'arrêt bien menés, le professionnel de premier recours doit savoir présenter et expliquer le rôle du tabacologue, pour orienter efficacement ses patients. De plus, il est prouvé qu'une prise en charge spécifique dédiée est plus efficace dans la réussite d'un sevrage tabagique. La situation de la femme enceinte nécessite une orientation rapide. Si elle n'a pas pu arrêter seule sa consommation, sa dépendance justifie d'une prise en charge spécialisée.

Dans le service GHR, le médecin effectuant les visites a demandé une consultation de tabacologie pour les deux patientes, qui ont respectivement été vues à J3 et J9 de leur hospitalisation. Dans ces situations, le repérage antérieur et la traçabilité du statut tabagique sont des étapes essentielles, favorisant une prise en charge rapide et spécialisée, lors de l'hospitalisation. **L'utilisation systématisée du cahier d'identification des patientes tabagiques permettrait d'orienter rapidement les femmes dépendantes du tabac.**

Dans le service de consultations, les soignants connaissent la sage-femme tabacologue, son rôle et ses coordonnées. Cela s'illustre dans les deux dossiers sélectionnés, puisque le médecin et la sage-femme ont su orienter précocement leurs patientes.

Dans les services de suites de couches et d'AMP, les soignants connaissent aussi la prise en charge tabacologique disponible à la maternité. Ils ont accès aux coordonnées de l'Unité de Coordination en Tabacologie.

Pourtant, l'étude du Dr Chassevent montrait que 59,3 % des femmes dépendantes au tabac avant leur grossesse et 57,6 % des femmes consommant du tabac pendant la grossesse, n'ont pas eu de proposition de suivi par un tabacologue. Alors qu'elle a aussi prouvé, de manière significative, que ces femmes dépendantes ne parviennent pas ou peu à arrêter seules de fumer durant la grossesse : 13 % des femmes dépendantes parviennent à stopper leur consommation contre 72 % des femmes non dépendantes. [22]

En effet, nous remarquons que les professionnels connaissent la prise en charge tabacologique proposée à la maternité. Pour autant, cela ne suffit pas à orienter de manière satisfaisante les patientes qui en ont besoin. Donc, une première rencontre systématisée entre la sage-femme tabacologue et les patientes concernées, pourrait être une solution. **Ainsi, au même titre que le rendez-vous d'endocrinologie pour les patientes avec un diabète gestationnel, toutes les patientes tabagiques ou à risque de rechutes, devraient se voir proposer un rendez-vous avec la sage-femme tabacologue, pour recevoir les informations indispensables et ainsi bénéficier de ce premier contact. L'orientation vers un spécialiste doit être un réflexe pour les praticiens de premier recours.**

Sur l'année 2017, on peut estimer à 640 le nombre de patientes enceintes tabagiques suivies à la maternité (selon la prévalence nationale de 17,8 %). **Sur cette même année 111 patientes ont entrepris un suivi avec la sage-femme tabacologue, ce qui correspond à 17 % des femmes tabagiques. Ceci est révélateur d'un défaut de repérage et d'orientation de ces femmes.**

E. Prise en charge initiale

Une revue de la littérature a mis en évidence une efficacité significative de toutes les approches psychologiques et/ou comportementales d'aide et d'accompagnement à l'arrêt du tabac, elles doivent donc être systématiquement proposées à toute femme enceinte fumeuse. De plus, même si les femmes sont globalement bien informées sur les risques liés à la consommation de tabac pendant la grossesse, cela ne suffit pas pour celles qui sont dépendantes à modifier leur comportement. Ces femmes ont besoin d'un accompagnement spécifique pour arrêter leur consommation durant la grossesse et poursuivre cet arrêt après l'accouchement. [22]

En adhérent à la Charte Maternité Sans tabac, tout établissement s'engage à « promouvoir l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif » et à « encourager l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac » ». En effet, l'impact de nos discours est plus important lorsque plusieurs types de personnels médicaux encouragent les patientes fumeuses dans une démarche de sevrage. La participation de tous s'inscrit dans une démarche de mission de santé publique, quelle que soit sa fonction.

L'arrêt du tabac doit intervenir le plus tôt possible pendant la grossesse, mais reste bénéfique tout au long de la grossesse et de l'allaitement. **Le message délivré par les professionnels de santé doit être clair et univoque : l'objectif visé est un arrêt complet du tabac**, car on sait que la diminution du nombre de cigarettes fumées entraîne un phénomène de compensation et qu'en inhalant plus intensément, l'absorption des toxiques dont le monoxyde de carbone, peut rester identique.

Dans notre étude, nous soulignons un manque de continuité dans le soutien et la prise en charge des patientes, une fois leur suivi par la sage-femme tabacologue entrepris. **En effet, les professionnels devraient poursuivre leur intérêt pour la consommation de tabac ou le déroulement du sevrage, parallèlement à l'accompagnement spécialisé.** Pourtant, dans les deux dossiers de consultations, on ne retrouve pas d'information quant au tabagisme, lors des dernières consultations de suivi de grossesse.

En lien avec les défauts de traçabilité majorés en post-partum, nous remarquons une franche diminution de la préoccupation des soignants vis à vis du tabagisme actif et du sevrage tabagique, après l'accouchement. Pourtant, le risque de rechute pour les femmes qui sont parvenues à stopper leur consommation pendant la grossesse est important après la naissance, les exposant aux conséquences somatiques de la poursuite de la consommation de tabac et leurs enfants au risque du tabagisme passif. **Les soignants doivent être sensibilisés à cela et poursuivre leurs efforts dans l'accompagnement des femmes tabagiques ou en sevrage, dans le post-partum.** D'autant plus qu'une visite de la sage-femme tabacologue n'est pas toujours possible, sur la courte durée du séjour. Les informations concernant les risques du tabagisme passif et la possibilité

d'une prise en charge doivent donc être données par les soignants du service, avant la sortie de la patiente.

F. Testeurs CO

La mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré concerne deux points de la *Charte Maternité Sans Tabac*. Celle-ci recommande de « populariser la mesure du monoxyde de carbone pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères, en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur à CO ». Elle propose aussi d'évaluer l'impact du tabagisme sur les critères de qualité de la prise en charge, avec notamment la mesure du CO expiré, au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.

Tous s'accordent à dire que cet outil est particulièrement intéressant chez les femmes enceintes. L'HAS préconise son utilisation dans ses dernières recommandations. [4]

D'après notre étude, nous observons que les professionnels n'ont que peu ou pas de connaissances sur cet outil, et ne l'utilisent jamais. En effet, nous remarquons que seule la sage-femme tabacologue mesure le taux de CO expiré. Deux des quatre services étudiés bénéficient pourtant d'un appareil, mais les professionnels n'en sont pas tous informés. Certains sont demandeurs d'être formés à son utilisation.

En 2015, le Réseau Sécurité Naissance a diffusé un **protocole d'utilisation du testeur CO, avec une grille d'analyse des résultats (Annexe XVI)**. Ce document simple permettrait à tous les professionnels de proposer aux patients la mesure du CO expiré. **Sur l'exemple de certaines maternités françaises, nous proposons de mettre à disposition un testeur CO dans chaque salle de consultations (obstétrique et AMP) et dans les salles de soins (suites de couches et GHR)**. Dans ces établissements, les appareils sont fixés au mur à côté des tensiomètres, et chaque salle dispose d'une affiche murale permettant la lecture de la mesure du taux de CO. Sur ce modèle, nous pourrions afficher le protocole cité précédemment. Ainsi, les patientes pourront lire le résultat en même temps que le professionnel et réaliser l'importance de leur intoxication tabagique ou l'évolution de leurs efforts. La mesure du taux de CO devrait être faite lors du conseil d'arrêt pour toutes les patientes fumeuses. [23]

G. Prescription de TSN

L'aide pharmacologique peut être proposée en première intention si la femme le demande, ou en deuxième intention si la femme n'arrive pas à s'arrêter de fumer rapidement seule ou avec une aide psychologique et/ou comportementale. Les TNS sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Ils ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié, mais peuvent être responsables de symptômes de sur ou sous-dosage. [4]

La *Charte Maternité Sans tabac* préconise de prendre en charge médicalement en hospitalisation et en ambulatoire, toute femme fumeuse présentant ou non une pathologie obstétricale (mesure du CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire les TSN aux femmes enceintes, et depuis aout 2016¹⁵ à leur entourage.

Dans notre étude, nous observons que les femmes bénéficient de ce traitement uniquement lors de leur prise en charge spécialisée par la sage-femme tabacologue. En effet, les professionnels déclarent ne pas prescrire de TSN et ne pas être assez informés à leur propos.

Pour que les professionnels puissent s'impliquer davantage dans le sevrage tabagique, ils devraient bénéficier de formations quant aux modalités de prescription des TNS et de suivi des patientes traitées. **Ils devraient pouvoir évaluer la tolérance aux traitements, pour conseiller et orienter les patientes vers la tabacologue si nécessaire. Ces informations devraient être recherchées et tracées à la consultation du jour (Cf proposition nouvel item) dans les dossiers informatisés ou à l'examen du jour dans les dossiers de soins.**

Pour suivre les préconisations de la *Charte Maternité Sans Tabac*, **les TNS devraient être mis à disposition dans l'ensemble des services.** Cette mesure favoriserait l'initiation d'une démarche de réduction ou de sevrage tabagique et permettrait aux personnes en situation précaire de bénéficier du traitement sans avance de frais.

