



HAL
open science

Aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte: un état des lieux régional et national

Marie Briquel

► **To cite this version:**

Marie Briquel. Aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte: un état des lieux régional et national. Sciences du Vivant [q-bio]. 2002. hal-01738925

HAL Id: hal-01738925

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738925>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie BRIQUEL

le 15 mai 2002

**AIDE A L'ARRET DU TABAC CHEZ LA FEMME ENCEINTE :
UN ETAT DES LIEUX
REGIONAL ET NATIONAL**



Examineurs de la thèse :

Monsieur F. PAILLE	Professeur	Président
Monsieur H. LAMBERT	Professeur	Juge
Monsieur M. SCHWEITZER	Professeur	Juge
Madame C. GILLET	Docteur en Médecine	Juge
Madame M-H. DEBAR	Sage-Femme	Juge



THESE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie BRIQUEL

le 15 mai 2002

**AIDE A L'ARRET DU TABAC CHEZ LA FEMME ENCEINTE :
UN ETAT DES LIEUX
REGIONAL ET NATIONAL**



Examineurs de la thèse :

Monsieur F. PAILLE	Professeur	Président
Monsieur H. LAMBERT	Professeur	Juge
Monsieur M. SCHWEITZER	Professeur	Juge
Madame C. GILLET	Docteur en Médecine	Juge
Madame M-H. DEBAR	Sage-Femme	Juge

Président de l'Université: Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} cycle :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

du 2^{ème} cycle :

Mme le Professeur Michèle KESSLER

du 3^{ème} cycle :

Mr le Professeur Jacques POUREL

de la vie facultaire :

Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX,

Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE
Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD
Roger BENICHOUX - Marcel RIBON - Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET
Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX
Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT - Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT
Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT - Pierre LAMY
François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT
Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF
François CHERRIER - Oliéro GUERCI - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT
Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET - Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE -
Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES - Alain LARCAN -
Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE - Pierre GAUCHER - René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ - Jacques LECLERE - Francine NABET - Jacques BORRELLY
Michel RENARD - Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2^e sous-section : (Cytologie et Histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT
Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL - Professeur- Luc PICARD - Professeur Denis REGENT
Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM
Professeur Jacques FELBLINGER

**44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

PROFESSEUR Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie - Virologie; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Thierry MAY - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis CUILLEMIN Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie; transfusion*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN - Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY - Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section: ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN

Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT- Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE
MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ - Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)
Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX - Professeur Loïc MACE
4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire*)
Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie; hépatologie*)
Professeur Marc-André BIGARD)
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)
-
3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)
4^{ème} sous-section : (*Urologie*)
Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section: MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Denis WAHL
Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)
Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)
Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)
Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL
3^{ème} sous-section : (*gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale*)
Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)
Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN
5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)
Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section: PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)
Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI
2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)
Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE
Professeur Jean-Paul BERROD
3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Jean- Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

**44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT- Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - Virologie; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX - Docteur Alain LOZNIIEWSKI - Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section: SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section: ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE', ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAITRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section: SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section: CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section: SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section: MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section: BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GILLY - Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section: BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ECOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section: BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

PROFESSEURS ÉMERITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel BOULANGE - Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ- Professeur René-Jean ROYER

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Claude CHARDOT

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) *Université de Stanford, Californie (U.S.A)*

Professeur Paul MICHIELSEN (1979) *Université Catholique, Louvain (Belgique)*

Professeur Charles A. BERRY (1982) *Centre de Médecine Préventive. Houston (U.S.A)*

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) *Brown University. Providence (U.S.A)*

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) *Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) *Wanderbilt University, Nashville (U.S.A.)*

Professeur Harry J. BUNCKE (1989) *Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)*

Professeur Theodore H. SCHIEBLER (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*

Professeur M. KASHIWARA (1996) *Research Institute for Mathematical Sciences-Kyoto(JAPON)*

Professeur Ralph GRASBECK (1996) *Université d'Helsinki (FINLANDE)*

Professeur James STEICHEN (1997) *Université d'Indianapolis (U.S.A)*

Professeur Duong Quang TRUNG (1997) *Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PAILLE

Professeur de thérapeutique (option Clinique)

Vous avez immédiatement accepté de juger ce travail.

Nous vous sommes reconnaissants de vos conseils et de votre disponibilité.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et l'assurance de notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur M. SCHWEITZER

Professeur de gynécologie et d'obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Soyez assurés de notre respect et de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Professeur de réanimation médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

C'est sans hésitation que vous avez accepté de juger notre travail.

Nous sommes heureux de vous compter parmi nos juges.

C'est pour nous l'occasion ici de vous témoigner notre affection et notre respect.

A NOTRE JUGE

Madame le Docteur C. GILLET

Praticien Hospitalier

Nous vous remercions vivement de nous avoir confié le sujet de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de votre accueil chaleureux, de vos précieux conseils, et de

votre aide tout au long de la rédaction de ce travail.

A NOTRE JUGE

Madame M-H. DEBAR

Sage-Femme

Nous sommes heureux que vous ayez accepté de juger ce travail.

Votre présence dans notre jury se veut un exemple concret de notre souci de travailler en collaboration avec nos consœurs sages-femmes.

Nous avons apprécié votre disponibilité et vous sommes reconnaissants du temps que vous nous avez consacré.

A mes parents qui m'ont montré dans leur vie de tous les jours la beauté de leur métier de médecin. Ils m'ont appris le souci du travail bien fait, le respect et l'amour des autres, en particulier des petits, des pauvres et des malades. Pour m'avoir permis de devenir médecin. Pour tout ce qu'ils m'ont donné et tout ce qu'ils m'apportent encore.

A mes frères et sœurs, qui ont chacun à leur manière embelli ma vie. Pour leur dire aujourd'hui combien leur présence affectueuse m'a soutenue pendant toutes ces années d'apprentissage de la vie et de mon métier.

Aux dix-huit médecins de ma famille, les vivants et ceux qui sont décédés, qui ont voulu dans leur métier se mettre au service des malades. Pour leur dire combien je suis fière aujourd'hui d'entrer dans cette lignée.

A tous les miens.

Aux malades que j'ai examinés, soignés, accompagnés durant mes études de médecine. Pour tout ce qu'ils m'ont appris et tout ce qu'ils m'ont offert.

Aux médecins de l'Hospitalité Notre-Dame de Lourdes de Nancy-Toul, qui m'ont soutenue affectueusement tout au long de ces années. Pour leur dire combien ils ont été pour moi des modèles d'humanité, de simplicité et de service des autres.

A mes amis Monique et Dominique Perrin, qui m'ont offert leur aide pour la réalisation de ce travail. Pour les heures passées sur leur ordinateur à donner forme à cet ouvrage.

A tous mes amis.

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité . Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux . Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions . J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité . Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité . J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences . Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences . Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera . Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire .

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés . Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs . Je ferai tout pour soulager les souffrances . Je ne prolongerai pas abusivement les agonies . Je ne provoquerai jamais la mort délibérément .

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission . Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences . Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés .

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité .

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	p.23
I . TABAGISME ET GROSSESSE	p.24
1 . Risques pour la mère	p.24
1.1 <u>Diminution de la fertilité</u>	p.24
1.2 <u>Grossesse extra-utérine</u>	p.25
1.3 <u>Avortements spontanés</u>	p.25
1.4 <u>Complications placentaires</u>	p.25
1.5 <u>Pré-éclampsie et toxémie gravidique</u>	p.26
1.6 <u>Autres risques maternels</u>	p.26
2 . Risques pour l'enfant	p.27
2.1 <u>Retard de croissance intra-utérin</u>	p.27
2.2 <u>Physiologie fœtale perturbée</u>	p.28
2.3 <u>Prématurité</u>	p.28
2.4 <u>Mortinatalité, morbidité et mortalité néonatale</u>	p.28
2.5 <u>Mort subite du nourrisson</u>	p.29
2.6 <u>Autres risques</u>	p.29
3 . Actions des pouvoirs publics	p.30
3.1 <u>Sur le plan national</u>	p.31
-textes de loi 1976 / 1991 / 1992	
-Haut Comité de Santé Publique 1994 /1996	
-Académie Nationale de Médecine 1997	
-Conférence de Consensus ANAES 1998	
-Conférence de presse B. Kouchner 1999	
-Circulaire ministérielle 2000	
3.2 <u>Sur le plan européen et mondial</u>	p.32
-Comité National Contre le Tabac (projet européen)	
-OMS	

II . L'AIDE A L'ARRET DU TABAC PENDANT LA GROSSESSE..... p.34

1 . Facteurs déterminants le succès de l'arrêt du tabac liés à la patiente.....p.34

- 1.1 Age, parité et conditions socio-économiques.....p.34
- 1.2 Histoire tabagique.....p.35
- 1.3 Existence d'autres addictions.....p.35
- 1.4 Composantes psychologiques.....p.36
- 1.5 Conjoint.....p.37

2 . Prise en charge proposée.....p.38

- 2.1 Intervenants.....p.38
- 2.2 Expériences publiées.....p.39
 - White Paper*.....p.39
 - Smoke Change*.....p.39
 - RE AIM modèle*.....p.39
 - Agency for Health Care Policy and Research*.....p.40
 - SmokeFree Families*.....p.40
- 2.3 Evaluation de l'efficacité.....p.40
- 2.4 Problème de la substitution nicotinique.....p.41
- 2.5 Différentes possibilités de prise en charge.....p.41
- 2.6 Facteurs d'échec.....p.43
- 2.7 « When more isn't better, what is enough ? ».....p.43

3 . Particularités des résultats obtenus chez la femme enceinte.....p.44

- 3.1 Intérêt du classement en stades de motivation chez la femme enceinte ?.....p.44
- 3.2 Reprise très courante en post-partum.....p.44
- 3.3 Une explication : motivation différente ?.....p.45
- 3.4 Intérêt : permettre l'allaitement le temps voulu.....p.46

III . ETAT DES LIEUX	p.47
1 . Région Lorraine	p.47
1.1 <u>Les pionniers</u>	p.48
-Nancy.....	p.48
-Metz.....	p.49
-Thionville.....	p.49
1.2 <u>Action du Conseil Général de Meurthe et Moselle : l'expérience de la Protection Maternelle et Infantile</u>	p.49
1.3 <u>Consultations spécifiques à la Maternité de Nancy</u>	p.54
1.4 <u>Expérience de la PMI de Creutzwald</u>	p.55
1.5 <u>Expérience de la Maternité de l'Hôpital de Neufchâteau</u>	p.56
2 . Dans le reste de la France	p.57
2.1 <u>En région parisienne</u>	p.58
2.2 <u>En Région Nord-Pas-de-Calais</u>	p.59
2.3 <u>Autres structures françaises</u>	p.60
-Nord-Est.....	p.61
-Nord-Ouest.....	p.61
-Sud-Est.....	p.62
-Sud-Ouest.....	p.62
3 . Dans le monde	p.64
 <i>Conclusion</i>	p.67
 <i>Bibliographie</i>	p.68

<i>Annexes</i>	p.81
-Pré-projet « Aide à la désaccoutumance tabagique chez les futures mamans » de la PMI de Meurthe-et-Moselle (Mme MARIE).....	p.82
-Lois des 18 dec. 1989 et 22 juin 2000 relatives à la PMI.....	p.86
-Projet d'action dans le domaine de la Périnatalité du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, 1998.....	p.92
-Les problématiques liées au tabac au Conseil Général de Meurthe-et-Moselle.....	p.99
-Protocole d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac, document de travail du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle, février 2002.....	p.102
-Planche d'images de la PMI de Meurthe-et-Moselle.....	p.107
-Fiche individuelle de suivi de la PMI de Meurthe-et-Moselle.....	p.109
-« La santé par les bébés », PMI de Creutzwald.....	p.110

TEXTE

La progression du tabagisme féminin est actuellement alarmante. L'initiation se fait de plus en plus tôt dans l'adolescence, la proportion de jeunes filles fumeuses explose, la consommation est rapidement importante. Plus du tiers des femmes en âge de procréer fume, et le quart des femmes enceintes fume dans le dernier trimestre de la grossesse. Si les arrêts surviennent quelquefois en cours de grossesse, et s'ils sont alors souvent maintenus, le pourcentage de rechutes en post-partum est important. De plus, l'échec en cours de grossesse est trop souvent vécu dans la culpabilité et la solitude. Le plus lourd tribut dans ce domaine est payé par les femmes les plus fragiles, souvent de milieu défavorisé et aux prises avec d'autres dépendances, en particulier l'alcool.

Les trois mots-clés proposés par Mme BOUYSSSET, un des pionniers français de l'aide à l'arrêt du tabac lors de la grossesse, sont plus que jamais d'actualité : pour aborder ce problème, il faut apporter TOLERANCE, OBJECTIVITE et RESPECT à notre relation avec ces femmes (8). C'est dans cet état d'esprit que nous présentons ce travail, qui se veut d'abord un rappel des connaissances en matière de tabagisme lors de la grossesse, pour pouvoir ensuite mieux exposer ce qui a déjà été tenté en matière d'aide à l'arrêt, et enfin donner une vision de ce qui existe aujourd'hui comme structures d'aide, que ce soit près de nous ou ailleurs dans le monde.



In : Intervention du Dr DEQUIDT, Conseil Général de Meurthe-et-Moselle
4èmes journées annuelles « La femme et la cigarette », 26-27 mai 2000, Lille.

I. TABAGISME ET GROSSESSE

Outre l'exposition des méfaits du tabagisme, cette première partie veut aussi montrer que les personnes aux prises avec le problème du tabagisme doivent être épaulées, et que les instances publiques cherchent à leur offrir l'aide la plus adaptée. A travers des décisions de grande ampleur, même si le bienfait sur le plan individuel est parfois difficile à apprécier, il faut voir une volonté d'aider les personnes concernées dans leur lutte avec leur dépendance.

Pour commencer, même si - ainsi que le disent ceux qui accompagnent au quotidien ces femmes -, « jamais la connaissance d'un risque ne suffit à elle seule à modifier un comportement » (8), il est important de rappeler les effets du tabac lors d'une grossesse.

1. Risques pour la mère

Ils sont généralement dose-dépendants et apparaissent dès une exposition minimale : on ne peut donc pas définir de seuil minimal d'exposition. Le tabagisme passif exclusif chez une femme enceinte peut entraîner des dégâts importants. Il semble qu'en ce domaine, l'intensité de l'exposition, même très brève, soit plus déterminante que sa durée, ce qu'il faut particulièrement redouter en cas de confinement (86).

1.1 Diminution de la fertilité

Elle est globalement réduite d'un tiers et cette réduction est dose-dépendante. On note un allongement du délai de conception, une diminution du taux de grossesses évolutives et une augmentation des infertilités tubaires (16). Ceci s'expliquerait notamment par l'effet anti-oestrogénique du tabac, qui favorise la production d'androgènes. Par ailleurs, il existe une réduction significative de la réserve ovarienne en ovocytes (réduction par un facteur de 2,5 pour une consommation de 10 paquets-années (PA)) et une altération du fluide folliculaire. La fréquence accrue des échecs de FIV chez les femmes fumeuses illustre ceci, avec un taux d'implantation et un taux de grossesses réduits de moitié et un risque de fausse couche spontanée doublé (69).

1.2 Grossesse extra-utérine

La survenue est doublée en cas de tabagisme et cette augmentation est dose-dépendante (12,16) : le risque relatif est de 1,5 pour une consommation inférieure à 10 cigarettes/j, de 3 pour une consommation supérieure à 20 cigarettes/j, et de 5 pour une consommation supérieure à 30 cigarettes/j (17). La nicotine serait responsable de l'implantation ectopique de l'œuf par diminution de la motricité tubaire et de l'activité ciliaire de la muqueuse. On évoque aussi l'action anti-oestrogénique de la nicotine et la diminution des défenses immunitaires favorisant les infections notamment à *Chlamydia trachomatis*.

1.3 Avortements spontanés

Leur survenue est triplée par le tabagisme maternel et la relation est aussi dose-dépendante. La nicotine agirait par altération ovocytaire (vieillesse accéléré, anomalies de la méiose), réduction des décharges de LH-RH, diminution du taux d'oestrogènes circulants et altération de l'endomètre par diminution du flux sanguin utérin(69).

1.4 Complications placentaires

Elles sont responsables des métrorragies du troisième trimestre, pourvoyeuses d'anémie aigue sévère, pouvant engager le pronostic vital.

Le risque de placenta praevia est augmenté de 30% environ avec une discrète dose-dépendance (12,16). L'hypoxémie liée au tabagisme entraînerait une hypertrophie placentaire, avec formation de placentas plus plats et plus étendus.

Le risque d'hématome rétro-placentaire (HRP) est presque doublé chez les fumeuses (12). On estime que 15 à 25% des HRP sont attribuables au tabac, et l'effet est dose-dépendant (2). Il s'agit le plus souvent de décollements périphériques de placenta normalement insérés. Les mécanismes évoqués sont les modifications hémorrhéologiques et les nécroses déciduales ischémiques précoces.

1.5 Pré-éclampsie et toxémie gravidique

A la différence de ce qui précède, il existe un effet apparent protecteur du tabagisme vis-à-vis de la survenue des pré-éclampsies (12). Les explications physiopathologiques proposées sont la présence de thiocyanates dans la fumée, qui sont vasoconstricteurs et stimulent l'agrégation plaquettaire, et le fait que la nicotine inhibe la production fœtale de thromboxane A2 (2). Cet effet à priori bénéfique du tabagisme conduit à de nombreuses controverses (26) et les auteurs insistent sur l'absence d'intérêt pratique de cette découverte, étant donné le surcroît d'effets délétères, par ailleurs, du tabac.

1.6 Autres risques maternels

Le risque thrombo-embolique est augmenté par la polyglobulie et l'hypercoagulabilité liée à l'augmentation des facteurs de coagulation.

Le risque athéromateux est augmenté par la diminution de l'activité lipolytique, l'élévation durable de la triglycéridémie en phase post-prandiale, la diminution du HDL-cholestérol et l'élévation du LDL-cholestérol.

Les défenses immunitaires sont altérées : diminution de la concentration des immunoglobulines sanguines, de l'activité lymphocytaire et macrophagique, du chimiotactisme des neutrophiles, d'où le risque accru de rupture prématurée des membranes, à la fois cause et conséquence d'infection foeto-maternelle.

La glycémie est augmentée (de l'ordre de 10%) ainsi que l'hémoglobine glyquée. Cependant, l'évolution du diabète gestationnel ne semble pas influencée par le tabac.

Les pathologies bucco-dentaires observées pendant la grossesse sont toutes aggravées par le tabac.

Le risque de vergetures et d'anomalies de cicatrisation cutanée après césarienne est plus important.

Si l'incidence de l'hypertension artérielle gravidique est apparemment diminuée par le tabagisme, sa survenue est liée à une plus grande gravité de l'affection, se traduisant notamment chez la mère par une augmentation de la fréquence et de la gravité des néphropathies gravidiques (69).

Enfin, on sait depuis longtemps que le tabac entraîne une diminution significative de la quantité de lait maternel et une réduction de sa teneur en acides gras, essentiels à la myélinisation du système nerveux de l'enfant (42).

Ces effets délétères se mesurent encore dans un plus large registre, concernant la maternité : le tabac est fortement toxique pour la fertilité d'un couple. Des études récentes montrent d'une part une fertilité féminine diminuée lorsque la femme a été exposée elle-même in utero (46), et d'autre part, même si de nombreuses études sur ce sujet ont du mal à tirer des conclusions plus générales, une fertilité masculine diminuée chez les fumeurs, notamment par morphologie spermatique perturbée (102).

2 . Risques pour l'enfant

On comprend facilement leur apparition quand on sait qu'il existe, dès la moindre consommation tabagique par la femme enceinte, un passage transplacentaire des toxiques. La toxicité du monoxyde de carbone est connue de longue date, elle est encore plus cruciale chez le fœtus qu'après la naissance à cause de son affinité extrême pour l'hémoglobine fœtale ; par ailleurs des études récentes tendent à montrer le passage facile d'autres toxiques ; ainsi la cotinine, dérivé nicotinique, s'accumule dans le compartiment fœtal dès la septième semaine de gestation, y compris pour des expositions théoriquement faibles telles que lors du tabagisme passif (44).

2.1 Retard de croissance intra-utérin

L'hypotrophie fœtale liée au tabac est deux à trois fois plus fréquente chez l'enfant de mère fumeuse. Elle est classiquement connue comme harmonieuse c'est-à-dire portant sur le poids de naissance, la taille, le périmètre crânien et le périmètre thoracique (73). Le déficit pondéral est en moyenne de 200 g, indépendamment du terme. Le risque est proportionnel à la quantité de tabac inhalée par la mère, et s'accroît en fin de grossesse (27). Il existe dès un très faible niveau de consommation (1 cigarette/j). Les mécanismes physiopathologiques évoqués

sont : prise de poids maternelle insuffisante, baisse de la perfusion placentaire (17), hypoxie, effet toxique direct du cadmium, déficit en vitamine B12, diminution de la synthèse des hormones thyroïdiennes fœtales par les thiocyanates, déficit en certains isozymes du cytochrome P450.

Récemment il a été montré que l'hypotrophie toucherait sélectivement la circonférence abdominale par diminution de la taille du foie et de la masse musculaire fœtale sans diminution de la masse adipeuse (4).

2.2 Physiologie fœtale perturbée

Le tabac diminue la fréquence du rythme respiratoire fœtal et les mouvements spontanés fœtaux conduisant, en cas de tabagisme important, à une véritable hyporéactivité fœtale, signe de souffrance fœtale chronique. L'inhalation d'une cigarette entraîne dans le quart d'heure qui suit une tachycardie, en réaction à une baisse de la perfusion, nécessitant une augmentation du débit cardiaque. Le fœtus subit donc l'effet narcotique et déprimeur central du tabac.

2.3 Prématurité

Le risque est augmenté par le tabac (risque relatif de 1,27) de façon dose-dépendante jusqu'à un certain niveau de consommation, d'environ un paquet/j (87) et qu'il y ait ou non rupture des membranes. Plusieurs causes sont évoquées : surcroît d'infections vaginales, hypovitaminose C, augmentation des contractions myométriales, diminution de l'oxygénation membranaire(69).

2.4 Mortinatalité, morbidité et mortalité néonatale

Le tabac est un énorme pourvoyeur, évitable, de mortinatalité (90). Une étude récente effectuée au Danemark lui attribue un quart des cas (101). Contrairement aux données classiquement citées, il n'y aurait pas d'augmentation de la mortalité néonatale liée au tabac (90). En revanche, on connaît de longue date une morbidité néonatale accrue par le tabagisme

anténatal maternel, non seulement par hypotrophie et prématurité, mais aussi, à poids de naissance et âge gestationnel comparable, par augmentation du risque d'apnées et d'hémorragies intracrâniennes (risque triplé chez tout nouveau-né prématuré de mère fumant plus de dix cigarettes/j) (69).

2.5 Mort subite du nourrisson

Le risque est doublé par le tabagisme maternel anténatal (90) et il est dose-dépendant (100). Les mécanismes évoqués sont : l'augmentation des apnées obstructives par immaturité des centres régulateurs respiratoires (69), l'épaississement de la membrane basale par le collagène (17) et l'action synergique de la nicotine sur certaines toxines bactériennes (90). Le tabagisme anténatal est donc un facteur de risque certain, indépendamment de l'exposition post-natale.

2.6 Autres risques

Le tabagisme maternel anténatal altère la fonction respiratoire des nouveaux-nés. Le débit expiratoire forcé est diminué dans les deux sexes, tandis que la compliance est diminuée chez les garçons et la conductance chez les filles. La production de surfactant est freinée chez les garçons alors que le tabac est connu pour accélérer cette production en période anténatale. Enfin, le tabagisme anténatal est un facteur de risque indépendant de bronchopathie obstructive dans les trois premières années de vie (65). Chez le fœtus, il faut noter que le développement des voies aériennes est plus sensible aux effets adverses du tabac chez le fœtus de sexe féminin que dans l'autre sexe (73).

La notion classique d'eczéma atopique lié au tabagisme anténatal est complétée par une étude récente montrant une sensibilisation alimentaire (mais non aux pneumallergènes) accrue en cas d'exposition pré- (et post) natale (53).

Alors que l'effet tératogène du tabac reste controversé, on note la survenue plus élevée de malformations des membres, de malformations urinaires (17) et de fentes labiales et palatines (14).

On signale également une augmentation de fréquence du strabisme convergent et de troubles de la réfraction (13,70).

Une élévation de la pression artérielle systolique est notée lorsque la mère fume au moins 15 cigarettes/j et celle-ci persiste pendant un an (69).

Un déficit de la minéralisation osseuse a été rapporté récemment (48).

La question de la responsabilité du tabagisme anténatal dans la survenue de cancers n'est pas encore résolue (17). Une méta-analyse récente (6) montre un risque de 10% de survenue de cancers chez l'enfant, notamment à type d'hémopathies malignes et de tumeurs cérébrales (17,31). On a noté il y a quelques années une augmentation du risque de cancer testiculaire chez des hommes ayant été exposés au tabac in utero. Récemment a été mis en évidence dans le liquide amniotique et les urines du nouveau-né de femmes fumeuses un agent carcinogène en quantité supérieure à celle observée en cas de non-exposition (74).

La notion de retard mental est connue (69) ; sur le plan psychologique, les enfants exposés in utero auraient à l'âge de deux ans un comportement négatif (prise de risques, impulsivité, attitude d'opposition aux parents) (9).

Enfin, il existe chez l'adolescent dont la mère a fumé pendant la grossesse un risque plus élevé de fumer à son tour, sans distinction notée suivant le sexe (69).

Devant l'exposition à de tels risques, il faut se souvenir de certaines découvertes qui peuvent, en cas d'intoxication poursuivie pendant la grossesse et le post-partum, réduire leur ampleur : la diminution de consommation entraîne rapidement et quelle que soit son importance des bénéfices ; en allaitant son enfant, une mère fumeuse contribue à diminuer le risque de mort subite du nourrisson qu'il encourt (60) ; le fait d'espacer la prise de cigarette des mises au sein diminue le passage dans le lait des toxiques.

3 . Action des pouvoirs publics

Outre les risques individuels cités précédemment, le tabagisme engendre aussi des risques pour la société, avec un coût élevé (69). La population des femmes enceintes fumeuses représente une classe très vulnérable et à l'origine de dépenses de santé directes (pour elles) et indirectes (pour le fœtus et l'enfant) importantes.

Les actions mises en place par les pouvoirs publics, sur le plan national, seront décrites dans un premier temps, puis élargies à d'autres pays, en étudiant les directives générales et l'existence ou non de mesures spécifiques à la femme enceinte.

3.1 Sur le plan national

Du premier grand texte (loi du 6 juillet 1976) visant explicitement à lutter contre les méfaits du tabagisme à l'interdiction totale de toute publicité (loi du 10 janvier 1991) et au principe d'un espace collectif non-fumeur (décret du 29 mai 1992), la législation française a fait progressivement de l'interdiction de fumer une règle et du fait de fumer une exception. Dans la décennie suivante, au milieu de projets anti-tabac de grande envergure, une partie a été consacrée à la lutte chez la femme enceinte.

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique, préconisant des mesures visant à diminuer le tabagisme en l'an 2000, insistait sur la création de services appropriés aux femmes enceintes ainsi que sur l'implication nécessaire de leur entourage, familial comme professionnel. Il mentionnait la responsabilité des prescripteurs de contraceptifs hormonaux envers les fumeuses, et soulignait l'importance de la lutte contre le tabac en milieu scolaire. Deux ans plus tard, il appuyait ses recommandations en classant le tabac comme problème de santé prioritaire dans les affections périnatales.

En 1997, l'Académie Nationale de Médecine, en s'attaquant au tabagisme passif, recommandait l'approfondissement des connaissances sur les répercussions du tabagisme maternel actif ou passif sur le fœtus et le nouveau-né, ainsi que la nécessité d'une information accrue aux parents en début de grossesse, et d'un suivi intensifié en post-partum.

La Conférence de Consensus de l'ANAES, visant en premier lieu les professionnels de santé, insistait en octobre 1998 sur une prise en charge spécifique de la femme enceinte fumeuse dans les services de gynécologie-obstétrique, « impliquant la collaboration des médecins, des sages-femmes et des autres partenaires de santé » (1).

Dans sa conférence de presse du 26 mai 1999, B. Kouchner, ministre de la Santé, définissait son Plan de Lutte contre le Tabagisme, renforçant essentiellement l'information des fumeurs. Ce plan prévoit une consultation de 40 minutes environ dans les premiers mois de grossesse, consacrée à la prévention des grands problèmes de santé publique liés à la grossesse, permettant en particulier une orientation vers des consultations d'aide à l'arrêt du

tabac. Des mesures sont prises pour la formation des médecins – généralistes et gynéco-obstétriciens – et des sages-femmes. Un document est prévu, adressé aux spécialistes, pour aider à l'« information éclairée sur les méfaits du tabac lors de la prescription d'une méthode contraceptive ou au cours du suivi de la grossesse » (52).

Le 3 avril 2000, une circulaire ministérielle relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé recommandait de « créer des consultations avancées au sein même des maternités », structures éventuellement mises en place par les unités d'alcoologie étant donnée la comorbidité fréquente de ces deux substances (75).

3.2 Sur le plan européen et mondial

En 1985 s'ouvrait le Plan Européen Contre le Cancer .

En 1996, le Comité National Contre le Tabac (CNCT) s'engageait dans un programme européen réunissant en premier lieu le Royaume-Uni, l'Allemagne et la France, visant à la prévention du tabagisme pendant la grossesse et le post-partum. En France, neuf sites expérimentaux, en région parisienne et en province, démarraient ce projet, essentiellement tourné vers la sensibilisation des femmes enceintes, de leur entourage (en particulier du conjoint) et des professionnels de santé concernés. Après deux ans d'existence du projet (c'est-à-dire en fin d'année 1997) le programme s'étendait au domaine médiatique (brochures, cassettes vidéo, messages TV).

En 1998, l'OMS lançait une nouvelle campagne de premier plan, « l'Initiative Se Libérer du Tabac », et son Comité Régional adoptait le Troisième Plan d'Action Régional quinquennal pour une Europe sans tabac. En 1999 était lancé le projet de Partenariat Européen sur la dépendance tabagique, projet ouvert à tous les partenaires intéressés des secteurs privé, non commercial et public, et soutenu par de puissantes sociétés pharmaceutiques. A ce jour cependant, le problème de la femme enceinte fumeuse n'apparaît pas dans les priorités de lutte de l'OMS.

Alors que depuis une dizaine d'années se développent de façon exponentielle des actions de lutte anti-tabagique, il faut bien constater que la femme enceinte fumeuse reste le parent pauvre parmi les consommateurs pris en charge. Ainsi, en France, elles constituent la population qui a le moins bénéficié de l'effort entrepris par les établissements de santé dans la lutte contre le tabagisme. Leur pourcentage reste stable (3%) parmi les patients (45).

L'information et la mobilisation des moyens dans ce domaine sont d'autant plus justifiées que l'abstinence tabagique pendant la grossesse est suivie rapidement d'effet, et de façon certaine. Cette constatation peut d'ailleurs être une forte motivation pour l'arrêt du tabagisme. Une femme fumeuse qui arrête son intoxication avant une grossesse réduit le risque de prématurité pour la grossesse à venir (15).