¹⁵ Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

H. Formations

L'objectif 10 du Plan Cancer 2014-2019, s'est illustré par l'élaboration d'un Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) [24]. La formation initiale et continue des professionnels de santé sur le tabac, fait partie des objectifs de ce programme. Il est souhaité que les équipes des services de soins soient sensibilisées à l'arrêt du tabac, et que l'offre et la pratique du sevrage tabagique soient renforcées, en particulier en périnatalité (action 107 du plan gouvernemental).

Pour respecter leurs engagements, les établissements « *Maternité sans tabac* » se doivent **de sensibiliser tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme parental** pour améliorer la qualité des soins. Ils doivent **former des personnels volontaires à la prévention et la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.**

Pourtant, dans notre étude, nous observons qu'il n'y pas de formation prévue et faite aux professionnels dans les services, alors qu'ils seraient demandeurs d'être informés et formés à la prise en charge des patientes tabagiques. **Il semble important qu'un effort soit fait pour que l'ensemble du personnel soit informé sur ce sujet.**

Concernant les étudiants en maïeutique, nous bénéficions de trois heures d'enseignements théoriques sur le sevrage tabagique et le rôle de la sage-femme. Ces cours sont dispensés par un médecin et la sage-femme tabacologue de l'UCT, durant la deuxième année de formation au diplôme général en sciences maïeutiques. En première année de formation au diplôme approfondi en sciences maïeutiques, une initiation à l'entretien motivationnel est dispensée par un médecin addictologue.

Depuis 2017, les étudiants en deuxième année de formation au diplôme général en sciences maïeutiques bénéficient d'une heure d'enseignement supplémentaire avec la sage-femme tabacologue. Les notions d'addiction et d'aide au sevrage tabagique sont abordées par une psychologue et un médecin de l'UCT, durant deux heures.

Il serait bénéfique de proposer un enseignement supplémentaire, notamment pour les étudiants en fin de cursus. Cette formation pourrait être présentée sous forme d'unité d'enseignement optionnelle. Il serait intéressant d'y aborder les engagements de notre établissement en tant que « maternité sans tabac », les dernières recommandations sur la prise charge des femmes tabagiques et les

outils pratiques de repérage, d'orientation et de prise en charge (utilisation du testeur CO, modalités de prescription des TSN, ...).

I. Autres engagements de l'établissement

Les deux derniers points de la *Charte Maternité Sans Tabac* concernent la politique d'établissement et l'engagement des responsables dans une démarche continue de prévention et de prise en charge du risque *tabac*. Ils encouragent à définir un plan stratégique d'actions, passant par un projet de service et de soins intégrant la problématique « tabac » et un plan spécifique de formation pour les professionnels concernés. Ils encouragent tous les soignants à s'investir dans cette démarche. Il est essentiel que chaque personnel soignant soit associé à chaque étape de la démarche *Maternité Sans Tabac*.

Le Guide pour devenir une Maternité Sans Tabac [18] apporte des précisions sur l'évaluation et l'amélioration de cette démarche. On y trouve cinq référentiels distincts :

- Gestion de la qualité des soins et prévention du risque tabac en maternité
- La femme enceinte et la prise en charge du tabagisme
- Gestion des compétences humaines
- Gestion du système de communication
- Gestion de la logistique

Ils sont structurés sur la base des recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et tabac » de 2004 [6] et des recommandations de l'AFSSAPS [23]. Ils expriment des objectifs à atteindre sous forme de critères précis. Leur rôle est de mesurer la politique de prise en charge du tabagisme dans l'établissement, en les comparant aux résultats nationaux, aux années antérieures et autres *Maternités Sans Tabac*. Ils peuvent aussi participer à l'élaboration d'un rapport annuel des indicateurs de qualité des soins périnataux. Enfin, il est proposé une échelle d'appréciation à 4 niveaux pour chaque référentiel du guide. Le niveau D indique que la maternité a simplement signé la Charte, alors que le niveau A indique que la maternité satisfait en totalité aux référentiels.

Ces référentiels s'adressent à tous les professionnels de la périnatalité ainsi qu'aux étudiants des professions de santé. Ils concernent les femmes enceintes elles-mêmes qu'elles soient fumeuses ou non, leurs conjoints qu'ils soient eux-mêmes fumeurs ou non

et aussi les visiteurs. L'engagement dans cette démarche permet aux personnels soignants fumeurs, d'avoir l'opportunité d'entreprendre un sevrage de manière facilitée (prise en charge médicale en impliquant si possible les personnels de la médecine préventive et/ou ceux de l'UCT, mise à disposition des TNS). Elle prévoit aussi l'interdiction de fumer sur les lieux durant le temps de travail.

Au delà des référentiels proposés ci-dessus, l'atteinte des objectifs du programme *Maternité Sans Tabac* peut aussi être mesurée selon différentes méthodes comme l'évaluation des pratiques professionnelles ou les enquêtes d'opinion interne.

A l'hôpital femme-enfant-adolescent de Nantes, les référentiels proposés dans la démarche *Maternité Sans Tabac* ne sont pas utilisés pour l'évaluation de la prise en charge des patientes fumeuses. A ce jour, il n'y a pas d'indicateurs disponibles sur le tabagisme ou sa prise en charge.¹⁶ **Il serait indispensable de mettre en place des outils d'auto-évaluation de la prise charge du tabagisme au sein de l'établissement, en s'appuyant sur les référentiels de la démarche Maternité Sans Tabac.**

¹⁶ *Revue de Scope Santé*

Conclusion

Le tabac transforme toute grossesse en grossesse à risque. Ainsi, le message délivré par tous (sage-femme, gynécologue, obstétricien, médecin traitant, etc.) doit être clair et univoque : arrêt complet du tabagisme durant la grossesse. L'impact du tabac sur la santé de la femme, de l'embryon, du fœtus et de l'enfant est désormais bien connu de la plupart des professionnels. Pourtant notre travail révèle un défaut de repérage et d'orientation des patientes tabagiques puisque seulement 17 % des femmes continuant à fumer durant leur grossesse, bénéficient d'une prise en charge par la sage-femme tabacologue.

La grossesse est une période particulièrement propice aux changements, où la femme et son conjoint sont sensibilisés. Elle permet un suivi médical soutenu, régulier et pluri-professionnel sur une période limitée. C'est alors aux professionnels de santé de saisir cette occasion pour prendre en charge les patientes de manière optimale et ainsi les accompagner au mieux vers un sevrage tabagique. Le repérage doit être le plus précoce possible et tous les soignants sont concernés. En effet, l'acquisition de réflexes simples est nécessaire pour que chaque soignant repère chaque patiente consommatrice de toxiques. Les objectifs sont triples : repérage, informations et orientation.

La sage-femme a une place stratégique, dans la maternité, pour le repérage et l'orientation des femmes tabagiques, par sa présence tout au long du suivi de la femme : suivi gynécologique, consultation préconceptionnelle, consultation de suivi de grossesse, entretien prénatal précoce, préparation à la naissance, hospitalisation en services d'obstétrique (GHR, suites de couches, Unité Kangourou), visite post-natale, visite à domicile, etc. ... Son rôle dans le dépistage du tabagisme actif et passif est fondamental.

L'amélioration de prise en charge des patientes passe aussi par l'évaluation des pratiques professionnelles et la réalisation d'études cliniques. Ainsi, depuis avril 2016, une étude nationale (*Etude FISCP*), est en cours de réalisation dans 16 maternités de France parmi lesquelles celle du CHU de Nantes. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'une incitation financière sur le taux d'abstinence au tabac chez les femmes enceintes fumeuses. Cette étude prévoit 3 à 5 consultations de tabacologie par femme enceinte volontaire jusqu'à l'accouchement et un rappel téléphonique dans les 6 mois qui suivent. Les incitations financières prendront, quant à elles, la forme de bons d'achat, valables dans un grand nombre d'enseignes (à l'exception d'achat du tabac ou

de l'alcool). L'étude dure 36 mois donc ses premiers résultats seront disponibles dans 2 ans.

D'autres outils de sevrage tabagique sont aussi en cours d'évaluation. Le Haut Conseil de Santé Publique a récemment actualisé son avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale [26]. Il ressort de ses travaux que la cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs. Il recommande d'en informer, sans en faire la publicité, les professionnels de santé et les fumeurs. Il invite aussi à renforcer le dispositif observationnel du tabagisme. La réalisation d'études épidémiologiques et cliniques robustes sur la cigarette électronique sont nécessaires.

Enfin, un engagement soutenu des décisionnaires est indispensable pour progresser dans la prise en charge du tabagisme. Le premier Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016 est arrivé à échéance et la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 invite donc à élaborer un nouveau Projet. Celui-ci devrait prévoir des actions concernant les déterminants de santé, par une démarche de prévention intégrée, adossée à des données probantes¹⁷. Pour répondre à l'objectif gouvernemental fixé par le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) : diminution de 10 % de la part de fumeurs quotidiens en 2019, le PRS 2018-2022 devrait apporter de nouvelles mesures concernant la prise en charge du tabagisme.

¹⁷ D'après la 7^e recommandation émise par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie dans son rapport d'évaluation du PRS 2012-2016.