Si l'utilisation de la peur peut conduire les personnes qui s'intoxiquent et intoxiquent leurs enfants, parfois contre leur propre gré, à se libérer de cette emprise (33), il nous a semblé important d'exposer en toute objectivité et sans dramatisation les risques encourus pendant cette période privilégiée qu'est la grossesse.

II . L'AIDE A L'ARRET DU TABAC PENDANT LA GROSSESSE

L'étude pionnière en ce domaine est la méta-analyse de Dolan-Mullen publiée en 1994 (24), qui montre que les interventions en vue d'une cessation du tabagisme pendant la grossesse augmentent le taux d'arrêt du tabagisme chez les femmes enceintes et diminuent l'incidence de l'hypotrophie fœtale liée au tabagisme. Depuis, les preuves de l'utilité d'une prise en charge de la femme enceinte se multiplient. Dans une publication commune récente, trois grands spécialistes de cette prise en charge, Di Clemente, Dolan-Mullen et Windsor illustrent cette période privilégiée en disant que « la grossesse et le post-partum sont une fenêtre d'opportunité pour l'arrêt du tabac » (23).

1 . Facteurs déterminants le succès de l'arrêt du tabac liés à la patiente

De nombreuses études, aux résultats parfois un peu contradictoires, essentiellement menées dans les pays anglo-saxons et scandinaves, soulignent que de nombreux facteurs, propres à la femme enceinte fumeuse ou à son entourage, peuvent influencer le succès d'une action anti-tabac lors de la grossesse en cours.

1.1 Age, parité, conditions socio-économiques

Plusieurs études dont une méta-analyse (62) s'accordent pour considérer que l'âge jeune de la patiente est un facteur péjoratif (76). Cependant une étude récente dit que l'âge maternel n'a pas d'influence (58).

Indépendamment de l'âge, une étude canadienne (18) cite la primiparité comme facteur de risque, une étude suédoise (37) cite par ailleurs la multiparité. Ceci ne semble pas contradictoire, et la présentation de ces études ne permet pas de savoir si les femmes étudiées étaient en tout point égales par ailleurs. Une autre étude suédoise cite au contraire la primiparité comme facteur protecteur (58) ; cette étude montre aussi l'absence de responsabilité de la durée du congé octroyé pour la grossesse et de l'importance des nausées ressenties par la patiente lors de la grossesse.

Les facteurs socio-économiques semblent avoir une place prépondérante. Si la reprise de la cigarette en post-partum est aussi importante en cas de haut ou de bas statut social, le bas statut semble augmenter la quantité consommée pendant la grossesse et diminuer le taux d'arrêt (77). L'exposition environnementale est délétère pour l'arrêt (29,62,103). L'étude suédoise déjà citée innocente le tabagisme passif sur le lieu de travail (58). Le niveau élevé d'éducation est souvent cité comme facteur positif (18,29,35,58,62,103). On a cité l'influence bénéfique de parents non-fumeurs (58). Cette même étude montre que, si le soutien psychologique du conjoint est déterminant, sa propre consommation tabagique n'est pas corrélée à l'évolution du tabagisme de sa compagne. Dans l'étude de Gebauer et coll., l'origine ethnique est corrélée au tabagisme, avec un résultat globalement plus satisfaisant chez les femmes d'origine afro-américaine que chez les Blanches aux USA (35), même si une étude montre que les patientes afro-américaines ou Hispaniques profitent moins des conseils apportés que les femmes blanches et non-Hispaniques, ceci sans explication donnée ; en fait, ce lien semble davantage être le reflet du niveau de vie et l'éducation qui apparaît variable selon les ethnies (76). L'immigration est un facteur de mauvais pronostic (18). Au moins jusqu'à un certain seuil, la réussite est corrélée au niveau de revenus (76), le travail manuel (78), peu qualifié (37), et le chômage (78) étant connus comme facteurs négatifs.

1.2 Histoire tabagique

L'âge précoce de début est de mauvais pronostic (58,62), de même que le niveau élevé de consommation (29,37,58,62) et la durée longue de l'intoxication (62,103). Le niveau d'addiction au tabac est corrélé négativement au succès de la prise en charge (62).

1.3 Existence d'autres addictions

Si l'étude canadienne implique fortement le mésusage d'alcool dans l'échec de la prise en charge (18), une étude récente effectuée chez des patientes présentant toutes plusieurs addictions simultanément (tabac, alcool, caféine) relève un taux de réussite significatif pour l'arrêt de deux substances. Il semblerait plus courant d'arrêter dans ce cas deux consommations qu'une seule : en effet les pourcentages de réussite sont plus élevés pour des arrêts simultanés de deux voire trois consommations que pour des arrêts d'une seule

consommation parmi plusieurs en cours. Les facteurs d'échec à l'abandon de plusieurs substances sont inconnus; les auteurs ont néanmoins noté la difficulté à formuler des stratégies comportementales et la moindre prise en considération des effets délétères pendant la grossesse de ces consommations (80).

1.4 Composantes psychologiques

S'il n'a pas été montré de corrélation entre l'évolution de la consommation tabagique de la femme en cours de grossesse et un éventuel état de dépression, la diminution du stress et l'amélioration d'un état dépressif le cas échéant semblent bénéfiques pour l'arrêt chez les femmes qui continuent à fumer en début de grossesse (63). Une étude souligne la nécessité d'une prise en charge interventionnelle pour diminuer le stress et les conflits familiaux (76).

Une faible motivation à l'arrêt serait liée à une moindre confiance en sa propre capacité à arrêter (29) et à une moindre confiance en soi (29,103), les femmes étant moins enclines à admettre le danger de leur comportement pour le fœtus que les non-fumeuses (29), à connaissances théoriques égales par ailleurs.

Le modèle de Prochaska et Di Clemente (*transtheoretical model*) désormais bien connu dans l'abord du sevrage tabagique (22), classe les consommateurs en stades de motivation et permet dans la population générale de fumeurs une meilleure efficacité de l'aide à l'arrêt du tabac lorsque la prise en charge est adaptée au stade de motivation du patient (83). Il semble applicable chez la femme enceinte, les stades étant associés à la reconnaissance par la patiente des risques encourus (38). L'étude de Valanis et coll., s'intéressant à une cohorte de patientes depuis leur première consultation prénatale jusqu'à un an après la naissance, afin de proposer ensuite une prise en charge par entretiens motivationnels brefs, a montré que lorsque ces stades sont pris en compte dans l'accompagnement, l'abstinence est plus facilement obtenue pendant la grossesse (odd ratio de 2,7) et plus facilement maintenue jusqu'à l'accouchement puis en post-partum (odd ratio de 2,4) (91). De plus, définir le stade de motivation d'une patiente permet selon Mc Bride et coll. d'appréhender de manière statistique d'autres caractéristiques les concernant. Ainsi une femme parvenue au stade d'arrêt de la consommation a plus tendance à planifier sa grossesse et à désirer allaiter ; par ailleurs, elle a moins de risques d'avoir un enfant atteint d'asthme ou d'infections respiratoires (40).

Une étude a été consacrée spécifiquement à l'intérêt porté à la prise de poids par les femmes enceintes fumeuses (82). Elle montre que les patientes qui attachent beaucoup d'importance à ce sujet prennent plus de poids, et adoptent plus le tabac comme moyen de limiter cette prise; alors qu'elles perdent plus de poids durant le premier mois que celles qui montrent peu d'intérêt, elles en regagnent plus pendant le reste de la grossesse, mais finalement sans différence significative entre les deux groupes. Elles sont en revanche plus sujettes aux vomissements (sans cause détaillée) et aux comportements boulimiques. L'étude insiste donc sur la nécessité d'une identification précoce des femmes (par simple entretien) présentant ces traits pour développer précocement des stratégies de maintien de l'abstinence tabagique, notamment après la grossesse. Elle appelle aussi à combattre la croyance bien ancrée dans l'esprit de nombreuses patientes qui consiste à penser que le tabagisme, diminuant la prise de poids maternel et le poids de l'enfant, diminue les souffrances de l'accouchement.

Enfin, la qualité du sommeil de la femme enceinte ne semble pas influencer la consommation tabagique (58).

1.5 Conjoint

Alors que le rôle de l'exposition au tabagisme du conjoint reste controversée (37,58,62), la place de celui-ci n'est absolument pas neutre lors de la grossesse de sa compagne (75), une attitude positive de sa part influençant bénéfiquement l'arrêt (58). Une étude de Mc Bride et coll. portant sur 372 femmes enceintes fumeuses et presque autant de femmes enceintes ayant arrêté de fumer rapporte un plus grand soutien de la part du conjoint signalé par les femmes ayant arrêté que par les autres ($p=0,02$). Le fait que le conjoint soit non-fumeur apporte un plus grand soutien et permet plus d'arrêts spontanés. Par ailleurs, la démarche d'un conjoint qui tente d'arrêter sa propre intoxication tabagique pendant la grossesse de sa compagne semble avoir une grande influence (66). Une étude de Pollak et coll. réalisée avec 58 couples souligne néanmoins la nécessité de poursuivre les recherches sur la perception des couples de l'entraide ; en effet les hommes disent généralement apporter plus d'aide - positive - et moins d'influence négative que les femmes ne le perçoivent (81).

2 . Prise en charge proposée

2.1 Intervenants

Ils sont pour la plupart issus du monde de la santé, et présentent, outre des qualités individuelles, des caractéristiques propres à leurs corps de métier respectifs .

Dans les pays anglo-saxons, les infirmières spécialisées jouent un rôle primordial, et sont souvent autonomes dans leur prise en charge .

Dans le cas particulier de la grossesse, deux professions médicales sont impliquées dans l'accompagnement de la femme enceinte fumeuse : les sages-femmes et les médecins. Ceci a conduit à plusieurs études qui retrouvent des caractéristiques propres à l'une et l'autre profession. Ainsi, si l'intensité de la prise en charge semble plus élevée chez la sage-femme (94), l'efficacité n'en est pas plus grande et globalement les performances restent faibles. Chez les médecins, les généralistes semblent plus impliqués que les obstétriciens : ainsi l'étude de Helwig et coll. cite une évocation du problème du tabagisme lors des différentes consultations prénatales par 97% des généralistes et par 72% des obstétriciens, les praticiens étudiés ayant tous abordé la question lors de la première visite (41). Pour les deux catégories professionnelles, la diffusion d'actions de formation aux soignants permet d'améliorer la prise en charge, globalement en triplant presque le taux d'arrêts obtenus dans la population prise en charge (19). Cependant, l'utilisation correcte du matériel pédagogique mis à leur disposition n'est pas facile à acquérir seul et d'emblée (61), alors que la réussite des actions mises en place nécessite toujours un personnel entraîné (72). Aussi, toutes les formations comme l'apprentissage de nouvelles méthodes telles que l'entretien motivationnel sont généralement bien accueillies (92).

2.2 Expériences publiées

La revue de bibliographie effectuée sur Medline nous a permis de parcourir quelques publications anglo-saxonnes relatant concrètement des actions mises en place dans les dix dernières années, souvent présentées de manière critique.

- *White Paper*

Après l'échec d'une précédente campagne menée sur cinq ans, de 1992 à 1997, le gouvernement britannique a publié en décembre 1998 un nouveau « *White Paper* », (c'est-à-dire une campagne pour la promotion des grandes causes de santé publique), au titre agressif : « *Smoking Kills* ». Cette campagne insistait notamment sur la prise en charge des conjoints, de la famille proche et des patientes jeunes et socialement désavantagées. Une échelle d'intervention était créée, qui étudiait précisément l'intention plus ou moins précise d'arrêter la consommation de tabac, conduisant à pouvoir utiliser ensuite les stades de motivation (39).

- *SmokeChange*

Réalisée en Nouvelle-Zélande, cette expérience récente proposait une approche personnalisée, par visites à domicile permettant un soutien par approches cognitive, environnementale et comportementale. Elle soulignait l'importance d'une prise en charge acceptable par la patiente, consistant en l'élaboration d'un programme personnalisé sous forme de visites à domicile (32).

- *RE-AIM model (Reach – Adoption – Implementation - Maintenance model)*

Ce modèle américain, qui comprend quatre dimensions : la prise de conscience, le fait de faire sienne la motivation, la mise en pratique et la maintenance (*Reach, Adoption, Implementation, Maintenance*) a conduit à la mise en place de deux études. La première, l'étude HOPP (*Healthy Options for Pregnancy and parenting*) restant en dehors du système de soins classique, était une étude randomisée portant sur presque un millier de patientes réparties en trois groupes, les unes bénéficiant d'un manuel, les autres d'entretiens téléphoniques, en ante-partum et enfin en ante- et post-partum. La deuxième, l'étude STORK (*Stop Tobacco for OuR Kids*) a étudié l'intervention à partir d'une structure de soins. La conclusion tirée a été de combiner des éléments des deux études pour continuer à utiliser ce modèle novateur qui semble très efficace (56).

- *Agency for Health Care Policy and Research*

La mise en place de cette organisation aux Etats-Unis a été un succès par l'obtention de taux d'arrêts allant quasiment du simple au double (8,8% pour le groupe contrôle, 17,3% pour le groupe expérimental), arrêts évalués par estimation personnelle de la consommation et mesure de cotinine salivaire. Elle consistait à prendre en charge des patientes bénéficiant du système Medicaid, c'est-à-dire des patientes d'un niveau de précarité moyen à important. Leur étaient proposés un conseil bref lors d'une entrevue, une vidéocassette, une publication adaptée, du matériel d'auto-entretien et un support téléphonique. Les intervenants concernés par cette étude ont classé par ordre décroissant de satisfaction les méthodes suivantes : d'abord manuels de bonne pratique et assistance par internet, puis conseil de pairs, conférences et publications (3,97).

- *Smoke Free Families*

Cette étude américaine s'est appuyée sur les niveaux d'addiction des patientes. Elle a utilisé le classement en stades de motivation, en s'aidant d'une vérification biologique de l'intoxication tabagique (71). Une des prises en charge proposées reposait sur l'approche interventionnelle par entretiens motivationnels, alors en cours d'évaluation. Les auteurs insistent sur la nécessité d'une définition rigoureuse du statut tabagique des patientes et encourageaient l'étude ultérieure des bénéfices obtenus par entretiens avec les patientes (71,92).

2.3 Evaluation de l'efficacité

Depuis l'étude princeps de Dolan-Mullen en 1994, il a été confirmé que les tentatives d'arrêt de l'intoxication tabagique pendant la grossesse, y compris celles qui sont suivies d'échec, réduisent l'hypotrophie fœtale, favorisent les réductions de consommation, et diminuent le taux de prématurité. Cependant, il n'y a pas eu d'effet démontré sur les très faibles poids de naissance et la mortalité périnatale (64). La précocité de l'arrêt de l'intoxication tabagique par rapport au terme de la grossesse est déterminante : ainsi un arrêt avant la fin du premier trimestre de grossesse fait diminuer – sans normalisation toutefois – le risque de rupture prématurée des membranes, d'hématome rétro-placentaire (67) et de retard de croissance intra-utérin pour certains (69).

Une étude montre par ailleurs que si l'accompagnement en cours de grossesse ne s'accompagne pas d'une diminution de la cotinurie de la patiente, alors que la consommation de tabac est chiffrée par les patientes, elle permet une augmentation significative du poids de naissance. Aucune explication n'est donnée (79).

Une étude américaine réalisée entre 1996 et 1998 insiste sur l'importance de l'évaluation de l'efficacité, déplorant les faiblesses méthodologiques : mesures trop peu certaines du statut de fumeur sans que la question des dosages biologiques soit abordée, biais de sélection des patientes, et calcul incorrect du taux de « véritables » arrêts, c'est-à-dire durables dans le temps (98).