Bibliographie

[1] GUIGNARD, Romain. Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* [en ligne]. Octobre 2016, N° 30-31, p.494-6. (Consulté le 15 juillet 2017). Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/index.html>

[2] PASQUEREAU A, GAUTIER A, ANDLER R, GUIGNARD R, RICHARD JB, NGUYEN-THANH V ; le groupe Baromètre santé 2016. *Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016* [en ligne]. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(12):214-22. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html

[3] Santé Publique France. *La législation antitabac en France* [en ligne] (modifié le 15/05/2012). (Consulté le 20 juillet 2017). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>

[4] HAS. Recommandation de bonne pratique. *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours* [en ligne]. Octobre 2014. (Consulté le 11 juillet 2017). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201411/reco2clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf

[5] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* ; [en ligne]. Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. (Consulté le 25 juillet 2017). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

[6] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. DELCROIX M., DEQUIDT N., ADLER M. *Conférence de consensus « Grossesse et tabac », 7 et 8 octobre 2004, Lille (Grand Palais), 37 p.* (Consulté le 27 juillet 2017) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf

[7] GRANGE G., PANNIER E. Conséquences fœtales du tabagisme sur les modes d'accouchement, l'hypoxie et l'acidose per-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [en ligne]. Avril 2005, volume n°34 – N° HS1, p.146-151. (Consulté le 11 juillet 2017) Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/138481>

[8] Organisation Mondiale de la Santé. *CIM-10 Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes* [en ligne]. (Version : 2008) (Consulté le 12 août 2017) Disponible sur : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F17.2>

[9] COROMA-Collège Romand de Médecine de l'Addiction. *Neurosciences de l'addiction* [en ligne]. Septembre 2009 (consulté le 13 octobre 2017). Disponible sur : https://www.stop-tabak.ch/de/images/stories/documents_stop_tabac/neurosciences_addictions.pdf

[10] Santé Publique France. Tabac Info Service. *La dépendance au tabac* [en ligne]. (Consulté le 13 novembre 2017) Disponible sur : <https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac>

[11] Haute Autorité de Santé. *Annexe – Modèle théorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente* [en ligne]. Octobre 2014. (Consulté le 16 septembre 2017). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf

[12] Réseau Sécurité Naissance. *Utilisation du testeur CO*. Document RSN[en ligne]. Mai 2005. (Consulté le 03 novembre 2017). Disponible sur : http://www.reseau-naissance.fr/systeme/base-documentaire/?id_doc=3963

[13] DELCROIX M., GOMEZ C. *Conseil minimal et mesure du monoxyde de carbone expiré chez les femmes enceintes*. Education du Patient et Enjeux de Santé, 2004, Vol 22, n°2, p 42-8.

[14] AFTCC - Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. *Trouvez un thérapeute* [en ligne]. (Modifié en novembre 2017). (Consulté le 10 octobre 2017). Disponible sur : http://www.aftcc.org/carte_membres

[15] RSN - Réseau Sécurité Naissance. *Formation à l'entretien motivationnel* [en ligne]. (Consulté le 30 juillet 2017). Disponible sur : <http://www.reseau-naissance.fr/formation-a-lentretien-motivationnel/>

[16] Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. *Substituts nicotiques* [en ligne]. (Mise à jour le 21 novembre 2014). (Consulté le 30 juillet 2017). Disponible sur : <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=substituts+nicotiques>

[17] GLOVER-BONDEAU AS. *Tabagisme et allaitement* [en ligne]. Mai 2013. (Consulté le 12 septembre 2017). Disponible sur : <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/allaitement-et-tabagisme>

[18] Réseau Hôpital Sans Tabac. *Référentiel pour devenir une maternité sans tabac* [en ligne]. Avril 2006. (Consulté le 22 juillet 2017). Disponible sur : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2016/08/REFERENTIEL-MATERNITE-SANS-TABAC.pdf>

[19] Automesure. *Questionnaire AUDIT - dépendance à l'alcool* [en ligne]. 2002. (Consulté le 05 janvier 2017). Disponible sur : http://www.automesure.com/Pages/formulaire_alcool.html

[20] HAS - Haute Autorité de Santé. *Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale* [en ligne]. Octobre 2014. (Consulté le 10 octobre 2017). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf

[21] CHU de Nantes - Maternité du CHU de Nantes. *Le suivi de grossesse* [en ligne]. (Publié le 27 mai 2016). Disponible sur : <https://maternite.chu-nantes.fr/le-suivi-de-votre-grossesse-61498.kjsp?RH=1438245821829&RF=AVTHOSPITMATERN>

[22] CHASSEVENT A. *Maternité et conduites addictives - Enjeux et intérêts de l'addictologie de liaison en périnatalité* [en ligne] Psychiatrie. Faculté de médecine de Nantes, 2008, 224p. Disponible sur : <file:///C:/Users/laver/AppData/Local/Temp/pdfNatif.pdf>

[23] WHITTAKER A. *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse* [en ligne]. Edition Respadd, juin 2013, 340p (p165-8). Disponible sur : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-complet-BAT2-MD.pdf> (ISBN : 978-2-7466-6113-4)

[24] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2018 [en ligne]. 25 septembre 2014. (Consulté le 7 octobre 2017). Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

[25] AFSSAPS- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac* [en ligne]. Mai 2003. (Consulté le 3 juillet 2017). Disponible sur : [https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/24.AfSSAPS reco de bone pratique.pdf](https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/24.AfSSAPS_reco_de_bone_pratique.pdf)

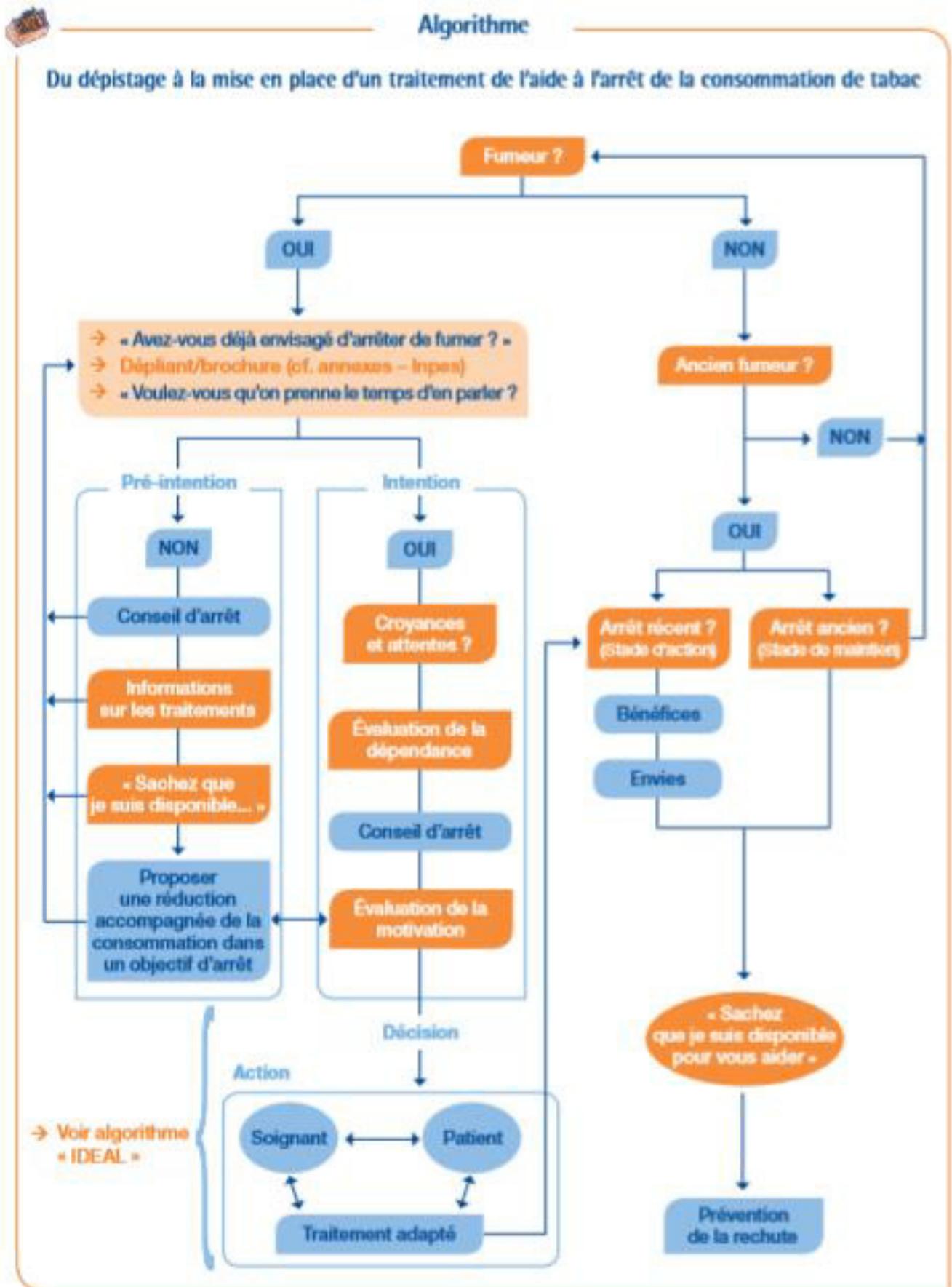
[26] HCSP – Haut Conseil de la Santé Publique. *Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale* [en ligne]. 22 février 2016. (Consulté le 17 novembre 2017). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2016/010-cigarette-electronique.asp>

Annexes

Annexe I : Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge. HAS

A		Tableau 1. Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge	
Les questions à poser :			
SI OUI		SI NON	
<ul style="list-style-type: none"> → « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » → Proposer un dépliant/brochure² sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage. → « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? » 		<ul style="list-style-type: none"> → « Avez-vous déjà fumé ? » → Si non : Le patient n'a jamais fumé. → Si oui : « Pendant combien de temps ? » → Puis : « Depuis quand avez-vous arrêté ? » 	
SI OUI – Plusieurs consultations peuvent être nécessaires :		SI NON :	
<ul style="list-style-type: none"> → Évaluer les croyances et les attentes du patient. → Évaluer l'usage et la dépendance. « Fumez-vous tous les jours ? » « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? » « Depuis combien de temps ? À quel âge avez-vous commencé ? » « Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? » « Avez-vous déjà tenté de diminuer ou d'arrêter de fumer ? » → Conseiller d'arrêter. → Évaluer la motivation. 		<ul style="list-style-type: none"> → Conseiller d'arrêter. → Informer. « Savez-vous qu'il existe des moyens pour vous aider à arrêter de fumer et à soulager les symptômes de sevrage ? » → Laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour en parler quand vous le désirerez. » → Proposer une approche de réduction accompagnée de la consommation dans un objectif d'arrêt. 	
		<ul style="list-style-type: none"> → Le patient est en cours d'arrêt ou a arrêté de fumer depuis peu : <ul style="list-style-type: none"> ● lui faire exprimer les bénéfices de l'arrêt et les valoriser : « Vous avez pris une décision bénéfique pour votre santé. » ● évaluer les envies et leur gestion. ● laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. » 	
		<ul style="list-style-type: none"> → Le patient a arrêté de fumer depuis longtemps : <ul style="list-style-type: none"> ● laisser la porte ouverte : « Sachez que je suis disponible pour vous aider si vous craignez de rechuter. » ● y penser lors d'événements de vie à risque. 	