2.4 Problème de la substitution nicotinique

La plupart des études restent évasives sur le sujet, conseillant l'utilisation éventuelle de « thérapies pharmacologiques » au même titre que les approches psychologiques, sans exclusions et sans ordre de priorité (51). Très souvent la substitution nicotinique n'est recommandée qu'aux patientes ayant une forte consommation (supérieure à dix cigarettes/j) (96), plutôt quand l'approche comportementale ne suffit pas (76). Une étude néo-zélandaise très récente rapporte l'utilisation courante d'une substitution nicotinique pour des consommatrices de plus de dix cigarettes/j ou ayant présenté des difficultés lors de la prise en charge antérieure, et ceci, même si l'efficacité dans le cas précis de la femme enceinte fumeuse n'est pas établie (94).

2.5 Différentes possibilités de prise en charge

Les méta-analyses effectuées montrent une efficacité significative des interventions inspirées par la pratique fondée sur les preuves. Elles consistent en de brèves interventions de cinq à quinze minutes, délivrées par un personnel entraîné, et s'appuient sur cinq composants (« 5 A ») = *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* (demander, conseiller, évaluer, assister, mettre en ordre). Ces interventions obtiennent un résultat modéré mais indéniable en terme d'arrêts obtenus (risk ratio de 1,7) (72).

La majorité des études recommandent pour les soignants d'abord l'utilisation de manuels de bonne pratique et la communication par Internet, puis les conseils de « pairs », le travail en ateliers de proximité, des publications appropriées, une assistance sur place, et des conférences (3).

Une étude montre que l'utilisation couplée du dosage urinaire de cotinine et de questionnaires à choix multiples permet une augmentation de 70% du taux d'identification des fumeuses parmi les femmes enceintes, permettant ensuite une prise en charge éventuelle adaptée, par un conseil minimal ou un entretien un peu plus long, mais toujours de durée inférieure à dix minutes (76). Concernant un suivi par des infirmières particulièrement chargées de cette prise en charge, l'attitude recommandée est d'utiliser les stades de motivation et de mesurer la cotininurie (89).

Il semble important de promouvoir l'arrêt du tabac avant ou au tout début de la grossesse, d'aider celles qui arrêtent – spontanément ou par suite de l'intervention d'un soignant - à rester abstinentes, d'aider les fumeuses en fin de grossesse et en post-partum, et de responsabiliser le partenaire (23). Les performances augmentent lorsqu'il existe un engagement personnel accru de l'intervenant. Aux USA, des recommandations nationales, différenciant la prise en charge suivant l'évaluation des caractéristiques des patientes, ont été mises en place qui, bien suivies, augmentent les chances de succès (104).

Pour certaines populations particulièrement vulnérables, la prise en charge requiert des attentions spéciales : chez les très jeunes filles en âge scolaire, on insiste sur la nécessité d'un environnement confortable et familial, de relations préalables avec les jeunes concernées, d'un support de l'équipe administrative (scolaire) avant de tenter un programme d'arrêt (55). Pour les patientes de milieu précaire (dépendant de Medicaid aux USA) un matériel d'auto-entretien adapté, une assistance téléphonique, une prise en charge par d'autres spécialistes concernés que les seules sages-femmes sont préconisés (36). Dans le cas de ces patientes désavantagées sur le plan socio-économique, une approche centrée sur la patiente, pleine de respect, adaptée permet d'augmenter la conviction d'être efficace de la personne soignée (10).

2.6 Facteurs d'échec

Ils sont nombreux .

Du côté des soignants on note une appréciation inadéquate des priorités de prise en charge (20,78), un manque d'investissement (78) et de confiance en l'efficacité des projets (50), une sous-utilisation des moyens par le personnel de maternité (41), une dotation en structures insuffisante, une incompréhension de la part des dirigeants hospitaliers et un manque de clarté des messages. Mais le problème crucial demeure celui du temps et de la technicité (5). Une étude aux USA concernant la prise en charge de population dépendant de Medicaid souligne le manque de ressources financières et d'entraînement de l'équipe (60). Les prises en charge rapides construites sur le modèle « on/off » ne sont pas satisfaisantes (36). Au Danemark, une étude a montré l'échec d'une prise en charge où l'éducation des sages-femmes impliquées avait été faite à faible coût (99). Le manque d'identification du problème d'addiction au tabac (3), la méconnaissance des stades de motivation (39), la non-prise en compte du conjoint (37) sont des écueils classiques.

Du côté des patientes, on incrimine le manque d'intérêt et la compétition avec d'autres priorités de santé (3).

2.7 « When more isn't better, what is enough ? »

Il semble pourtant que faire plus n'est pas forcément la solution aux problèmes : mieux vaut une prise en charge simple bien maîtrisée. En effet en Australie, on a montré qu'une prise en charge complexe offrant, outre un conseil bref pendant la grossesse, une démonstration de l'effet de l'intoxication sur le fœtus par monitoring, un conseil réitéré à l'accouchement, un livret donné en post-partum pour les femmes et leur conjoint n'avait pas plus d'efficacité qu'un conseil minimal bien assuré (93). Une autre étude, américaine, montre l'absence d'intérêt d'une aide téléphonique standardisée par rapport à la délivrance d'un simple livret permettant l'auto-prise en charge. Les auteurs concluent à la nécessité de trouver des stratégies innovantes pour augmenter l'efficacité de ce qui existe déjà, en portant toujours une attention spéciale aux fortes consommatrices (30).

3 . Particularités des résultats obtenus chez la femme enceinte

3.1 Intérêt du classement en stades de motivation chez la femme enceinte ?

Alors que les stades de Prochaska et Di Clemente paraissent applicables aux femmes enceintes, il semble que les processus de changement soient différents de ceux qui existent, à stade égal, chez des femmes non enceintes ; en particulier les femmes enceintes abstinentes, arrivées théoriquement au stade d' « action » peuvent ne pas avoir vécu les processus expérimentaux et comportementaux qui appartiennent au cheminement de tout autre fumeur parvenu à ce stade (88). On ne peut pas parler d'un parcours accéléré, ou par analogie avec une course, par « raccourcis », mais plutôt d'un parcours périlleux, effectué en équilibre instable ou en « pointillés », sans étapes bien définies tant le temps de parcours est rapide, ce qui aide à comprendre notamment la fragilité du maintien de cette « performance » une fois la grossesse terminée.

3.2 Reprise très fréquente en post-partum

Le taux de rechutes en post-partum dépasse globalement 50 % des femmes ayant obtenu un arrêt (37). On estime que le taux d'arrêts stables en post-partum est très bas : en six mois après une naissance, le taux d'abstinence obtenu est finalement divisé de moitié dans une étude très récente ; il n'y a pas eu dans cette étude de comparaison avec des taux obtenus hors du contexte d'une grossesse (36).

Une étude s'intéressant aux déterminants de la consommation tabagique au douzième mois du post-partum a défini quatre déterminants : deux déterminants positifs qui sont la santé mentale (absence de stress, d'anxiété ou d'idées mélancoliques) et l'allaitement et deux déterminants négatifs qui sont l'existence d'un conjoint fumeur et une consommation cumulée importante avant la grossesse (85). Une autre étude incrimine, outre les circonstances stressantes, l'ethnie d'origine (afro-américaine), la multiparité, l'apparition d'un surpoids pathologique lors de la grossesse, l'absence de suivi prénatal ou un suivi tardif (11). Il faut dire que le problème du post-partum est trop souvent négligé : ainsi une étude américaine constate que la prise en charge de ces femmes en post-partum est seulement proposée dans 42

% des cas (3). Les raisons de cette rechute semblent entrer dans cinq grandes catégories : recommencer en croyant contrôler sa consommation, se sentir vulnérable, avoir la nostalgie du temps passé (= avant la grossesse), réussir à maîtriser émotions et stress, n'avoir jamais vraiment pris conscience d'arrêter (7). Plusieurs études insistent sur la nécessité d'interventions effectives pour maintenir l'abstinence pendant la grossesse dans le but de diminuer les rechutes en post-partum (76), sous peine d'avoir perdu tout bénéfice à douze mois (67). Atteindre six mois demande déjà des interventions très longues (47).

3.3 Une explication : motivations radicalement différentes par rapport à la femme non enceinte

Globalement, il semble que la motivation principale des femmes enceintes pour arrêter soit de faire cette démarche pour la santé de l'enfant à venir, et que la motivation principale pour rester abstinent soit l'allaitement. La rechute est couramment due à des événements sociaux (25). L'existence de faibles niveaux de processus comportementaux et expérimentaux (cf 1.1) associés à une grande efficacité indique un arrêt motivé de l'extérieur (par l'enfant) plus que par un processus de changement intérieur et intentionnel (88). La motivation est donc essentiellement extrinsèque et spécifique à la grossesse. En revanche, lors d'abstinences réussies en post-partum, on a pu mesurer des niveaux de motivation intrinsèque très élevés. La conclusion est que pour augmenter le taux de réussite en post-partum, il faut la prise de conscience du possible contrôle sur soi-même chez ces patientes (21). Enfin, il semble que la femme enceinte présente un profil psychologique radicalement différent vis-à-vis des sollicitations extérieures concernant le tabac, et que ce phénomène dépasse le problème d'une inadéquation aux stades de motivation : ainsi une étude récente montre une efficacité nulle d'une action anti-tabac chez deux cohortes de femmes enceintes fumeuses, l'une par démarches adaptées aux stades de motivation, l'autre par une information minimale quel que soit le stade (groupe contrôle), alors que la même action en deux cohortes menée chez des femmes souffrant d'infertilité était suivie d'effet dans les deux cas. Dans les éléments de discussion à propos de cette différence de résultats, sont citées deux hypothèses : le souci pour une femme, quand elle se sait enceinte, de s'épargner la frustration d'avoir échoué dans l'arrêt du tabac, et par ailleurs un conseil moindre de la part des soignants en matière de tabac lors de la prise en charge de la stérilité, par rapport à une prise en charge obstétricale (43).

3.4 Intérêt : permettre l'allaitement le temps voulu

Parmi les nombreux bienfaits qu'apporte l'abstinence en post-partum, le plus précoce est sans doute un allaitement maternel réussi. Un arrêt prématuré peut résulter de changements psychologiques et physiologiques associés à l'usage du tabac. Les auteurs conscients de ce problème insistent sur la nécessité de stratégies de prévention de rechute pour maintenir un allaitement de durée recommandée et/ou souhaitée (83).

La prise en charge adaptée à la femme enceinte semble consister en des actions courtes, ponctuelles et bien maîtrisées par l'intervenant, la simplicité de l'intervention n'excluant pas la modernité des moyens. Ainsi a été rapporté la réussite de plusieurs entreprises : une entrevue de quinze minutes environ avec une infirmière formée suivi d'un entretien téléphonique sept à dix jours après avec une autre infirmière (35) ; ou encore une rencontre de cinq à dix minutes avec une sage-femme entraînée, aidée de matériel approprié culturellement et adapté au niveau de lecture spécifique à la patiente. Déterminer une date d'arrêt et évaluer le « status » de la patiente (cotinurie, stade de motivation,..) à chaque visite améliore l'efficacité. Ainsi on atteindrait 10 à 20 % d'arrêt (49). Si l'arrêt total paraît trop difficile, une réduction significative peut être obtenue par ces mêmes conseils brefs (76), en sachant que, pour avoir un impact sur le devenir de la grossesse et de l'enfant, la réduction doit être au minimum de 50 % (94), certains auteurs suivant les stades de motivation des patientes parlant de taux de 40 à 63 % (32). Quoiqu'il en soit, même si, comme pour tout fumeur, l'objectif doit toujours rester l'arrêt total, il est logique de dire que, pendant la grossesse, étant donné le temps limité d'une gestation, un peu vaut mieux que rien, et que la réduction n'est pas seulement un échec de l'arrêt total .

III . ETAT DES LIEUX

Pour faire cet état des lieux, en raison de l'absence de publicité autour de la plupart des structures existantes en France, nous nous sommes aidés du catalogue des structures d'aide à l'arrêt du tabac proposé par l'Office Français du Tabac sur son site internet, et actualisé en mai 2001. Pendant un mois, nous avons cherché à joindre par téléphone toutes les structures citées (un peu plus de 300), en les interrogeant sur l'existence ou non d'actions spécifiques envers les femmes enceintes, en leur sein ou dans les environs. Les structures recensées ainsi ont ensuite fait l'objet d'un petit questionnaire téléphonique qui nous a permis de mieux les connaître.

En dehors de la France, il a été très difficile d'obtenir des renseignements sur d'éventuelles actions concrètes. Nous n'avons d'ailleurs trouvé aucune structure de ce type sur internet. Ce sont les documents récents de l'OMS concernant la « lutte anti-tabac » qui nous ont fait connaître l'existence des initiatives étrangères qui oeuvrent pour la protection des femmes envers le tabagisme.

1 . Région Lorraine

Notre région peut actuellement offrir aux femmes enceintes désireuses d'arrêter de fumer une aide appréciable, comparée à ce qui existe actuellement dans la majorité des régions françaises. Un point fort essentiel est la relative bonne répartition de l'aide sur tout le territoire lorrain : il existe actuellement quatre centres sur trois départements. Seule la Meuse ne possède pas encore de structure. En Moselle, la Protection Maternelle et Infantile de Creutzwald couvre un territoire étendu et excentré. Dans les Vosges, le Centre Hospitalier Général de Neufchâteau porte une attention particulière aux femmes enceintes au sein de la structure d'aide à l'arrêt du tabac ; par ailleurs une action se prépare au Centre Hospitalier

Général d'Epinal (Dr Pascale BEURRIER). Enfin, en Meurthe et Moselle, la PMI d'une part et la Maternité Régionale d'autre part travaillent en complémentarité.

1.1 Les pionniers

Ce travail est l'occasion de rappeler le courage de quelques pionniers lorrains qui, souvent isolés et sans grands moyens matériels, ont posé les premières pierres de ce qui existe actuellement, même si leur action s'est éteinte avant que d'autres structures ne viennent prendre le relais, parfois des années plus tard.

○ Nancy

Dans la région de Nancy, Mme MARIE, sage-femme de PMI, avait organisé une information du personnel et des séances de groupe pour les femmes enceintes intéressées, avec une aide proposée dès le départ par sophrologie. L'expérience s'était arrêtée faute de participantes mais jusqu'à sa retraite Mme MARIE avait offert son aide par des séances collectives de relaxation et individuellement lors des visites à domicile (annexe).

Dans le domaine du tabagisme de la femme enceinte la thèse de Mme S. LINCKER-BOULARD (59) soutenue en 1992 à Nancy relate une enquête d'opinion parmi les femmes enceintes de la région de Nancy. Elle concluait à l'insuffisance d'information et avait conduit à une initiative concrète : Mme le Dr FRESSON, pédiatre impliquée dans ce travail, membre de l'association « Bien Naître En Lorraine » avait fait réaliser des dépliants d'information et un autocollant (« Bébé à bord, merci de ne pas fumer ») mais l'envoi avait été limité, faute de moyens.

Par ailleurs, il faut saluer l'effort fait dans ce domaine par Mme GAUTREAU, sage-femme enseignante à la Maternité de Nancy, qui parmi d'autres actions personnelles avait consacré son mémoire de DIU de Santé Publique en 1997 à la perception du problème par les élèves de l'école (34).

Enfin, alors que les actions qui dépassent le cadre du secret de la consultation soignant/femme enceinte dans le domaine libéral semblent extrêmement rares, une femme médecin généraliste nancéienne, Mme BALEE, s'est investie dans ce domaine à la mesure de ses capacités, dans une démarche d'initiative personnelle et spontanée. Actuellement freinée dans ce travail par d'autres occupations (elle est conseillère municipale), elle a en particulier insisté sur l'intérêt de l'aide par l'acupuncture, qu'elle pratique.

- Metz

A Metz, les gynécologues obstétriciens du Centre Hospitalier Régional Bon Secours dont Mme le Dr DEQUIDT (qui continue maintenant l'aide à l'arrêt du tabac parmi d'autres responsabilités en qualité de médecin directeur au Conseil Général de Meurthe et Moselle) ont travaillé en partenariat avec une pneumologue du CHR, Mme le Dr TOULOUSE. Ils souhaitaient offrir des consultations spécifiques aux femmes enceintes, mais par manque de fréquentation, l'action a finalement été incluse dans le cadre des consultations d'aide à l'arrêt du tabac tout-venant, ceci depuis plus de cinq ans déjà .

- Thionville

A l'hôpital Bel-Air de Thionville, une sage-femme, Mme RAJOIE-BERGANTZ, attachée au service de consultations et d'échographie, avait décidé personnellement depuis 1996 d'entreprendre une « campagne anti-tabac » dans le cadre de son travail quotidien, en utilisant éventuellement des moyens « percutants » tels que la visualisation de lésions placentaires à l'échographie, et en faisant placarder des interdictions de fumer dans les couloirs de la maternité. Cette campagne, une demi-douzaine d'années plus tard, reste toujours actuelle, menée avec discrétion et ténacité.

1.2 Action du Conseil Général de Meurthe et Moselle : l'expérience de la PMI

Le département possède pour la prise en charge de la grossesse sept établissements de soins permettant les accouchements et un Centre Périnatal de Proximité. Il compte une quarantaine de gynécologues médicaux, presque le double de gynécologues obstétriciens, un peu plus de cent pédiatres, environ 1200 médecins généralistes et presque 400 sages-femmes. La PMI offre l'aide de dix médecins de territoire, 8 de secteur, 17 vacataires, 19 sages-femmes et 70 puéricultrices. Rappelons que la PMI a été fondée au lendemain de la seconde guerre mondiale dans un souci à la fois nataliste et hygiéniste par le gouvernement français, et qu'elle a su depuis cinquante ans s'adapter à l'évolution de la société française. Ainsi actuellement, l'amélioration de l'état de santé des mamans et de leurs enfants lui permet de s'intéresser plus encore à la promotion de la santé de la femme et de la famille, sachant qu'il

s'agit de toute façon d'un facteur essentiel pour l'épanouissement l' enfant (loi du 18 déc. 1989, actualisation le 22 juin 2000) (annexe).

Depuis plus de quatre ans, les membres de l'équipe de PMI, autour des médecins départementaux Mme le Dr TARTE puis Mme le Dr DEQUIDT, et de Mme DEBAR, sage-femme, Référente Départementale des Sages-Femmes de PMI, œuvrent sans baisser les bras.

En 1998, la PMI de Meurthe-et-Moselle avait déposé une demande de financement à la DRASS dans le cadre d'un projet de prévention autour de la périnatalité. Aucun financement n'avait été obtenu, décourageant une initiative pourtant attrayante, d'autant qu'elle était proposée par plusieurs partenaires unis dans un même but d'aide à la prise en charge des dépendances (PMI, Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie de l'Hôpital Villemin à Nancy, Maternité Régionale, Centre Alexis Vautrin, Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer, Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme)(annexe) .

L'année suivante, la PMI avait néanmoins consacré un de ses quatre programmes de santé publique à la prévention des dépendances ; ceci était motivé en particulier par le constat des répercussions sur le fœtus et l'enfant par les sages-femmes et les puéricultrices. Celles-ci soulignaient la nécessité d'un partenariat solide, en réseau, pour s'attaquer au problème. Cette demande correspondait d'ailleurs au décret national du 10 oct. 1998 concernant les activités d'obstétrique et de néonatalogie qui recommandait la mise en place de « réseaux gradués de soins ».

C'est dans cet état d'esprit d'aide à l'arrêt des dépendances que, depuis près de trois ans, surgissent peu à peu des actions concrètes spécifiques au tabac chez la femme enceinte ou potentiellement enceinte, au sein du Conseil Général (annexe) :

- * en 1999, formation de deux sages-femmes de PMI pour l'animation de groupes de femmes enceintes entrées dans une démarche d'arrêt du tabac ;

- * pendant l'année 2000, plusieurs interventions de Mme le Dr DEQUIDT, médecin départemental, dans différents congrès sur le thème du tabagisme féminin (Lille, Mulhouse, Colmar) ;

- * en 2000, réflexion du Réseau de Prévention Périnatal sur ce thème, réunissant différents partenaires extérieurs et des équipes de PMI de toute la région ;

- * en 2000, intervention de la PMI dans le cadre du Diplôme InterUniversitaire de la Faculté de Médecine.

* sur le plan financier, en 2000, refus de financement d'une formation multipartenariale pour les dépendances dans le cadre des contrats plan état-région. En revanche, dans le cadre de la politique publique d'actions autour des dépendances soutenue par les élus du Conseil Général, une formation a été réalisée pour les personnels de la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité (sages-femmes, puéricultrices, médecins, assistantes sociales, infirmières). Des analyseurs de monoxyde de carbone ont été achetés, dont certaines sages-femmes se servent depuis pour l'accompagnement à domicile des femmes enceintes.

* enfin en 2001, l'action proposée sous l'intitulé « Formation action dans le cadre de la périnatalité autour des dépendances et problématique liée au tabac ». Elle est acceptée et financée dans le cadre d'un Programme Régional de Santé Dépendances. Cette formation a l'originalité d'être multipartenariale avec une logique de territoire afin de mettre l'accent sur le partenariat dans un même lieu géographique (travailleuses familiales, bénévoles d'associations, personnels des lieux d'hébergement).

Un document de travail a été réalisé pour et avec les personnes formées sur le thème de l'aide à l'arrêt du tabac -et l'accompagnement- chez la femme enceinte, et leur conjoint éventuellement, qui souligne les grands points forts de l'action de PMI : la nécessité d'une formation de base pour avoir une argumentation solide, le respect de la personne dépendante, le développement autant que possible d'un partenariat avec les autres acteurs de santé (annexe).

Une action s'est développée en parallèle avec le médecin du travail depuis 2000 afin d'affirmer la nécessité d'une complémentarité dans la prévention du tabagisme. C'est ainsi que deux axes sont suivis : l'un en faveur de la périnatalité avec la PMI d'une part, l'autre en faveur du monde du travail d'autre part, se prolongeant en particulier en 2002 dans l'action développée avec beaucoup d'originalité et d'humour, notamment la charte « Conseil Général sans tabac ».

Actuellement l'action pratique de la PMI, bien que de nombreuses améliorations soient prévues, offre déjà un accompagnement de qualité.

En Meurthe-et-Moselle, un courrier de proposition de rencontre prénatale précoce avec une sage-femme de PMI est envoyé systématiquement à toutes les femmes enceintes du département, ce qui n'est pas le cas dans tous les départements de France.

Bien avant la suggestion d'entretien prénatal de 45 mn au niveau national, cette rencontre a existé en Meurthe-et-Moselle. Elle correspond à un temps d'échange et d'écoute sur le vécu et les interrogations de la future mère ; c'est alors l'occasion d'aborder les dépendances éventuelles à des produits.

Un support tout-public est par ailleurs en cours de réalisation, éditée par le Conseil Général, qui compléterait utilement ce courrier dans le domaine de la prévention -entre autres du tabagisme- , et qui se veut simple et abordable par tous.

Environ la moitié des femmes enceintes du département sont rencontrées par les services de PMI, soit environ 4200 entretiens par an, qui peuvent traiter entre autre du tabagisme et un accompagnement proposé dans le cadre des 1050 suivis annuels.

Les intervenants de PMI et des autres missions de la Direction de la Solidarité et de l'Action Sociale (sages-femmes, puéricultrices, médecins, assistantes sociales) sont tous formés au conseil minimal en matière de tabagisme.

Le suivi est adapté aux besoins, sans normes préétablies ; l'aide peut rester ponctuelle. La prise en charge reste exclusivement individuelle dans le cadre de la PMI. Cette prise en charge individuelle se fait au domicile de la future mère ce qui permet en termes de santé publique un accompagnement prenant en compte l'aspect médical mais aussi psychologique et social par une approche environnementale.

La couverture médicale étant satisfaisante dans le département, le service de PMI n'a pas développé de consultation prénatale. Une bonne complémentarité existe entre la PMI et les praticiens.

La PMI diffuse de nombreux documents d'autres partenaires, qu'il s'agisse d'institutions nationales (« Femme et Tabac », « Vous commencez quand » du Comité Français d'Education pour la Santé, « Demain Bébé » de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers) ou de structures privées (« Bébé à venir, tabac souvenir » des laboratoires Novartis). Elle va diffuser après validation dans le cadre d'une enquête qui sera menée par la commission prévention du Réseau Périnatal Lorrain. aussi des documents « faits maison », actuellement la préférence va à un document non spécifique au tabac, qui a l'énorme avantage de pouvoir toucher les patientes analphabètes ou de nationalité étrangère. Il s'agit d'une planche illustrée en couleurs, de deux pages, expliquant en icônes les différents points à aborder pour vivre une grossesse en bonne santé (annexe).

Le suivi en post-partum est effectué en relais par les puéricultrices.

La substitution nicotinique est envisagée favorablement, pourvu qu'il y ait un conseil éclairé avant la prise, lors des consultations.

L'allaitement est toujours favorisé, quelle que soit la consommation tabagique de la maman, en conseillant le cas échéant des horaires de mise au sein éloignés des consommations.

La prise en charge du conjoint est souhaitée, elle est d'ailleurs favorisée par le fonctionnement en visites à domicile et l'entretien prénatal.

Les objectifs sont :

* Un objectif de santé : diminuer de 20% le nombre de parents et de futurs parents qui fument sur le département d'ici trois ans, et se servir de la porte d'entrée qu'est le tabagisme pour aborder les phénomènes d'addictologie et de santé sociale, mentale et physique quelque soit l'environnement (domicile, lieux d'éveil pour l'enfant, modes de garde, lieux de travail).

* Un objectif stratégique : la période de périnatalité est véritablement une période propice pour poser une prise en charge autour des dépendances. Les futurs parents et parents sont très ouverts au dialogue et sont en attente d'aide et d'accompagnement sans culpabilisation de la part des professionnels.

* Un objectif départemental : le réseau d'acteurs de proximité passant par la formation de professionnels ciblés par territoires, d'autant plus capables de travailler en partenariat qu'ils se connaissent au préalable.

Ces objectifs princeps ont été respectés.

L'évaluation, obligatoire dans le cadre de la formation, est facilitée par le remplissage lors des consultations de la fiche individuelle de suivi (annexe). Ceci a permis, fin 2001, une évaluation de l'efficacité du travail entrepris. Si l'évaluation n'est pas forcément régulière, elle est utilisée volontiers pour aider les groupes de travail dans la recherche d'améliorations.

Selon Mme DEBAR, en résumé, on peut définir comme points forts de cette expérience d'abord le respect de la personne dépendante, fondée sur l'apport de connaissances certes mais essentiellement sur la réflexion individuelle de « comment être » dans l'aide et l'accompagnement et une recherche sur la mise en œuvre dans des pratiques professionnelles différentes. Des rencontres régulières sont demandées et proposées pour maintenir la dynamique. Par ailleurs une meilleure connaissance entre partenaires est encouragée, ce qui s'étend d'ailleurs en dehors du cadre de la grossesse et à d'autres domaines de dépendances. Deux gros points faibles sont d'une part la lourdeur de la tâche (lorsque les entretiens sont correctement menés, ils sont beaucoup trop longs par rapport au temps alloué, par ailleurs la

nécessité de relais est source de travail supplémentaire) et d'autre part la difficulté d'harmonisation des discours des différents intervenants.

1.3 Consultations spécifiques à la Maternité de Nancy

Elles ont vu le jour après la présentation à Nancy en 1998 d'une thèse de médecine générale sur ce projet (Dr Florence LEJEUNE)(57). Il s'agissait d'un projet fondé sur le partenariat avec d'autres structures nancéiennes, notamment les structures existantes ou en voie d'installation en tabacologie tout venant au CHU de Nancy. Les projets initiaux ont été maintenus, notamment la collaboration active avec des nutritionnistes et des psychiatres, et le souhait d'une aide à la motivation en groupe, dont le plan a été déposé, les initiatives proposées il y a déjà plusieurs années voyant le jour actuellement.

Les patientes sont recrutées par des affiches au sein de la Maternité ou par le personnel soignant qui prodigue des informations de sensibilisation (sages-femmes, médecins, élèves sages-femmes), ou sont adressées de l'extérieur ou de structures hospitalières par des intervenants divers, mis au courant de cette possibilité par des présentations en colloques ou par la PMI : exemple de complémentarité réussie ! Une dizaine de femmes sont vues en moyenne par semaine. Les intervenants sont un médecin généraliste (Mme le Dr WIRTH) et un médecin obstétricien (Mme le Dr FONTAINE), toutes deux titulaires du DIU de tabacologie. Un suivi régulier est considéré comme indispensable par l'équipe, il est proposé à la demande. En moyenne les femmes viennent trois fois au cours d'une même grossesse, les consultations se faisant à la demande. Pour l'instant il s'agit donc d'une prise en charge uniquement individuelle, malgré le projet des soignants de pouvoir proposer en plus une aide en groupe. Les documents de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers sont distribués, en attendant bientôt en plus un dépliant et des affiches préparés par l'équipe. Un suivi en post-partum est vivement souhaité. La substitution nicotinique est prescrite si besoin. L'allaitement est conseillé, même en cas de tabagisme de la maman, avec les précautions d'horaires de consommation par rapport à la mise au sein, si possible, de diminution du nombre de cigarettes et le conseil de ne pas fumer en présence de l'enfant. La prise en charge du conjoint est proposée. Les objectifs n'ont pas été modifiés (aide si possible pluridisciplinaire, avec toujours accompagnement et jamais culpabilisation), et sont améliorés par l'adhésion à la

charte Hôpital sans Tabac et la création d'un Comité de Prévention du Tabagisme dans l'établissement. Les dossiers régulièrement tenus permettent l'évaluation a posteriori du travail effectué. L'énorme intérêt de cette expérience est l'existence d'une consultation au sein même de la Maternité.

1.4 Expérience de la PMI de Creutzwald

L'unité de PMI de Creutzwald dépend du Conseil Général de la Moselle, sous la direction d'un médecin chef de service, Mme le Dr PERREIN-BALTER. Elle est située à l'Est du département, et est découpée en secteurs géographiques rattachés à un Centre MédicoSocial (CMS) où travaillent les puéricultrices. Les sept centres de l'unité sont Creutzwald, Carling, Boulay, Bouzonville, Metzervisse, Guénange et Sierck. L'unité comprend, outre une dizaine de puéricultrices, un médecin chef de service (Dr. BRUNCHER, généraliste de formation), une sage-femme (Mme CAYEUX), des secrétaires, des infirmières et quelques médecins vacataires pour des consultations. Dans cette équipe où tous sont sensibilisés au problème du tabac chez la femme enceinte, deux membres (le médecin et la sage-femme) sont titulaires du DIU de tabacologie et s'occupent spécifiquement du suivi de ces patientes. Le leitmotiv de l'équipe est « la santé par les bébés » (annexe). Cette action existe depuis un an .