Annexe II : Algorithme : « Du dépistage à la mise en place de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac ». HAS



Annexe III : Tests de Fagerström en deux et six questions. HAS



Test de Fagerström simplifié en 2 questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - Moins de 5 minutes 3
 - 6 à 30 minutes 2
 - 31 à 60 minutes 1
 - Après plus d'1 heure 0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance
- 2-3 : dépendance modérée
- 4-5-6 : dépendance forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012



Test de Fagerström simplifié en 6 questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012

Annexe IV : Méthode proposée par l'HAS pour évaluer la motivation à l'arrêt. (AE)

Méthode proposée pour évaluer la motivation à l'arrêt de la consommation du tabac

- Interroger le patient : « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? » :
 - « **NON.** » Le tabac ne représente pas un problème pour le patient : **stade de pré-intention.**
- Retour au conseil d'arrêt ;
- Proposer une évaluation de son niveau de dépendance ;
- **Proposer une approche de réduction de la consommation :**
 - « **OUI mais ...** » ou « **OUI peut-être plus tard** » ou « **NON mais ça serait bien** », etc. : **stade de l'intention.**
- Aider le patient à explorer son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite (**Entretien motivationnel**) ;
- **Explorer l'intérêt pour ce patient d'une réduction de la consommation dans un premier temps :**
 - « **OUI maintenant** » : **stade de la décision.**
- Dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique, établir des objectifs négociés.

Charte

Maternité sans tabac

1 - **Sensibiliser** tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme parental pour améliorer la qualité des soins.

2 - **Informier** systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.

3 - **Populariser** la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.

4 - **Evaluer** l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :

- Mesure du CO expiré au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.
- Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement).

5 - **Définir** un plan stratégique d'actions applicables par toute maternité :

- redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique « tabac »,
- organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.

6 - **Prendre en charge** médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou non une pathologie obstétricale (mesure du CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).

7 - **Etablir** un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets.

8 - **Promouvoir** l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif.

9 - **Former** des personnels volontaires à la prévention et la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.

10 - **Encourager** l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac ».

Date :

Le Directeur

Chef de Service
Gynéco/Obst

Sage-femme
Cadre supérieur

Pr Michel Delcroix
Responsable Maternité Sans Tabac

Consultation de tabacologie

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville _____

Téléphone _____ (où vous êtes facilement joignable)

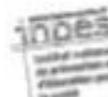
Téléphone portable _____

Vous voulez essayer d'arrêter de fumer

Pour vous accompagner dans cette démarche, le médecin qui va vous recevoir en consultation a besoin de connaître vos habitudes de fumeur. Merci de bien vouloir prendre le temps de répondre aux questions des pages suivantes : elles vous aideront à faire le point et faciliteront le dialogue avec le médecin.

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur l'efficacité des consultations de tabacologie en allant sur le site internet de l'équipe de recherche COTnet
<https://cotnet.spim.jussieu.fr>

Les informations contenues dans ces questions pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Conformément aux articles 26 et 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Libertés" et à son décret d'application n°78-774 du 17 juillet 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données. Pour l'exercer, adressez-vous à votre centre de consultation de tabacologie.



Date :
 jour mois année

- 1 - Pour le rendez-vous d'aujourd'hui, depuis combien de jours avez-vous pris rendez-vous ? jours
- 2 - Date de naissance :
- 3 - Sexe : H - F
- 4 - Taille : _____ cm 5 - Poids : _____ kg *avant grossesse*

Pour les femmes :

- 6 - Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui - Non
- 7 - Si oui, à quel trimestre de grossesse êtes-vous ? 1 2 3
- 8 - Prenez-vous la pilule ? Oui - Non

9 - Quel est votre objectif en venant en consultation de tabacologie ?

- Je voudrais arrêter de fumer complètement
- Je voudrais réduire ma consommation de tabac
- Je voudrais simplement obtenir des renseignements sur le sevrage tabagique
- Je viens d'arrêter de fumer : j'ai besoin d'aide pour maintenir l'arrêt.

Le saviez-vous ? Les résultats obtenus auprès de fumeurs qui ont consulté au moins 3 fois sont : ceux qui ont arrêté du jour au lendemain ont des taux d'arrêt comparables à ceux qui ont réduit progressivement avant l'arrêt complet pendant leur prise en charge en tabacologie. Plus d'informations sur le site <https://cdtmet.spm.jussieu.fr>

10 - Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- Actif Au chômage, bénéficiaire du RSA En formation/Étudiant
- Retraité Homme ou femme au foyer Invalidité / Allocation adulte handicapé

Fumez-vous à l'intérieur de votre habitation ? Oui - Non

Y a-t-il d'autres fumeurs que vous dans votre foyer ? Oui - Non

11 - Quel est votre niveau d'études ?

- Sans diplôme Niveau secondaire (lycée) Bac +2
- C.A.P., B.E.P. Baccalauréat Au-delà de Bac +2

Qui vous a conseillé de venir à cette consultation ? (Choisissez une seule réponse)

- Hospitalisation (avant, pendant, après, médecin hospitalier) Médecin du travail
- Demande de l'entourage Pharmacien
- Médecin traitant "Tabac info service"
- Médecin spécialiste Aucune de ces personnes/institutions, c'est une démarche personnelle

Maladies et traitements

Si vous avez des doutes concernant les réponses aux questions suivantes, n'hésitez pas à en parler à l'infirmier ou au médecin.

12 - Avez-vous un ou plusieurs des facteurs de risque cardiovasculaire suivants ?

- Hypertension artérielle Diabète Excès de cholestérol

- 13 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes ?
- Infarctus du myocarde
 - Angine de poitrine (angor)
 - Accident vasculaire cérébral
 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (artérite)
- 14 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?
- Bronchite chronique (*toux le matin au moins 3 mois par an depuis 2 ans*)
 - Bronchopathie chronique obstructive
 - Asthme
- 15 - Êtes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour un ou plusieurs des cancers suivants ?
- Poumon
 - Vessie
 - Gorge (ORL)
 - Un autre cancer (précisez) _____
- 16 - Prenez-vous assez régulièrement un ou plusieurs des médicaments suivants ?
- Tranquillisants
 - Somnifères
 - Antidépresseurs
 - Neuroleptiques
 - Régulateurs de l'humeur
 - Traitements de substitution (subutex / méthadone)
- 17 - Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt partiel ou total de l'activité ? Oui - Non
- Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler ?
- _____
- _____
- _____

Bilan tabagique

- 18 - Avez-vous réduit votre consommation de cigarettes au cours du mois précédant cette consultation d'aide à l'arrêt ? Oui - Non
- 19 - Vous ne fumez pas actuellement
Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? en jours _____ en mois _____
- 20 - Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant cet arrêt ? _____
- 21 - Vous fumez encore actuellement
Fumez-vous tous les jours ? Oui - Non
- 22 - Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :
Cigarettes manufacturées achetées en paquet ? ____ Cigarettes roulées ? ____ Cigarillos ? ____
- 23 - Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants (*cochez les cases correspondantes*) :
 Cigare Pipe Tabac à mâcher Snus Narguilé / Chicha Ploom
Autres produits, précisez _____
- 24 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

- 25 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____
- 26 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non
- 27 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

Nous vous invitons à partager votre expérience de "vapotage" sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

Degré de dépendance au tabac (Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse)

28 - Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 minutes	.....	3
6 - 30 minutes	.....	2
31 - 60 minutes	.....	1
Plus de 60 minutes	.....	0

29 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? (1 cigarillo = 2 cigarettes)

10 ou moins	.....	0
11 à 20	.....	1
21 à 30	.....	2
31 ou plus	.....	3

L dépendance physique importante

30 - Faites le total de vos réponses : Total :

Réponses : Heartline de 1999, suspension 2012

Histoire avec le tabac

31 - À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à ans

Pour les personnes qui ont déjà essayé d'arrêter de fumer au moins 7 jours dans le passé

32 - Combien de fois avez-vous déjà arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ?

De quelle manière avez-vous arrêté de fumer pendant cette semaine d'arrêt ?

33 - Lorsque vous avez arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours, avez-vous pris du poids ? Oui - Non

34 - Si oui, combien de kilos ?

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

Quelle est la date de votre dernière tentative ?