Les patientes sont signalées (en terme de « vulnérabilité ») par les puéricultrices, des affiches sont à leur disposition dans les centres, les maternités alentours, et chez certains gynécologues-obstétriciens de ville, notamment à Creutzwald. Moins d'une trentaine de femmes ont été prises en charge pour cette première année, pour 1400 visites à domicile. La prise en charge peut être ponctuelle ou suivie, dans ce cas une règle établie est de revoir la patiente quinze jours après l'arrêt puis à un mois. En moyenne, une patiente est vue deux fois par grossesse pour le problème du tabac. La prise en charge est uniquement individuelle, malgré le souhait de travail en groupe, à cause du faible effectif pris en charge. Les intervenants distribuent volontiers les documents du Comité Français d'Education pour la Santé. Ils utilisent largement l'analyseur de monoxyde de carbone. Un répondeur permet aux patientes de laisser leurs coordonnées si elles souhaitent une aide dans leur démarche d'arrêt, en plus des consultations prévues. Un suivi en post-partum était prévu dès le départ, plus ou

moins long suivant le niveau de motivation, de toute façon souhaité supérieur à six mois. La substitution nicotinique est envisagée favorablement. L'allaitement est toujours conseillé. La prise en charge du conjoint est possible et systématiquement proposée. Les objectifs ont été un peu modifiés : ainsi lors d'arrêts spontanés, l'accent est davantage mis sur l'action des puéricultrices dans la prévention d'une rechute. De l'arrêt total souhaité à l'origine dans tous les cas, l'objectif est plus souvent recentré sur une réduction de la consommation, dans une politique de réduction des risques.

Pour l'évaluation de ce travail, les intervenants ont créé un document de même format que les certificats de santé du nourrisson obligatoires, fourni et à remplir en même temps. Le point fort souligné est l'existence de structures établies au préalable, permettant un programme complet d'information et de suivi, le point faible étant l'absence de liaison directe avec une maternité, inexistante dans le secteur géographique, ce qui gêne la coordination.

1.5 Expérience de la Maternité de l'Hôpital de Neufchâteau

Elle est née sous le nom de « STAFE 2000 Neufchâteau » (Sevrage Tabagique Aide chez la Femme Enceinte) en 1999 sous l'impulsion du Dr LAMAZE, médecin pneumologue, chef du service de médecine interne de ce CHG, déjà impliqué dans l'aide à l'arrêt du tabac de part sa spécialité. Le projet de cette partie spécifiquement adaptée à la population des femmes enceintes, considérée comme prioritaire et fragile, a fait l'objet du mémoire de DIU de tabacologie du Dr LAMAZE (54).

Les patientes viennent aux consultations adressées par les obstétriciens de ville, les sage-femmes de la maternité, et les services de PMI. Alors que le nombre des consultations escomptées était de quatre par mois, actuellement la fréquentation est d'à peine une consultation par mois. L'équipe est formée du médecin titulaire du DIU et de deux infirmières ayant une pratique du tabagisme et étant en cours de DIU. La prise en charge est souhaitée sous forme suivie, d'environ dix séances sur une grossesse en cas de « réussite ». Elle était souhaitée avec une périodicité établie, ce qui n'est pas le cas actuellement. Il s'agit d'une prise en charge individuelle. Les documents donnés sont préparés par l'équipe. L'analyseur de monoxyde de carbone est utilisé une seule fois, lors de la consultation initiale : les intervenants ne souhaitent pas développer l'aspect de contrôle de cette mesure. Le suivi en

post-partum est souhaité, d'environ quatre à cinq mois. L'équipe est favorable à la substitution nicotinique. Elle conseille l'allaitement même en cas de tabagisme chez la maman, en adaptant l'horaire. La prise en charge du conjoint est proposée. Malgré l'adaptation des objectifs à la situation, si la consultation spécifique existe toujours à l'heure actuelle, l'équipe se dit découragée. Bien que tout le travail effectué soit archivé, aucune évaluation n'a été envisagée. Un point fort relevé est pourtant la « structuration technique de l'aide » (dixit Dr LAMAZE), le point faible immédiatement souligné étant le recrutement des patientes.

2 . Dans le reste de la France

En dehors de la région lorraine, nous avons pu recenser une trentaine de structures en France offrant une prise en charge spécifique aux femmes enceintes. Elles sont de tailles et d'organisations très diverses, mais nous avons choisi de les présenter ensemble, par classement géographique.

Notons par ailleurs que toutes les structures d'aide à l'arrêt du tabac interrogées au cours de notre enquête ne possédant pas d'accueil spécifique pour les femmes enceintes se sont montrées concernées par leur prise en charge et - dans la mesure du possible - leur offrent une prise en charge prioritaire (délais de rendez-vous réduits au minimum, consultations moins espacées qu'il n'en est l'habitude dans la structure ...). Néanmoins à notre connaissance six départements de métropole (Ariège, Alpes de Haute-Provence, Cantal, Cher, Eure et Jura) et l'ensemble des DOM-TOM ne possèdent à ce jour aucune structure d'aide à l'arrêt du tabac.

Parmi les structures existantes, on distingue en France deux grandes régions où l'aide aux femmes enceintes est fortement développée : la région parisienne et le Nord-Pas-de-Calais. Nous avons choisi de les citer à part, puis de décrire les autres structures en divisant la France en quatre quadrants.

2.1 En région parisienne

L'Accueil Grossesse Tabac Stop de l'Institut Mutualiste Montsouris, animé depuis presque huit ans par sa sage-femme fondatrice, Mme BOUYSSSET, représente un travail de pionnier dans ce domaine. Il s'appuie sur le dialogue entre femmes enceintes et sage-femme, dans une dynamique de groupe exclusivement. Il fonctionne par réunions hebdomadaires, fréquentées par les patientes à leur convenance, en toute gratuité. L'accent est mis sur la nécessité de déculpabiliser ces patientes en ayant un regard positif pour parvenir à un changement de comportement. L'aspect de motivation de groupe et de réconfort mutuel est essentiel dans cette prise en charge, et si les objectifs se fixent ensemble lors de chaque réunion, ils sont personnels à chaque patiente, conduisant, la semaine suivante, à un travail en commun sur les efforts fournis et les acquis. L'analyseur de monoxyde de carbone est largement utilisé, la substitution nicotinique est expliquée. L'expérience a montré l'importance de la rédaction des « trucs et astuces », petits conseils pour la vie quotidienne en vue de retarder la prise d'une cigarette, et le bienfait des conseils de diététique pour éviter la compensation par des phénomènes boulimiques. Le souhait de Mme BOUYSSSET, qui regrette le manque d'appuis officiels devant ses initiatives, est de renforcer l'aspect préventif de la prise en charge. Concrètement, elle souhaiterait pouvoir créer des réunions d'information avec le conjoint, et proposer une prise en charge appuyée dans le post-partum. Mme BOUYSSSET cessera bientôt cette activité et sait qu'il n'y aura pas de relève. L'Accueil est présenté sur le site internet de l'Institut Montsouris.

Au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris nous avons interrogé cinq points de prise en charge pour ces patients, tous reliés aux maternités des hôpitaux correspondants.

Trois sont situés dans Paris intra-muros :

- * à l'hôpital Cochin (Mme le Dr AUBOURG, une demi-journée par semaine de consultation spécifique au sein d'une structure tout-venant d'aide à l'arrêt du tabac) ;
- * à l'hôpital Saint Antoine (Mme le Dr ALLAGUI),
- * à l'hôpital Bichat (Dr GARELIK ; travail effectué en étroite collaboration avec l'équipe de PMI)

Deux sont en périphérie :

* à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart (Mme le Dr ADLER)

* à l'hôpital Jean Verdier de Bondy (Mme le Dr BORGNE).

Il existerait une structure à la maternité de l'hôpital Marc Jacquet à Melun, animée par un médecin pneumologue, mais nous n'avons pas eu plus de renseignements.

Dans chaque hôpital, il s'agit de consultations, parfois au lit de la patiente si nécessaire, individuelles, avec un suivi régulier proposé, ainsi qu'une prise en charge du conjoint. Toutes sont favorables à la substitution nicotinique, et utilisent l'analyseur de monoxyde de carbone. L'équipe de l'hôpital Bichat est une des rares à utiliser le dosage de cotinine urinaire. La fréquentation est variable selon les sites (jusqu'à une estimation de vingt consultations par mois en moyenne à Clamart), les équipes étant formées au plus de trois intervenants (médecin, sage-femme, infirmière). Ces équipes existent depuis huit ans (Clamart) à moins d'un an (Saint Antoine et Cochin). Il faut noter que s'il n'existe pas de partenariat en tant que tel, elles se connaissent entre elles.

2.2 En région Nord-Pas-de-Calais

Dans cette région fortement touchée par les problèmes de dépendances ont surgi depuis environ cinq ans différentes actions, en particulier l'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte qui a motivé l'action d'associations telles que l'APPRI (Association Périnatalité Prévention, Recherche, Information) et ECLAT (Espace de Concertation et de Liaison Addictions-Tabagisme), qui oeuvrent pour la diffusion d'information (site internet de l'APPRI et organisation par ses soins de congrès annuels) et la formation dans ce domaine (ECLAT a une action de coordination). L'Institut Pasteur de Lille participe aussi à la formation des intervenants en maternité, soignants ou non. Les stages de trois jours proposés ont un grand succès. Ceci a conduit dans plusieurs maternités de la région à la création d'une antenne d'aide à l'arrêt du tabac ayant une personne référente et une forte proportion d'intervenants formés au conseil minimal.

Un programme régional de prévention des complications du tabac sur la grossesse et le fœtus a débuté en 1997, c'est le programme GEST'N (Grossesse Enfance Sans Tabac en région Nord-Pas-de-Calais) dirigé par le Pr DELCROIX, alors chef de service de la Maternité de l'hôpital Saint-Philibert de Lomme, soutenu par le Conseil Régional et le Réseau National

de Santé Publique. Ce programme a duré trois ans et a mobilisé des professionnels de santé volontaires de 18 maternités de la région. Les idées maîtresses étaient la formation des personnels de maternité à la sensibilisation des femmes fumeuses, à leur soutien psychologique sans culpabilisation, et à l'encouragement à la substitution nicotinique si besoin. Actuellement le Pr DELCROIX exerce à la maternité de Saint-Omer où il propose une prise en charge individuelle dans le même état d'esprit.

Mme CHUFFART, sage-femme à la maternité Saint-Philibert, a été un pilier du programme GEST'N à sa création. Depuis 1999 et l'arrivée du nouveau chef de service, le Pr HOUZE-L'AULNOIT, elle a mis en place une consultation au sein de la maternité, avec suivi à la demande. Elle y exerce actuellement seule, pour un effectif de dix à quinze patientes vues par mois en moyenne.

Une sage-femme formée lors du programme GEST'N, Mme LAMMENS, assure une demi-journée de consultation par semaine à la maternité de l'hôpital de Lens, depuis deux ans.

Par ailleurs depuis cinq ans, dans un programme antérieur à GEST'N, la maternité de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer autour du Dr LEFEBVRE propose des consultations spécifiques, en liaison avec une activité tout-venant d'aide à l'arrêt du tabac dans l'hôpital.

Depuis six mois la maternité des Bazennes, du CHG de Dunkerque, prend en charge les patientes hospitalisées qui le souhaitent. L'équipe est formée d'un médecin addictologue, Mme le Dr BOUCHER-LESAGE, et de deux infirmières, Mmes KERCKHOVE et ZOONEKYNDT.

2.3 Autres structures françaises

Elles présentent un certain nombre de similitudes : récentes (existant depuis quatre ans ou moins), elles reçoivent peu de patientes (toutes donnent une estimation à moins de 50 consultations en moyenne par an), avec peu d'intervenants, souvent seulement un médecin et une infirmière ou une sage-femme. La grande majorité offre une prise en charge individuelle,

en souhaitant - sans grand succès – un suivi en post-partum. La plupart utilise l'analyseur de monoxyde de carbone et distribue les documents du Comité Français d'Education pour la Santé. Toutes proposent la substitution nicotinique. Les avis concernant l'allaitement maternel sont partagés. La prise en charge du conjoint est souhaitée mais rare.

○ Nord-Est

Dans le Nord-Est (Lorraine exclue), nous avons dénombré six structures :

* à Colmar, le Parc, unité Mère-Enfant de l'hôpital Pasteur, propose largement des consultations auprès d'un pneumologue tabacologue, le Dr DENIS.

* depuis quatre mois à la maternité du Bocage du CHU de Dijon il existe des consultations auprès de Mme le Dr BOUVET, tabacologue, de formation généraliste.

* la maternité de Luxeuil recrute les patientes intéressées lors des séances de préparation à l'accouchement ; elles sont prises en charge par une infirmière tabacologue, Mme CARISEY.

* à la maternité de Montbéliard, c'est un psychologue diplômé en tabacologie, Mr BARBIER, qui rencontre ces patientes, avec le soutien d'une sage-femme cadre et de la diététicienne.

* à la maternité de Sens, les consultations sont assurées par un pneumologue tabacologue, Mme le Dr SANLAVILLE.

* la maternité de Troyes, ayant échoué par manque d'intérêt des patientes dans un projet de groupe, propose des consultations individuelles au pavillon de Pneumologie avec une pneumologue spécialisée, le Dr KOUYOUMDJIAN.

○ Nord-Ouest

Le Nord-Ouest compte cinq structures :

* à la maternité de Blois, autour du Pr LOUBRIEUX, s'installent depuis six mois des consultations pour les femmes enceintes ayant un problème de tabagisme, et une formation pour les sages-femmes en ce domaine.

* depuis le début de cette année, la maternité de Brest a ouvert des consultations (Mme le Dr BEILLARD).

* le CHU de Caen offre aux femmes enceintes des consultations au sein d'une organisation existante depuis trois ans, autour d'un médecin du travail exerçant actuellement à temps plein dans le domaine du tabac, Mme le Dr LEMAITRE. Cette structure utilise les plaquettes d'information suisses « stop-ch ».

* la maternité de l'hôpital Flaubert au Havre s'inspire beaucoup de l'expérience de l'association voisine qu'est l'APPRI. La prise en charge existe depuis l'automne 2001 autour d'une sage-femme, Mme LECOQUIERE.

* à la même date ont commencé les consultations au Pavillon de la Mère et de l'Enfant à l'Hôtel-Dieu de Nantes, sous l'impulsion de deux chefs de service très demandeurs, autour de Mme le Dr HUMEAU.

o Sud-Est

Le Sud-Est compte trois lieux de prise en charge.

* la maternité de l'hôpital de la Tronche à Grenoble autour de Mme PELLE, sage-femme, offre au cours de ces consultations l'aide d'une psychologue et d'une diététicienne formées en tabacologie.

* à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon, l'équipe du Dr GUERIN, malgré les propositions de suivi, fait plutôt une prise en charge ponctuelle, depuis un an qu'elle existe.

* la maternité de l'hôpital de Valence propose depuis l'automne 2001 des consultations auprès d'un pneumologue spécialisé en tabacologie, Mme le Dr LARINIER.

o Sud-Ouest

Le Sud-Ouest offre quatre centres de consultations.

* depuis quatre ans, la maternité de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux propose autour de Mme le Dr FOSSOUX, médecin du travail de formation, tabacologue, outre une prise en charge individuelle, une séance préalable de soutien en groupe.

* l'hôpital de Poitiers doit bientôt intégrer dans son pôle de consultations tabac l'activité menée depuis un an et demi en gynécologie par une sage-femme diplômée, Mme PAVIA, activité bien valorisée par l'équipe soignante.

* le Centre de Tabacologie de Rodez consacre une demi-journée par semaine aux femmes enceintes, assurée par une sage-femme diplômée en tabacologie, Mme MONTAGNER, depuis février 2002

* au sein du service d'obstétrique de l'hôpital de la Grave à Toulouse, une sage-femme diplômée de tabacologie, Mme LAGANTE, est disponible pour des prises en charge dans le cadre des consultations prénatales.

Au cours de notre enquête téléphonique, nous nous sommes aperçu avec étonnement de la méconnaissance qui existait entre structures d'un même département, voire de la même ville ! Ceci a d'ailleurs pu conduire facilement malgré nos soins au silence sur certaines structures qui auraient leur place dans cet ouvrage.