Quels troubles avez-vous ressentis à l'arrêt du tabac ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Difficultés de concentration |
| <input type="checkbox"/> Pulsions à fumer | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité, colère | <input type="checkbox"/> Augmentation de l'appétit |
| <input type="checkbox"/> Agitation, nervosité | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Anxiété | Lesquels ? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tendance dépressive | _____ |

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir recommencé à fumer ? (par ordre d'importance)

1 - _____	3 - _____
_____	_____
_____	_____
2 - _____	4 - _____
_____	_____
_____	_____

pony 5 e

Pourquoi fumez-vous ?

Évaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie "Jamais" et 10 signifie "Toujours".

35 - Je fume... :	Jamais										Toujours											
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quel est votre degré de motivation ?

36 - Parmi les phrases ci-dessous, laquelle vous décrit le mieux ?

- 1 « je ne veux pas arrêter de fumer »
- 2 « je pense que je devrais arrêter de fumer, mais je ne le souhaite pas vraiment »
- 3 « je veux arrêter de fumer, mais je n'ai pas réfléchi au moment où je le ferai »
- 4 « je veux réellement arrêter de fumer, mais je ne sais pas quand je le ferai »
- 5 « je veux arrêter de fumer et souhaite le faire bientôt »
- 6 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire au cours du trimestre à venir »
- 7 « je veux réellement arrêter de fumer, et j'envisage de le faire dans le mois qui vient »

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance totale confiance

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Echelle analogique d'évaluation du sentiment d'efficacité

38 - Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

« J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais... »

à noter * raisons intrinsèques raisons extrinsèques

pour mon bien-être pour

pour mon bien-être + important + elle

39 - Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

« En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de... »

à noter

Score AUDIT en 3 questions pour mesurer la dépendance à l'alcool

Vos habitudes de vie *avian ♀*

40 - Indiquez à quel point vous craignez de prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

pas du tout extrêmement

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

41 - Indiquez à quel point vous avez confiance en vous pour ne pas prendre du poids si vous arrêtez de fumer :

je n'ai aucune confiance en moi j'ai totalement confiance en moi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Votre consommation d'alcool

Ce questionnaire concerne votre consommation d'alcool de l'année écoulée et pas seulement celle des dernières semaines. Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?

- Jamais _____ 0
- 1 fois par mois _____ *x* 1
- 2 à 4 fois par mois _____ *x* 2
- 2 à 3 fois par semaine _____ *x* 3
- 4 fois ou plus par semaine _____ *9* 4

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- 1 ou 2 _____ *x* 0
- 3 ou 4 _____ *9* 1
- 5 ou 6 _____ *11* 2
- 7 à 9 _____ *11* 3
- 10 ou plus _____ *11* 4

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standard ou plus ?

- jamais _____ *x* 0
- moins de 1 fois par mois _____ *x* 1
- 1 fois par mois _____ *x* 2
- 1 fois par semaine _____ *9* 3
- chaque jour ou presque _____ *11* 4

42 - Faites le total de vos réponses _____

alcool hétérogène & à g. alcool


1/2 de bière 17 cl
≡

Coupes de champagne 12 cl
≡

Ballons de vin 12 cl
≡

Verre de porto 45 cl
≡

Verre d'apéritif 15 cl
≡

Verre de whisky 45 cl

depuis connue ♀ - alcool - peut-on pas ?

Consommation de cannabis

43 - Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non

44 - Si oui, combien de fois en avez-vous fumé au cours des 30 derniers jours ?

aucune fois 1 ou 2 fois entre 3 et 5 fois entre 6 et 9 fois

entre 10 et 19 fois entre 20 et 29 fois tous les jours

A quel âge avez-vous commencé ? _____

Si vous consommez d'autres produits ou substances, n'hésitez pas à en parler à votre médecin.

Echelle HAD recommandée par l'HAS pour évaluer l'anxiété et la dépression

Comment vous sentez-vous ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ?

Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ?

Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Répondez à chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours. Donnez une réponse rapide ; votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) : | | 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : | |
| - La plupart du temps | 3 | - Jamais | 0 |
| - Souvent | 2 | - Parfois | 1 |
| - De temps en temps | 1 | - Assez souvent | 2 |
| - Jamais | 0 | - Très souvent | 3 |
| 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois : | | 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : | |
| - Oui, tout autant | 0 | - Plus du tout | 3 |
| - Pas autant | 1 | - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais | 2 |
| - Un peu seulement | 2 | - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention | 1 |
| - Presque plus | 3 | - J'y prête autant d'attention que par le passé | 0 |
| 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : | | 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : | |
| - Oui, très nettement | 3 | - Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| - Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | - Un peu | 2 |
| - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | - Pas tellement | 1 |
| - Pas du tout | 0 | - Pas du tout | 0 |
| 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses : | | 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : | |
| - Autant que par le passé | 0 | - Autant qu'avant | 0 |
| - Plus autant qu'avant | 1 | - Un peu moins qu'avant | 1 |
| - Vraiment moins qu'avant | 2 | - Bien moins qu'avant | 2 |
| - Plus du tout | 3 | - Presque jamais | 3 |
| 5. Je me fais du souci : | | 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique : | |
| - Très souvent | 3 | - Vraiment très souvent | 3 |
| - Assez souvent | 2 | - Assez souvent | 2 |
| - Occasionnellement | 1 | - Pas très souvent | 1 |
| - Très occasionnellement | 0 | - Jamais | 0 |
| 6. Je suis de bonne humeur : | | 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : | |
| - Jamais | 3 | - Souvent | 0 |
| - Rarement | 2 | - Parfois | 1 |
| - Assez souvent | 1 | - Rarement | 2 |
| - La plupart du temps | 0 | - Très rarement | 3 |
| 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) : | | | |
| - Oui, quoi qu'il arrive | 0 | | |
| - Oui, en général | 1 | | |
| - Rarement | 2 | | |
| - Jamais | 3 | | |
| 8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : | | | |
| - Presque toujours | 3 | | |
| - Très souvent | 2 | | |
| - Parfois | 1 | | |
| - Jamais | 0 | | |

45 - Additionnez les points des réponses 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A =

46 - Additionnez les points des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D =

pb d'oublier
2011

La place du tabac dans votre budget

La dépendance tabagique conduit à accorder une place importante au tabac dans votre budget. Les questions suivantes ont pour objectifs de vous aider à faire le point sur ce que vous dépensez pour le tabac et d'envisager les économies réalisées en arrêtant de fumer. Les questions 49 à 59 vous permettent d'examiner votre situation actuelle et d'imaginer comment elle pourrait s'améliorer avec l'arrêt du tabac.

- 47 - Quelle somme d'argent consacrez-vous au tabac chaque semaine ? _____
- 48 - Dans quelle tranche se situe la somme totale de vos revenus mensuels nets (y compris les aides sociales) ?
- Moins de 1000 € Entre 1001 et 2000 € Entre 2001 et 3000 €
 entre 3001 et 4000 € plus de 4000 €

Pensez-y L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 €.

- 49 - Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? Oui - Non
- 50 - Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? Oui - Non
- 51 - Vivez-vous en couple ? Oui - Non
- 52 - Êtes-vous propriétaire de votre logement ? Oui - Non
- 53 - Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? Oui - Non
- 54 - Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non
- 55 - Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non
- 56 - Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui - Non
- 57 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui - Non

En cas de difficultés, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous pouvez compter

- 58 - pour vous héberger quelques jours ? Oui - Non
- 59 - pour vous apporter une aide matérielle ? Oui - Non

Les questions 49 à 59 font partie du questionnaire EPICES, mis au point dans les centres d'exams de santé afin d'évaluer votre situation sociale.

Les renseignements recueillis dans de ce document seront traités ultérieurement de manière anonyme par l'équipe CDTnet, dans le cadre d'un recueil national. L'équipe CDTnet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de toute personne souhaitant arrêter de fumer.
<https://cdtnet.spim.jussieu.fr>

Dans quelques mois, vous êtes susceptible de recevoir une lettre, un mail ou un appel téléphonique afin de savoir si vous êtes encore fumeur ou non. Ces informations sont importantes car il s'agit pour nous d'apprécier l'aide qui a pu vous être apportée.

Merci d'avance de répondre à cette lettre ou cet appel téléphonique.

Si vous préférez être contacté à ce sujet par mail, merci de nous indiquer votre adresse e-mail :

_____@_____

Si vous ne souhaitez pas être recontacté à ce sujet, cochez la case suivante

Date :
 jour mois année

Consultation de suivi N° 1

68 - Patient en arrêt : Oui - Non

Si oui : nombre de jours d'arrêt total : _____

Si non : réduction de consommation de 50 % et plus : Oui - Non

69 - Consommation moyenne quotidienne de cigarettes : _____

70 - CO expiré : ppm

71 - Temps écoulé depuis la dernière cigarette : _____ minutes/heures/jours

72 - Utilisez-vous une cigarette électronique ? Oui - Non

Pour les utilisateurs de cigarettes électroniques

73 - Quel est le volume de liquide "vapoté" par semaine ? _____

74 - Utilisez-vous parfois des cartouches de nicotine ? Oui - Non

75 - Si oui : Quel est le dosage des cartouches de nicotine que vous utilisez ?

76 - Utilisez-vous la cigarette électronique plus souvent que lors de votre précédente consultation ? Oui - Non

Merci d'inviter votre patient à partager son expérience de « vapotage » sur le site internet <https://cdtnet.spim.jussieu.fr> afin de contribuer à améliorer les connaissances à ce sujet.

77 - **Observations :**

78 - **Traitement prescrit :**

- Traitement de substitution nicotinique : Oui - Non

lequel : Dispositif transdermique - ou patch : dose par 16 h ou 24 h _____

Gommes 2 mg 4 mg Comprimés à sucer 1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg

Spray buccal Inhalateurs Comprimés sublinguaux (microtab 2 mg)

- Autre traitement pharmacologique d'aide au sevrage tabagique :

Bupropion (Zyban®) Varenicline (Champix®)

- Techniques comportementales : Oui - Non

- Orientation vers un psychologue ou un psychiatre : Oui - Non

- Prise en charge diététique : Oui - Non

- Autre : _____

Annexe VII : Questionnaires envoyés aux sages-femmes coordonnatrices des services de consultations, de suites de couches, de grossesse à haut risque et d'assistance médicale à la procréation.

Merci d'avance de répondre aux questions suivantes. N'hésitez pas à argumenter vos réponses et émettre des suggestions. Vous pouvez répondre directement sur ce document (2 pages).

Visibilité

1) Qu'est-il mis en place dans votre service en terme d'information quant à la prise en charge disponible pour les patientes fumeuses ?

Affichage (Ex : « consultation tabacologie et addictologie » du RSN) ou autre :

Prospectus en libre accès dans le service/ salle d'attente:

Coordonnées de tabacologie accessibles/visibles :

Autres :

Repérage

1) Quelles sont les consignes du service quant au repérage de ces patientes ?

2) Existe-t-il un support de recensement ?

Orientation

1) Quelles sont les directives du service quant à la prise en charge de ces patientes ?

2) Les soignants du service prennent-ils en charge eux-mêmes ? Doivent-ils réorienter les patientes ? Vers qui ? Dans quel(s) cas ?

Formation des professionnels

1) Y-a-t' il des réunions de formation/information faites dans le service au sujet du tabac ? Si oui, à quel rythme, faites par qui et pour qui ?

Traçabilité

1) Quelles sont les consignes de traçabilité pour les dossiers de ces patientes ?

(Statut tabagique, statut du conjoint, environnement, histoire tabagique, prise en charge, ...)

2) Est-ce une information transmise au professionnel en charge de la patiente en dehors du CHU ? Si oui, comment est-elle transmise ?

Testeurs CO

1) Y-a-t'il des testeurs CO disponibles dans votre service ?

2) Les soignants sont-ils formés à son utilisation ?

Remarques, suggestions

Avez-vous des remarques quant à la prise en charge des femmes tabagiques ? Des suggestions d'amélioration de celle-ci ?

Annexe VII : Questionnaires envoyés aux sages-femmes des services de consultations, de suites de couches, de grossesse à haut risque et aux consultants du service d'assistance médicale à la procréation. (Exemple du questionnaire destiné aux services des consultations et de l'UGOMPS)

Merci d'avance de répondre aux questions suivantes. N'hésitez pas à argumenter vos réponses et émettre des suggestions. Vous pouvez répondre directement sur ce document (3 pages).

Mon objectif est de comprendre comment sont repérées, orientées et prises en charge les patientes dans le service de consultations/UGOMPS. Ce n'est en aucun cas une évaluation personnelle de votre travail, les données resteront anonymes.

Repérage

- 1) *Comment abordez-vous la question du tabagisme ? Est-ce systématique ? Si non, dans quels cas ne le faites-vous pas ?*

- 2) *A quelle(s) consultation(s) et à quel moment de la consultation abordez-vous le sujet du tabac?*

- 3) *Avez-vous des difficultés ou des appréhensions à aborder ce sujet ? Si oui, merci de détailler votre réponse.*

- 4) *Posez-vous systématiquement la question du conjoint ou de l'environnement tabagique?*

- 5) *Posez-vous systématiquement la question des co-addictions?*

- 6) *Quelles sont les recommandations premières que vous donnez à une patiente fumeuse ?*

- 7) *Quelle est votre attitude aux consultations suivantes si la patiente n'a pas modifié son comportement ?*

Tracabilité

- 1) *Où tracez-vous les informations concernant le statut tabagique et l'histoire tabagique recueillies à l'issue d'une consultation ?*

- 2) *Etes-vous informé(e) du suivi tabacologique quand il existe ? Si oui, comment ?*

Orientation

- 1) *Parlez-vous systématiquement de la consultation de tabacologie disponible au CHU ? Avez-vous facilement accès à ses coordonnées ?*

- 2) *Par quel(s) moyen(s) transmettez-vous une patiente au tabacologue ?*

- 3) *Brièvement, comment présentez-vous le tabacologue ? Son rôle ?*

- 4) *Avez-vous des documentations dans votre salle de consultations ? Donnez-vous ces prospectus de manière systématique ? Si non, pourquoi ?*

Testeur CO

- 1) *Avez-vous un testeur CO disponible ? Est-ce que vous l'utilisez, si non pourquoi ?*

2) *Connaissez-vous les modalités d'utilisation de cet appareil ? Souhaiteriez-vous recevoir plus d'information sur le testeur CO ?*

Traitements de substituts nicotiques (TSN)

1) *Vous arrive-t-il de prescrire les TSN à l'issue d'une consultation ?*

2) *Jugez-vous être assez formé(e) et informé(e) à leur propos ?*

Remarques, suggestions

Avez-vous des remarques quant à la prise en charge des femmes tabagiques ? Des suggestions d'amélioration de celle-ci ? Des souhaits de formation ?

Annexe VIII : Auto-questionnaire de repérage des vulnérabilités (GEGA)

Madame, Mademoiselle,

Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître et de mieux vous accompagner pendant votre grossesse. Il est à remettre au médecin ou à la sage-femme avec qui vous avez rendez-vous aujourd'hui pour en discuter avec lui (elle).

Si vous le désirez, une aide pourra vous être proposée.

	oui	non
1- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous est-il arrivé de vous sentir inquiète ou soucieuse sans en identifier la raison ?		
2- Dans la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ?		
3- Dans la semaine qui vient de s'écouler, vous êtes-vous sentie dépassée par les événements ?		
4- Avez-vous ou avez-vous déjà eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ?		
5- Dans votre vie, avez-vous tendance à contrôler votre poids (restriction alimentaire, activité physique intensive, vomissements provoqués...) ?		
6- Qu'aviez-vous l'habitude de boire avant la grossesse? (plusieurs réponses possibles) <input type="checkbox"/> eau <input type="checkbox"/> soda <input type="checkbox"/> cidre <input type="checkbox"/> bière <input type="checkbox"/> vin <input type="checkbox"/> alcool fort <input type="checkbox"/> café <input type="checkbox"/> autre :		
7- Depuis le début de votre grossesse, vous est-t-il arrivé de boire de l'alcool (bière, vin, champagne, etc.) au cours d'une soirée, d'une fête ou d'une autre occasion ?		
8- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> +30		
9- Fumez-vous actuellement ?		
10- Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances : cannabis, ecstasy, amphétamines, MDMA, crack, LSD, cocaïne, héroïne ou une autre drogue ?		
11- Vous est-il arrivé d'en consommer ces derniers mois ?		
12- Ces derniers mois, avez-vous pris un de ces médicaments: tranquillisants, antidépresseurs, benzo, somnifères, méthadone, Subutex®, antidouleurs, autres ?		
13- Dans votre vie avez-vous été victime de violences psychologiques et/ou physiques ?		
14- Vous sentez-vous en sécurité dans votre environnement familial ?		
15- Avez-vous au moins une personne dans votre entourage sur qui vous pouvez compter ?		
16- Avez-vous des difficultés à faire face à vos besoins : alimentation, logement, accès aux soins, factures, démarches administratives... ?		
17- Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?		
18- Bénéficiez-vous d'une aide extérieure : assistant social, éducateur, psychologue, tuteur, autre personne ou structure ?		

Annexe IX : Lettre de liaison / patiente, remplie par la sage-femme ou le médecin à l'issue du séjour en suites de couches, à l'occasion de l'examen de sortie.

ETIQUETTE PATIENTE	 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	Obstétrique 3ème Unité mère-enfant UF : 3112
--------------------	--	--

LETTRE DE LIAISON / PATIENTE

* Examen de sortie réalisé par (nom et fonction) : _____ Le : _____
 * Praticiens correspondants : MT..... Gyn..... SF..... Ped.....