Par ailleurs nous avons fait connaissance avec trois lieux de prise en charge très récemment ouverts, avec chacun moins d'un mois d'activité à la date de rédaction de ce travail : à Rouen (équipe du Dr MARPEAU), à Nevers, et enfin à Amiens où un centre de gynécologie-obstétrique animé par le Dr DE LA SALLE, gynécologue, passionné par la prise en charge des dépendances, ouvre une consultation pour certaines femmes particulièrement vulnérables : femmes enceintes mais aussi femmes sous contraceptifs oraux, ou atteintes d'un cancer lié au tabac.

3 . Dans le monde

Seuls les pays dits développés offrent à l'heure actuelle une prise en charge spécifique aux femmes enceintes en matière de tabagisme. Les équipes anglo-saxonnes (américaines, britanniques, australiennes) et scandinaves citées en seconde partie de ce travail montrent l'ampleur de la prise de conscience dans les pays correspondants.

En revanche, il n'existe pas à notre connaissance d'actions spécifiques à la grossesse dans deux pays pourtant champions de l'aide à l'arrêt du tabac : le Canada et la Suisse. Néanmoins, au Québec, le site de la Direction de la Santé Publique de Montreal Centre recommande en matière d'aide à l'arrêt du tabac en général de courtes interventions non culpabilisantes. Dans le cas particulier des femmes enceintes, il recommande de combattre la méconnaissance (tabagisme lors des grossesses antérieures) et propose des brochures (Une grossesse sans tabac par exemple), et conseille éventuellement une prescription de substituts nicotiques minimale. Il s'attache à la prévention de rechute en post-partum par l'explication du danger du tabagisme environnemental.

Au Japon enfin, l'augmentation du tabagisme parmi les jeunes femmes a conduit une organisation de jeunes femmes médecins, professeurs, écrivains et autres, nommée le « Groupe d'action des femmes contre le tabac » à de grandes actions d'éducation et d'aide téléphonique, mais qui semblent toujours destinées à l'ensemble de la population.

Dans un article très récent à vocation internationale, le Dr WINDSOR, spécialiste de renommée mondiale en matière de tabagisme, fait le point sur la situation actuelle dans les pays où une prise en charge optimale est possible : il insiste sur la nécessité d'un partenariat entre les patientes, qui ont droit à faire un choix éclairé, les décideurs en santé publique, et ceux qui dispensent les soins de santé (95). Il souligne plus que jamais l'actualité des recommandations édictées avec simplicité et réalisme.

Dans la droite ligne de la conférence internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le tabac et la santé à Kobe (Japon) en 1999, dans les pays dits à moindre niveau de vie, se font entendre des réseaux souvent internationaux et étendus, ayant pour vocation la protection de la femme et de l'enfance. La conférence insistait sur l'importance d'une démarche « sexospécifique » et le « renforcement du pouvoir des femmes », les décideurs ayant compris l'intérêt de la spécificité hommes/femmes dans les politiques de lutte anti-tabac. Ils émettaient en effet l'hypothèse que la répartition des rôles et des spécificités entre

les deux sexes « influence la prévalence, les déterminants, le traitement et, en dernier ressort, l'issue des maladies liées au tabac chez les femmes » (28).

Ainsi, depuis 1973, en Malaisie, l'Association des Consommateurs de Penang (CAP), organisation de défense des consommateurs, mène régulièrement et en masse des campagnes anti-tabac, avec expositions, modules pédagogiques, autocollants et autres petits matériels pour toucher un public très large.

Aux Philippines, une coalition nationale d'organisations de femmes enceintes, « Gabriela », s'occupe de dispensaires pour femmes, abordant le problème du tabac parmi d'autres, sous l'égide d'une commission pour la santé des femmes et leurs droits en matière de procréation.

L'organisation internationale Femmes au cœur de l'environnement et du développement (WEDO) est l'un des emblèmes de la mobilisation de ces réseaux autour du problème des femmes et du tabac (28).

Qu'il s'agisse des réseaux internationaux où des personnes pleines d'idéalisme et de courage oeuvrent en vue d'une amélioration de la vie de leurs semblables, ou des structures françaises, où la patience et la disponibilité des intervenants semblent fort sollicitées, une vérité s'impose : la solitude et l'isolement sont des barrières importantes. L'insuffisance de formation des personnels soignants, le désintérêt de la population en général pour ce problème, qui n'exclut d'ailleurs pas le rejet de la femme enceinte fumeuse, contribuent à la difficulté de la prise en charge dans ce domaine.



In : La santé de l'homme – Comité Français d'Education pour la Santé –
N°338, décembre 1998.

Les femmes enceintes n'échappent pas à l'emprise croissante du tabagisme sur les femmes jeunes, et plus encore sur celles qui sont déjà fragilisées par la pauvreté, les problèmes d'insertion sociale, la solitude, l'alcoolisme.

Il semble cependant que le fait d'attendre un enfant leur confère une sorte de « force intérieure », malgré leur aspect fragile, qui leur fait diminuer voire arrêter leur consommation plus facilement et peut-être moins péniblement qu'en dehors d'une grossesse. Ce phénomène semble universel, mais instable et lié au fait de porter en elles un enfant. La rechute est logiquement fréquente en post-partum, surtout sans aide extérieure.

La « force intérieure » que nous évoquons n'exclut donc absolument pas une aide extérieure, de la part d'accompagnants liés affectivement ou professionnellement à la femme enceinte, appartenant au monde de la santé ou non. La pluridisciplinarité, vécue en partenariat, est une richesse pour aider ces femmes. En effet, la culpabilisation, présente de manière quasi-automatique dans l'esprit de la femme enceinte fumeuse, et la solitude sont à combattre pour accompagner ces femmes dans leur démarche, bénéfique pour elles et pour l'enfant à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES

Conférence de Consensus. Arrêt de la consommation de tabac, 8-9 octobre 1998. Anaes ; 1998
<http://www.anaes.fr>

2. ANANTH CV, SMULIAN JC, VINTZILEOS AM.

Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies.
Obstet Gynecol 1999 Apr;93(4):622-8.

3. BARKER DC, ROBINSON LA, ROSENTHAL AC.

A survey of managed care strategies for pregnant smokers.
Tob Control 2000;9 Suppl 3:III46-50.

4. BERNSTEIN IM, PLOCIENNIK K, STAHL S, BADGER GJ, SECKER-WALKER R.

Impact of maternal cigarette smoking on fetal growth and body composition.
Am J Obstet Gynecol 2000 Oct;183(4):883-6.

5. BISHOP S, PANJARI M, ASTBURY J, BELL R.

"A survey of antenatal clinic staff: some perceived barriers to the promotion of smoking cessation in pregnancy".
J Aust Coll Midwives 1998 Sep;11(3):14-8.

6. BOFFETTA P, TREDANIEL J, GRECO A.

Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: A meta-analysis.
Environ Health Perspect 2000 Jan;108(1):73-82.

7. BOTTORFF JL, JOHNSON JL, IRWIN LG, RATNER PA.

Narratives of smoking relapse: the stories of postpartum women.
Res Nurs Health 2000 Apr;23(2):126-34.

8. BOUYSSSET M-F.

La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique.
Marseille : Solal, 2000-141p.

9. BROOK JS, BROOK DW, WHITEMAN M.

The influence of maternal smoking during pregnancy on the toddler's negativity.
Arch Pediatr Adolesc Med 2000 Apr;154(4):381-5.

10. BROWNE AJ, SHULTIS JD, THIO-WATTS M.
Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients.
J Community Health Nurs 1999;16(3):165-77.

11. CARMICHAEL SL, AHLUWALIA IB.
Correlates of postpartum smoking relapse. Results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS).
Am J Prev Med 2000 Oct;19(3):193-6.

12. CASTLES A, ADAMS EK, MELVIN CL, KELSCH C, BOULTON ML.
Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses.
Am J Prev Med 1999 Apr;16(3):208-15.

13. CHEW E, REMALEY NA, TAMBOLI A, ZHAO J, PODGOR MJ, KLEBANOFF M.
Risk factors for esotropia and exotropia.
Arch Ophthalmol 1994 Oct;112(10):1394-55.

14. CHUNG KC, KOWALSKI CP, KIM HM, BUCHMAN SR.
Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate.
Plast Reconstr Surg 2000 Feb;105(2):485-91.

15. CNATTINGIUS S, GRANATH F, PETERSSON G, HARLOW BL.
The influence of gestational age and smoking habits on the risk of subsequent preterm deliveries.
N Engl J Med 1999 Sep 23;341(13):943-8.

16. COLAU JC, DELCROIX M, GUIBERT J, ROUGAIGNON C.
Tabac et grossesse.
Encycl. Méd Chir, Gynécologie/Obstétrique 2000 ; 048-M-30(5), 10 p.

17. COLLET M, BAUCHER S, GREMMO-FEGER G, RYAN C.
Tabac et grossesse (Journées Nationales 2000)
http://www.sfmp.net/site/publications/jour_nat/tabac.htm

18. CONNOR SK, McINTYRE L.
The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada.
Can J Public Health 1999 Sep-Oct;90(5):352-5.

19. COOKE M, MATTICK RP, WALSCH RA.
Differential uptake of a smoking cessation programme disseminated to doctors and midwives in antenatal clinics.
Addiction 2001 Mar;96(3):495-505.
20. COPPEL D, WATTS K, WHITE J, OWEN L.
Contracting for smoking and pregnancy interventions: current practice across England.
Public Health 2001 May;115(3):222-8.
21. CURRY SJ, McBRIDE C, GROTHAUS L, LANDO H, PIRIE P
Motivation for smoking cessation among pregnant women.
Psychol Addict Behav 2001 Jun;15(2):126-32.
22. DI CLEMENTE CC, PROCHASKA JO, FAIRHURST SK, VELICER WF,
VELASQUEZ MM, ROSSI JS.
The process of smoking cessation : an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change.
J Consult Clin Psychol 1991 Apr;59(2):295-304.
23. DI CLEMENTE CC, DOLAN-MULLEN P, WINDSOR RA.
The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions.
Tob Control 2000;9 Suppl 3:III16-21.
24. DOLAN-MULLEN P, RAMIREZ G, GROFF JY.
A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions.
Am J Obstet Gynecol 1994 Nov;17(5):1328-34.
25. EDWARDS N, SIMS-JONES N.
Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: results of a qualitative study.
Birth 1998 Jun;25(2):94-100.
26. EK S.
Cigarette smoking during pregnancy.(in:Letters to the editors)
Am J Obstet Gynecol 2000 Oct;183(4):1045-6.
27. ENGLAND LJ, KENDRICK JS, WILSON HG, MERRITT RK, GARGIULLO PM,
ZAHNISER SC.
Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants.
Am J Epidemiol 2001 Oct 15;154(8):694-701.

28. ERNSTER V, KAUFMAN N, NICHTER M, SAMET J, YOON S-Y.
Les femmes et le tabac : il faut agir.
Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé
Recueil d'articles N°4, 2001.
29. ERSHOFF DH, SOLOMON LJ, DOLAN-MULLEN P.
Predictors of intentions to stop smoking early in prenatal care.
Tob Control 2000;9 Suppl 3:III41-5.
30. ERSHOFF DH, QUINN VP, BOYD NR, STERN J, GREGORY M, WIRTSCHAFTER D.
The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: when more isn't better, what is enough?
Am J Prev Med 1999 Oct;17(3):161-8.
31. FILIPPINI G, FARINOTTI M, FERRARINI M.
Active and passive smoking during pregnancy and risk of central nervous system tumours in children.
Paediatr Perinat Epidemiol 2000 Jan;14(1):78-84.
32. FORD RP, COWAN SF, SCHLUTER PJ, RICHARDSON AK, WELLS JE.
SmokeChange for changing smoking in pregnancy.
N Z Med J 2001 Mar 23;114(1128):107-10.
33. GALLOPEL K.
Reflexions sur l'utilisation de la peur dans les campagnes de prévention des comportements tabagiques.
Communication présentée aux XVèmes journées des IAE, Bayonne-Biarritz, 6-8 sept 2000.
34. GAUTREAU N.
Prévention des effets du tabagisme maternel au cours de la grossesse : sur quelles bases ?
Attitude, connaissances et perceptions des étudiants sage-femmes.
Mémoire de DIU de Santé Publique. 1997. 17p.
35. GEBAUER C, KWO CY, HAYNES EF, WEWERS ME.
A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy.
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998 Jan-Feb;27(1):47-53.
36. HAJEK P, WEST R, LEE A, FOULDS J, OWEN R, EISER JR, MAIN N.
Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy.
Addiction 2001 Mar;96(3):432-6.

37. HAKANSSON A, LENDAHL L, PETERSSON C.
Which women stop smoking? A population-based study of 403 pregnant smokers.
Acta Obstet Gynecol Scand 1999 Mar;78(3):217-24.
38. HASLAM C, DRAPER E.
Stage of change is associated with assessment of the health risks of maternal smoking among pregnant women.
Soc Sci Med 2000 Oct;51(8):1189-96.
39. HASLAM C.
A targeted approach to reducing maternal smoking.
Br J Pract 2000 Aug;50(457):661-3.
40. HASLAM C.
Maternal factors, obstetric history and smoking stage of change.
J Public Health Med 1999 Jun;21(2):185-91
41. HELWIG AL, SWAIN GR, GOTTLIEB M.
Smoking cessation intervention: the practices of maternity care providers.
J Am Board Fam Pract 1998 Sep-Oct;11(5):336-40.
42. HOPKINSON JM, SCHANLER RJ, FRALEY JK, GARZA C.
Milk production by mothers of premature infants : influence of cigarette smoking.
Pediatrics 1992 Dec;90(60):934-8.
43. HUGUES EG, LAMONT DA, BEECROFT ML, WILSON DM, BRENNAN BG, RICE SC.
Randomized trial of a „stage-of-change“ oriented smoking cessation intervention in infertile and pregnant women.
Fertil Steril 2000 Sep;74(3):498-503.
44. JAUNIAUX E, GULBIS B, ACHARYA G, THIRY P, RODECK C.
Maternal tobacco exposure and cotinine levels in fetal fluids in the first half of pregnancy.
Obstet Gynecol 1999;93(1):25-9.
45. JEANFRANCOIS M, FERNANDES E, DAUTZENBERG B.
Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001.
Bull Epidemiol Hebdo 2001;n°22-23,p.102.

46. JENSEN TK, HENRIKSEN TB, HJOLLUND NH, SCHEIKE T, KOLSTAD H, GIWERCMAN A, ERNST E, BONDE JP, SKAKKEBAEK N, OLSEN J.
Adult and prenatal exposures to tobacco smoke as risk indicators of fertility among 430 Danish couples.
Am J Epidemiol 1998 Nov 15;148(10):992-7
47. JOHNSON JL, RATNER PA, BOTTORFF JL, HALL W, DAHINTEN S.
Preventing smoking relapse in postpartum women.
Nurs Res 2000 Jan-Feb;49(1):44-52.
48. JONES G, RILEY M, DWYER T.
Maternal smoking during pregnancy, growth, and bone mass in prepubertal children.
J Bone Miner Res 1999 Jan;14(1):146-51.
49. KLIERMAN LV, ROOKS JP.
A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking.
J Nurse Midwifery 1999 Mar-Apr;44(2):118-23.
50. KLIERMAN LV, SPIVEY C, RAYKOVICH KT.
Smoking reduction activities in a federal program to reduce infant mortality among high risk women.
Tob Control 2000;9 Suppl 3:III51-5.
51. KLESGES LM, JOHNSON KC, WARD KD, BARNARD M.
Smoking cessation in pregnant women.
Obstet Gynecol Clin North Am 2001 Jun;28(2):269-82.
52. KOUCHNER B.
Conférence de presse du 9 mai 1999.
53. KULIG M, LUCK W, LAU S, NIGGEMANN B, BERGMANN R, KLETTKE U, GUGGENMOOS-HOLZMANN I, WAHN U.
Effect of pre- and postnatal tobacco smoke exposure on specific sensitization to food and inhalant allergens during the first 3 years of life.
Allergy 1999 Mar;54(3):220-8.
54. LAMAZE R.
"Stafe 2000 Neufchateau", Projet d'aide au sevrage tabagique de la femme enceinte au CHG de Neufchateau.
Memoire de DIU de tabacologie 1999. 67p.