*** Interrogatoire :**

Etat psychologique : normal baby-blues, déprimée anxieuse
 Troubles mictionnels : non oui Si oui, CAT : _____
 Troubles du transit : non oui Si oui, CAT : _____
 Allaitement maternel : non oui
 Tabagisme: oui non , si oui: Substituts nicotiniques: oui non , info cs tabaco oui non .
 Autres addictions : oui non , cs addicto : oui non

*** Examen clinique :**

TA : _____ Pouls : _____ T° _____
 Bon Examen général oui non, si non pourquoi : _____
 Jambes souples et indolores oui non Mauvais état veineux : _____ oui non
 Seins : Montée de lait oui non Utilisation d'un tire-lait électrique : oui non
 Douleurs à la mise au sein : oui non, si oui, CAT : _____
 Utérus : _____
 Périnée / Cicatrice césarienne : Inflammation oui non Induration oui non
 Douleurs oui non Désunion oui non
 Lochies physiologiques oui non Œdème oui non
 Hémorroïdes oui non

TV :

* Examens complémentaires réalisés pendant le séjour : gpe mère Toxo Rubéole
 PV : groupe Rh Bébé
 ECBU : Coombs
 Autre : Liquide gastrique :
 Placentoculture : PCT :

*** Examens complémentaires ou soins particuliers du bébé réalisés pendant le séjour :**

Lien Mère-Enfant : bon à surveiller/ soutenir non évalué (enfant hospitalisé)
 Perte de poids importante(>10%) ou difficultés d'alimentation : non oui
 Ictère néonatal (bili prélevée) : non oui Si oui, Photothérapie : oui non
 Surveillance par la puéricultrice : non oui Si oui, motif : _____
 Hospitalisation de l'enfant : non Unité Kangourou Néonate Soins intensifs/Réa
 Examens complémentaires pendant le séjour ou prévus à la sortie : _____

*** Traitements reçus pendant le séjour :**

Rudivax fait : non oui
 γ-globulines anti-D en prévention de l'alloimmunisation feto-maternelle : non oui
 Traitement de l'anémie : non oui, si Oui, lequel : _____
 Antibiothérapie : non oui, laquelle: pour
 Autre : Vaccin COQUELUCHE : à jour prescrit

*** En conclusion :**

Suites simples Hospitalisation marquée par :

*** Conduite à Tenir :**

Mode de sortie : Domicile Foyer : _____ Sortie du service le : _____
 HOME Transfert : _____

♦ Suivi mère :

Sage-femme PRADO ou SAO prévu : non oui, le : _____ (nom cf correspondants)
Consultation postnatale dans 6-8sem au choix de la patiente (SF, MT, gyneco) ou avec :
Rééducation périnéale : prescrit à revoir Frottis de contrôle à la VPN: oui non
Autres Consultations prévues :

♦ Suivi enfant prévu :

- Sage-femme libérale/Prado (suivi du 1^{er} mois)
- Médecin traitant ou pédiatre
- PMI de secteur contactée par la patiente
- PMI message laissé pour information ou RDV pris au CMS le :

♦ Traitements et prescription à la sortie:

○ Contraception prescrite :

- Pilule micro progestative type Optimizette® 75µg à débiter à J 21+ contraception d'urgence
- DIU cuivre TT 380 à partir de 4 semaines après l'accouchement + contrôle βHCG 3 jours avant la pose + ibuprofène 400mg 2h avant la pose
- DIU hormonal type Mirena® à partir de 4 semaines après l'accouchement + contrôle βHCG 3 jours avant la pose + ibuprofène 400mg 2h avant la pose
- Implant Nexplanon® 68mg à partir de J 21+ Emlapatch 5% + contrôle βHCG 3 jours avant la pose
- Contraception locale
- Revoit avec son praticien libéral (Gynécologue, sage-femme ou médecin traitant)

○ Médication prescrite :

- Paracétamol per os : 1g/6h en cas de douleurs, 1 boîte
- Phloroglucinol per os : 160mg/6h en cas de douleurs à type de contractions, 1 boîte
- Ibuprofène per os : 400mg/8h en cas de douleurs intenses non soulagées par le paracétamol, 1 boîte
- Tardyferon B9 per os :cp/j pendant 1 mois
- Fumafer 66 mg per os : 1 comprimé 3 fois/j pendant 6 semaines *Dernière Hb à :*
- Speciafoldine 5 mg per os : 1 comprimé 2 fois/j pendant 6 semaines ___g/dl
- Vitamine C 500 mg per os : 1 comprimé/j le matin pendant 6 semaines *le :*
- Innohep 4500 UI injection sous cutanée : fois/jour pendant.....jours + ordonnance IDE à domicile
- Sédorrhoïde suppositoires : 1 matin et 1 soir, 1 boîte
- Sédorrhoïde crème : 2 applications/j, 1 tube
- Daflon 500mg per os : 6 comprimés en 1 prise le 1^{er} et 2^{ème} jour, 4 comprimés en 1 prise le 3^{ème} et 4^{ème} jour puis 2 comprimés matin et soir pendant 15 jours
- Macrogol 4000 per os : 1 à 2 sachets/j en cas de constipation, 1 boîte
- Eductyl suppositoire : 1 par jour en cas de constipation, 1 boîte
- Antibiotique per os :posologie.....pendantjours Motif :
- Bas de contention ou Chaussette de contention de grade 2 : 2 paires à porter pendant 6 semaines
- Reprise du traitement personnel : (posologie à préciser)
- Autre : (posologie et durée à préciser)

○ Examens complémentaires prescrits :

- Sérologie Toxoplasmose dans 1 mois
- HGPO 75g dans 1 mois
- NF plaquettes dans 1 mois/ NF plaquettesfois/semaine pendantsemaines
- T4/TSH dans 1 mois
- Protéinurie 1 fois/ semaine jusqu'à négativation
- Bilan hépatique 1 fois/ semaine jusqu'à normalisation
- Autre :

Annexe X : Feuille de Transmissions Suites de Couches, remplie en salle de naissance, figurant à la première page du dossier de soins durant le séjour en maternité.

Etiquette mère	Etiquette nouveau-né	 <p style="text-align: center;">Transmissions Suites de Couches</p>	obstétrique Jéme unité mère-enfant UF : 3112 tel : 83 215 / 83 216
Accouchement date : _____ heure : _____ terme : _____ Bracard d'identification oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Personne de confiance: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Mise en travail: _____ Durée d'ouverture de l'œuf : _____ mode d'accouchement : _____ analgésie : _____ délivrance : _____ Quantité des saignements : _____ périnée : _____ Traitement débuté : _____ fièvre maternelle: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Biologie: Groupe : _____ Rh : _____ RAI : _____ Kehrhaer : _____ +/- Rhophylac fait en SOC le: _____ Toxo : _____ A l'accch: Rubéole : _____ Si rubéole nég, Rudivax le: _____ TPHA - VDRL : _____ HIV : _____ Hep B : _____ Hep C : _____ PV du 9ème mois: _____ Prélèvements à récupérer: ECBU : _____ PV : _____ piacentoculture : _____ Autre : _____	
ATCD obstétricaux Gestité : _____ Parité : _____ Année Mode d'accouchement Alimentation		NOUVEAU-NE Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Poids : _____ Appar : _____ Alimentation : _____ Heure 1ère tétée ou Bib : _____ Efficacité/quantité: _____ Prélèvements à récupérer: PCT : _____ Groupe sanguin : _____ Rh: _____ Coombs : _____ Autre: _____ Surveillance Clinique rapprochée : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pour: _____ Lieu d'hospitalisation : _____ Motif: _____	
Déroulement de la grossesse Autres ATCD significatifs		Consultation demandée vu le Psychologue <input type="checkbox"/> Assist. sociale <input type="checkbox"/> Spécialiste: <input type="checkbox"/> Nom Dr _____ Tabagisme: _____ Obésité/ IMC : _____	
allergie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Consult/ Examen demandé vu le Visite sortie/ pédiatre <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> CAT/conclusion: _____	

Annexe XI : Feuille Synthèse d'Entrée, remplie à l'admission d'une patiente en hospitalisation (GHR).

ETIQUETTE PATIENT



GROSSESSES A HAUT RISQUE

UF : 3121

SYNTHESE D'ENTREE

Date d'entrée.....heure.....Motif d'hospitalisation :		Examens complémentaires		Consultation demandée réalisée le	
Diagnostic		Groupe : Rh:		Anesthésiste	<input type="checkbox"/>
		1ère déter. le :		Pédiatre	<input type="checkbox"/>
		2ème déter. le :		Psychologue	<input type="checkbox"/>
		O'Sullivan le :		Assist. sociale	<input type="checkbox"/>
		Rubéole le :		Dietétique	<input type="checkbox"/>
		HIV le :		Endocrinologie	<input type="checkbox"/>
		Hep B le :		Cures corticoïdes	
Terme :	Autres ATCD significatifs	Hep C le :		le :..... le :.....	
ATCD obstétricaux		TPHA - VDRL le :		Injections anti -D	
		Allergies:		le :..... Dosage.....	
		Patiente ayant été hospitalisée au moins 24hrs à l'étranger durant l'année qui précède cette hospitalisation : Oui / Non		le :..... Dosage.....	
		Résumé de l'examen à l'entrée		UV DOSE	
				TOXO	Résultats
				le:.....	RAI
				le:.....	Résultats
				le:.....	le:.....
				le:.....	le:.....
				le:.....	le:.....
				le:.....	le:.....

Date:NOM :Prénom :Fonction.....Signature:

Annexe XII : Annuaire des référents en tabacologie et addictologie de le Loire Atlantique, réalisé par le Réseau Sécurité Naissance et actualisé en juillet 2017.

Mise à jour le 4 juillet 2017

LOIRE ATLANTIQUE

Lieu d'intervention	Référente	Téléphone	Fax	Mail	Fonction	Qualification
CH ANCENIS	Corinne RETIERE	02 40 09 44 36		corinne.retiers@ch.ancenis.fr	IDE	Addictologue
	Nolwenn MOYSAN				Médecin	Addictologue
	Pascale CHAUVIN GRELIER	02 40 51 53 16		pascale.chauvin-grelier@ch-blain.fr	Médecin	Addictologue
CH CHATEAUBRIANT	Anne HUCTEAU	02 40 09 44 90		anne.hucteau@ch-ancenis.fr	Sage-femme cadre	
	Laurence ROBERT	02 40 55 88 10		laurence.robert@ch-chateaubriant.fr	Sage-femme	Tabacologie
	Pascale CHAUVIN GRELIER	02 40 51 53 16		pascale.chauvin-grelier@ch-blain.fr	Médecin	Addictologue
	Delphine FAUCHARD			delphine.fauchard@ch-chateaubriant.fr	IDE	Addictologue
CH SAINT NAZAIRE	Marie-Reine GALLERAND	02 40 55 88 09		addictodeliaison@ch-cnp.fr	IDE	Addictologue
	Claudia ANDRE			claudia.andre@ch-chateaubriant.fr	Psychologue	Psychologue
	Elyette DUJARDIN BOUCHET			elvette.dujardin-bouchet@laposte.net	Sage-femme	Tabacologie
	Anne TREHONY	02 72 27 80 00		a.trehony@ch-saintnazaire.fr	pneumologue UCT	
CHU NANTES	Florence MARTINEZ			f.martinez@ch-saintnazaire.fr	psychiatre	Addictologue
	Cécile BOSCHER			cecile.boscher@chu-nantes.fr	pédiatre	Addictologue
	Yolande CAROIT			yolande.caroit@chu-nantes.fr	Obstétricien	
	Anne CHASSEVENT-PAJOT	06 64 63 57 53		anne.chasseventpajot@chu-nantes.fr	Psychiatre	Addictologue
CL BRETECHE	Cathy MONARD	06 85 75 45 29		catherine.monard@chu-nantes.fr	Saage femme	Tabaco-Addictologue
	Fabienne YOU			fabienne.you@chu-nantes.fr	Coordinatrice UCT	Tabacologie
	Fabienne HERIAUD			fabienneheriaud@gmail.com	Sage-femme cadre	Tabacologie
CL JULES VERNE	Aude MORENTIN				Sage-femme cadre	
	Stéphanie CHAPLOT	02 51 17 17 24	02 51 17 17 45	stephanie.chaplot@mia.fr	Gynéco-obstétricien	Addictologue Tabacologie
	Anne GOURET			anne.gouret@club-internet.fr	Auxiliaire de puér	Addictologue
	Catherine MAINGUENEAU			catherine.maingueneau@mia.fr	Pédiatre	Addictologue
Marylène GLEMIN	02 51 17 18 18	marylene.glemin@mia.fr		Sage-femme cadre		
POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	Laëtitia FERRONNIERE	02 40 95 93 93 02 40 95 94 49		addiction@polyclinique-atlantique.fr	puéricultrice	Addictologue
	Lidwine BERTHEREAUX	02 40 95 94 33		l.berthereaux@polyclinique-atlantique.fr	Sage-femme cadre sup	
Association Alcool Assistance Région Pays de la Loire	Isabelle SUPERSAC	02 40 74 59 83		alcool.assistance.ouest@club-internet.fr	Coordinatrice Régionale	
Comité 44 Ligue contre le cancer	Aurélië MUSEREAU	02 40 14 08 10		aurelie.musereau@ligue-cancer.fr	Chargée de prévention	

Annexe XIII : Affiche de consultation tabacologie/addictologie, proposée par le Réseau Sécurité Naissance, mise en place dans les services de consultations et de suites de couches.

The poster features a logo for 'réseau sécurité naissance' with the tagline 'NAITRE ENSEMBLE' in the top left. To the right is an illustration of a pregnant woman sitting on a bed. The main title 'Consultation Tabacologie / Addictologie' is prominently displayed in the center. Below it, the text 'ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ avant, pendant la grossesse et après la naissance' describes the service. A row of icons represents various substances: Alcool, Tabac, Cannabis, Médicaments, Troubles alimentaires, Drogues, and Autres addictions. A white box at the bottom right is intended for listing maternity professionals. The footer identifies the Réseau Sécurité Naissance as the network of maternity hospitals and perinatal professionals in the Pays de la Loire region.

réseau sécurité naissance
NAITRE ENSEMBLE

Consultation
Tabacologie / Addictologie

ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ
avant, pendant la grossesse et après la naissance

Alcool
Tabac
Cannabis
Médicaments
Troubles alimentaires
Drogues
Autres addictions

Vous pouvez rendre le(s) professionnel(s) référent(s) de la maternité au :

Le Réseau Sécurité Naissance - Naitre Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

Création graphique : [logos] - communication - 05 49 18 14 18

Annexe XV : Réglettes destinées aux soignants, proposées par le Réseau Sécurité Naissance, comme aide au repérage et à l'orientation des patientes dépendantes ou vulnérables.

ÉCHELLE EVA

(cotation de 0 à 10 au dos)

CONSCIENCE D'UN PROBLÈME
ou
MOTIVATION AUX SOINS

Enormément

Pas du tout

Conditions de vie

- Vivez-vous **seule** ou en **couple** ?
- Avez-vous un **logement stable** ?
Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?
- Avez-vous un **emploi** ?
> À temps plein ?
> À temps partiel ?
> Sinon, votre **compagnon** a-t-il un emploi ?
- Avez-vous la Couverture Médicale Universelle (**CMU**) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'État (**AME**) ?
- Avez-vous une **mutuelle** ou une **assurance** complémentaire ?

Vulnérabilité de la femme enceinte

CONDUITES ADDICTIVES
REPÉRER - ORIENTER

> Territoire de santé de **Saint-Nazaire**

> Plaquette à destination des professionnels
Version du 10 Février 2015

Le Réseau Sécurité Naissance Naître Ensemble est le réseau des maternités et des professionnels de la périnatalité de la région Pays de la Loire.

Boissons

- Qu'avez-vous l'habitude de **boire** (eau, sodas...) ?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres **boissons alcoolisées** ?
- Et depuis la grossesse, comment a **évolué** votre consommation ?

Contacts :

- **Centre Alcoolologie CCAA**
02 40 22 19 17
- **Écoute Alcool**
0 811 91 30 30

Tabac et cannabis

- Fumez-vous du **tabac** ?
- Vous arrive-t-il de fumer du **cannabis** ou d'autres toxiques ?
- Avez-vous déjà eu envie d'**arrêter** ?

Contacts :

- **Addictologie de liaison**
02 40 90 76 66
- **Consultation anti-tabac**
02 40 90 63 66
- **La Rose des vents**
02 40 01 96 12
- **Tabac Info Service**
39 89
- **Écoute Cannabis**
0 811 91 20 20

Autres drogues et médicaments

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des **somnifères** ou des **calmants** ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : **héroïne, cocaïne, ecstasy** ?

Contacts :

- **Addictologie de liaison**
02 40 90 76 66
- **La Rose des vents**
02 40 01 96 12
- **Drogue Info Service**
0 800 23 13 13

Ressources dans la maternité : référents

Propositions du soignant

"Nous pouvons vous aider"
"Je pense que c'est important pour vous et votre bébé"
"Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler"
"... ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé"

Annexe XVI : Protocole d'utilisation du testeur CO, proposé par le Réseau Sécurité Naissance, à disposition des soignants.



CO TESTEUR

PROCEDURE D'UTILISATION

1. Insérer un embout carton à usage unique sur l'embout plastique du Testeur CO
2. Mettre en marche en sélectionnant CO-PPM
3. Dès que l'appareil émettra un signal sonore, puis l'écran affichera : « 20 », dites au patient d'inspirer profondément et de garder son souffle (rester en apnée). Si le sujet ne peut pas sur 20 secondes, le faire sur 10 secondes.
4. Lorsque l'écran affiche : « 0 », le patient doit souffler lentement et profondément dans l'embout en carton, lèvres bien autour du carton.
5. Le résultat s'affiche sur l'écran

ANALYSE DES RESULTATS

CO TESTEUR ppm	INTERPRETATIONS DES RESULTATS (en fonction du délai de la dernière cigarette)
0-5 ppm	Sujet non exposé au CO
6 à 10 ppm Intoxication significative	Prise de quelques cigarettes dans les dernières heures Exposition au tabagisme passif notable Correspond en général à fumeur de moins de 10 cigarettes/jour Risque d'hypoxie foetale
11 à 20 ppm intoxication importante	Tabagisme actif avéré Fumeur de 10 /jour avec tabagisme récent Risque d'hypoxie foetale importante
21 à 50 ppm intoxication très importante	Fumeur de plus de 20 cigarettes/jour, de cannabis, de gros cigares ou de pipes 35 ppm niveau de déclenchement des alarmes à la pollution dans les parkings Risque d'hypoxie foetale très importante
> 50 ppm Intoxication majeure	Diminution de l'attention, céphalées Risque d'intoxication aigüe : troubles neurologiques

- Toujours penser au cannabis qui majore le testeur CO
- Attendre au moins 30 mn depuis la dernière cigarette

Analyse du CO dans l'air expiré



ppm = particules de CO par millions de particules d'air

Résumé

Le nombre de patientes continuant à fumer au cours de la grossesse ne décroît plus depuis des années et place les françaises au premier rang européen en terme de prévalence. Le tabagisme chez la femme enceinte est donc un problème de santé publique majeur, pour lequel tout soignant de l'hôpital femme-enfant-adolescent de Nantes doit se mobiliser.

Notre étude a pour objectif de comprendre le parcours de prise en charge d'une patiente fumeuse. Elle s'attache à étudier le repérage, l'orientation et la prise en charge de ces patientes, à travers l'analyse de six dossiers médicaux et questionnaires adressés aux soignants des services de consultations, Grossesse à Haut Risque, Assistance Médicale à la Procréation et suites de couches.

Les résultats révèlent un défaut important de repérage et d'orientation des patientes fumeuses dépendantes, puisque seulement 17% d'entre elles bénéficie d'une prise en charge spécialisée. Ils rapportent aussi que les soignants sont demandeurs d'être informés et formés sur le sujet.

La politique d'établissement doit s'orienter vers une amélioration de la prévention et de la prise en charge du tabagisme, et les décisionnaires doivent soutenir cet élan en proposant de nouvelles mesures.

Mots Clés

Dépendance, Tabac, Grossesse, Repérage, Orientation, Prise en charge, Sage-femme, Prévention, Santé publique