55. LAMB JM, ALBRECHT SA, SEREIKA S.
Consideration of factors prior to implementing a smoking cessation program.
J Sch Nurs 1998 Feb;14(1):14-9.
56. LANDO HA, VALANIS BG, LICHTENSTEIN E, CURRY SJ, McBRIDE CM, PIRIE PL, GROTHAUS LC.
Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: a comparison of 2 approaches.
Am J Manag Care 2001 Jul;7(7):685-93.
57. LEJEUNE F.
Projet d'aide au sevrage tabagique à la Maternité Régionale de Nancy.
Thèse Médecine : Nancy I : 1998. 177p.
58. LINDQVIST R, ABERG H.
Who stops smoking during pregnancy?
Acta Obstet Gynecol Scand 2001 Feb;80(2):137-41.
59. LINCKER-BOULARD S.
Le tabagisme chez la femme enceinte.
Thèse Médecine, Nancy I : 1993. 100p.
60. LISTON J.
Breastfeeding and the use of recreational drugs-alcohol, caffeine, nicotine and marijuana.
Breastfeed Rev 1998 Aug;6(2):27-30.
61. LOWE JB, BALANDA KP, CLARE G.
Evaluation of antenatal smoking cessation programs for pregnant women.
Aust N Z J Public Health 1998 Feb;22(1):55-9.
62. LU Y, TONG S, OLDENBURG B.
Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy.
Health Promot Internation 2001 Dec;16(4):355-66.
63. LUDMAN EJ, McBRIDE CM, NELSON JC, CURRY SJ, GROTHAUS LC, LANDO HA, PIRIE PL.
Stress, depressive symptoms, and smoking cessation among pregnant women.
Health Psychol 2000 Jan;19(1):21-7.

64. LUMLEY J, OLIVER S, WATERS E.
Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.
Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001055.
65. LUX AL, HENDERSON AJ, POCOCK SJ.
Wheeze associated with prenatal tobacco smoke exposure: a prospective, longitudinal study.
ALSPAC Study Team.
Arch Dis Child 2000 Oct;83(4):307-12.
66. McBRIDE CM, CURRY SJ, GROTHAUS LC, NELSON JC, LANDO H, PIRIE PL.
Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of
smoking cessation.
Health Psychol 1998 Jan;17(1):63-9.
67. McBRIDE CM, CURRY SJ, LANDO HA, PIRIE PL, GROTHAUS LC, NELSON JC.
Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy.
Am J Public Health 1999 May;89(5):706-11.
68. MARPEAU L, GRAVIER A.
Tabagisme et complications gravidiques.
Réalités en Gynécologie-Obstétrique 2000;48:10-3.
69. MARTINET Y, BOHODANA A.
Le tabagisme : de la prévention au sevrage-2^e éd.
Paris : Masson, 2001-294p.-(Abrégé).
70. MATSUO T, YAMANE T, OHTSUKI H.
Heredity versus abnormalities in pregnancy and delivery as risk factor for different types of
comitant strabismus.
J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2001 Mar-Apr;38(2):78-82.
71. MELVIN CL, TUCKER P.
Measurement and definition for smoking cessation intervention research: the smoke-free
families experience. Smoke-Free Families Common Evaluation Measures for Pregnancy and
Smoking Cessation Projects Working Group.
Tob Control 2000;9 Suppl 3;III87-90.

72. MELVIN CL, DOLAN-MULLEN P, WINDSOR RA, WHITESIDE HP Jr, GOLDENBERG RL.
Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence.
Tob Control 2000;9 Suppl 3;III80-4.
73. MILNER AD, MARSH MJ, INGRAM DM, FOX GF, SUSIVA C.
Effects of smoking in pregnancy on neonatal lung function.
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999 Jan;80(1):F8-F14.
74. MILUNSKY A, CARMELLA SG, YE M, HECHT SS.
A tobacco-specific carcinogen in the fetus.
Prenat Diagn 2000 Apr;20(4):307-10.
75. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/du 3 avril 2000
Direction des Hôpitaux . Direction Générale de la santé.
Ch. 1 (Le renforcement ou la création de consultations hospitalières en tabacologie).p.4.
76. MULLEN PD.
Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation.
Prim Care 1999 Sep;26(3):577-89.
77. NAJMAN JM, LANYON A, ANDERSEN M, WILLIAMS G, BOR W, O'CALLAGHAN M.
Socioeconomic status and maternal cigarette smoking before, during and after a pregnancy.
Aust N Z J Public Health 1998 Feb;22(1):60-6.
78. OWEN L, McNEILL A, CALLUM C.
Trends in smoking during pregnancy in England, 1992-7:quota sampling surveys.
BMJ 1998 Sep 12;317(7160):728.
79. PANJARI M, BELL R, BISHOP S, ASTBURY J, RICE G, DOERY J.
A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention during pregnancy.
Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999 Aug;39(3):312-7.
80. PIRIE PL, LANDO H, CURRY SJ, McBRIDE CM, GROTHAUS LC.
Tobacco, alcohol, and caffeine use and cessation in early pregnancy.
Am J Prev Med 2000 Jan;18(1):54-61.

81. POLLAK KI, McBRIDE CM, CURRY SJ, LANDO H, PIRIE PL, GROTHAUS LC.
Women's perceived and partners' reported support for smoking cessation during pregnancy.
Ann Behav Med 2001 Summer;23(3):208-14.
82. POMERLEAU CS, BROUWER RJ, JONES LT.
Weight concerns in women smokers during pregnancy and postpartum.
Addict Behav 2000 Sep-Oct;25(5):759-67.
83. PROCHASKA JO, VELICER WF, FAVA JL, ROSSI JS, TSOH JY.
Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system
intervention for smoking cessation.
Addict Behav 2001 Jul-Aug; 26(4):583-602.
84. RATNER PA, JOHNSON JL, BOTTORFF JL.
Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association?
Birth 1999 Jun;26(2):76-82.
85. RATNER PA, JOHNSON JL, BOTTORFF JL, DAHINTEN S, HALL W.
Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum
women.
Addict Behav 2000 Jan-Feb;25(1):81-92.
86. REBAGLIATO M, DU V. FLOREY C, BOLUMAR F.
Exposure to environmental tobacco smoke in nonsmoking pregnant women in relation to birth
weight.
Am J Epidemiol 1995 Sep 1;142(5):531-7.
87. SHAH NR, BRACKEN MB.
A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between
maternal cigarette smoking and preterm delivery.
Am J Obstet Gynecol 2000 Feb;182(2):465-72.
88. STOTTS AL, DI CLEMENTE CC, CARBONARI JP, MULLEN PD.
Pregnancy smoking cessation: a case of mistaken identity.
Addict Behav 1996 Jul-Aug;21(4):459-71.
89. TODD SJ, LA SALA KB, NEIL-URBAN S.
An integrated approach to prenatal smoking cessation interventions.
MCN Am J Matern Child Nurs 2001 Jul-Aug;26(4):185-90.

90. TUTHILL DP, STEWART JH, COLES EC, ANDREWS J, CARTLIDGE HT.
Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome.
Paediatr Perinat Epidemiol 1999 Jul;13(13):245-53.
91. VALANIS B, LICHTENSTEIN E, MULLOLY JP, LABUHN K, BRODY K,
SEVERSON HH, STEVENS N.
Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits.
Am J Prev Med 2001 Jan;20(1):1-8.
92. VELASQUEZ MM, HECHT J, QUINN VP, EMMONS KM, DI CLEMENTE CC,
DOLAN-MULLEN P.
Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation : training and
implementation issues.
Tob Control 2000;9 Suppl 3:III36-40.
93. WAKEFIELD M, JONES W.
Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending in a
public hospital antenatal clinic.
Aust N Z J Public Health 1998;22(3 Suppl):313-20.
94. WALSH RA, LOWE JB, HOPKINS PJ.
Quitting smoking in pregnancy.
Med Aust 2001 Sep 17;175(6):320-3.
95. WINDSOR R.A.
Smoking, Cessation and Pregnancy
In : Women and the Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century, OMS.
96. WINDSOR R, ONCKEN C, HENNINGFIELD J, HARTMANN K, EDWARDS N.
Behavioral and pharmacological treatment methods for pregnant smokers: issues for clinical
practice.
J Am Med Womens Assoc 2000 Fall;55(5):304-10.
97. WINDSOR RA, WOODBY LL, MILLER TM, HARDIN JM, CRAWFORD MA, DI
CLEMENTE CC.
Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and
patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care.
Am J Obstet Gynecol 2000 Jan;182(1 Pt 1):68-75.

98. WINDSOR RA, BOYD NR, ORLEANS CT.

A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: improving the science and art.

Health Educ Res 1998 Sep;13(3):419-38.

99. WISBORG K, HENRIKSEN TB, SECHER NJ.

A prospective intervention study of stopping smoking in pregnancy in a routine antenatal care setting.

Br J Obstet Gynaecol 1998 Nov;105(11):1171-6.

100. WISBORG K, KESMODEL U, HENRIKSEN TB, OLSEN SF, SECHER NJ.

A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS.

Arch Dis Child 2000 Sep;83(3):203-6.

101. WISBORG K, KESMODEL U, HENRIKSEN TB, OLSEN SF, SECHER NJ.

Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life.

Am J Epidemiol 2001 Aug 15;154(4):322-7.

102. WONG WY, THOMAS CM, MERKUS HM, ZIELHUIS GA, DOESBURG WH, STEEGERS-THEUNISSEN RP.

Cigarette smoking and the risk of male factor subfertility : minor association between cotinine in seminal plasma and semen morphology.

Fertil Steril 2000 Nov;74(5)s:930-5.

103. WOODBY LL, WINDSOR RA, SNYDER SW, KOHLER CL, DI CLEMENTE CC.

Predictors of smoking cessation during pregnancy.

Addiction 1999 Feb;94(2):283-92.

104. ZAPKA JG, PBERT L, STODDARD AM, OCKENE JK, GOINS KV, BONOLLO D.

Smoking cessation counseling with pregnant and postpartum women: a survey of community health center providers.

Am J Public Health 2000 Jan;90(1):78-84.

ANNEXES

PRE-PROJET "AIDE A LA DESACCOUSTOMANCE TABAGIQUE CHEZ LES FUTURES MAMANS"

1 - TRAVAILLEUR SOCIAL A L'INITIATIVE DU PROJET

Madame A. MARIE - Sage-femme

2 - REFERENT DU PROJET

Madame A. MARIE

3 - LOCALISATION

Centre médico-social de MAXEVILLE
1 rue de la République

4 - THEME

"Aide à la désaccoutumance tabagique chez les femmes enceintes et plus largement chez les futurs parents"

5 - CONSTATS ET FINALITES MOTIVANT L'ACTION

La consommation tabagique a été ces dernières années plus élevée que dans toutes les années antérieures. Le pourcentage de fumeurs est plus important chez les femmes que chez les hommes .

De nombreuses études récentes ont permis de mettre en évidence le rôle du tabac dans des pathologies concernant l'enfant avant et après la naissance : avortement, grossesses extra-utérines, retard de croissance in-utéro, prématurité, morts néo-natales plus fréquentes, affections ORL.

Les méfaits du tabac chez la femme enceinte sont largement diffusés au grand public.

L'annonce de la grossesse motive les femmes à l'arrêt de la cigarette. Mais un certain nombre de femmes trop dépendantes ne parvient pas à s'arrêter et elles s'en trouvent très culpabilisées. Elles ne rencontrent pas dans leur entourage le soutien nécessaire. Une enquête de 1992 réalisée à la demande de **"Bien Naître en Lorraine"** et **"Nancy Ville Santé"** sur 253 femmes au 6ème mois de leur grossesse, nous informe sur le comportement des femmes enceintes par rapport au tabac :

- 127 (50,2 %) sont fumeuses avant la grossesse
- 124 (49 %) non fumeuses
- 2 (0,8 %) non répondues

Sur les 127 fumeuses :

- 68 (53,5 %) continuent de fumer
- 59 (46,5 %) ont stoppé

L'intervention de la sage-femme de PMI en individuel, est très souvent inefficace.

6 - OBJECTIFS

- Mener une action pour obtenir un mieux être, une amélioration de l'état des enfants in-utéro, à la naissance, dans la petite enfance.
- Apporter aide et soutien aux futurs parents pour l'arrêt ou la diminution de la consommation tabagique.
- Leur permettre d'échanger avec d'autres, concernés par le même problème.
- Faire naître une forte motivation et valoriser les efforts réalisés.
- Etre à l'écoute des problèmes qui pourraient concerner ces personnes.

7 - PUBLIC CONCERNE

Futures mères, futurs parents, parents de jeunes enfants désirant arrêter de fumer et habitant sur BANLIEUE OUEST, UAMSD de NANCY ou autre UAMSD.

8 - ACTEUR

Mme MARIE +

et peut-être des membres de l'équipe du centre médico-social

9 - PARTENAIRES POSSIBLES

Médecins libéraux
Pharmaciens
Maternité départementale

10 - EFFETS ATTENDUS

- Arrêt ou diminution de la consommation du tabac
- Les femmes enceintes qui viendront demander de l'aide sont des femmes très culpabilisées. Elles rencontreront d'autres femmes dans la même situation et nous pourrons leur démontrer qu'elles ne sont pas de "**mauvaises mères**", mais des femmes dépendantes de la cigarette et déjà engagées dans une démarche sur la voie de l'indépendance.

Prise de conscience et aide du groupe devraient aboutir à la réussite.

11 - DEROULEMENT

Messages de base :

"Fumer, ce n'est pas sa nature"

"Ecouter et Comprendre, Informer et Convaincre"

Un cycle pourra se mettre en place sur la base de 3 à 5 participantes.
Il se déroulera sur 6 semaines à raison d'une rencontre par semaine.
Chaque rencontre se terminera par une séance de relaxation.

Contenu approximatif de chaque rencontre :

- 1ère rencontre : Présentation des participantes et attentes de chacun
 - Test de dépendance
 - Test de motivation
 - Choix avec chaque participant du moment le plus favorable pour arrêter
 - Séance de relaxation
- 2ème rencontre : Renforcement des motivations
 - Les "petits moyens"
 - Effets de l'arrêt du tabac (nervosité, augmentation de l'appétit)
 - Notions de diététique
 - Relaxation
- 3ème rencontre : Petite histoire du tabagisme
 - Si arrêt de la cigarette, comment cela se passe-t-il ?
 - Revenir à la personne, à son vécu, par rapport à l'arrêt de la cigarette
 - Conseils diététiques (hygiène de vie, Sport et santé...)
 - Relaxation
- 4ème rencontre : Pathologie liée au tabac
 - Préjudice esthétique
 - Revenir à la personne, à son vécu, par rapport à l'arrêt de la cigarette
 - Relaxation
- 5ème rencontre : Evocation de ce qui se passe en EUROPE, aux ETATS-UNIS concernant la consommation du tabac
 - Relaxation
- 6ème rencontre : Bilan de ce qui s'est passé
 - Programmation d'échéances pour la poursuite d'un suivi
 - Bilan des difficultés, des effets bénéfiques
 - Distribution des documents **"Moi je tabastoppe" "femmes et tabac"**
 - Motivation de celles qui se sont arrêtées, à devenir des relais pour toute la population
 - Relaxation

12 - ROLE DE CHAQUE INTERVENANT

Mme A. MARIE - Animatrice

13 - MOYENS

Diffusion par les seules femmes de l'ami du tabac
" Ne pouvez vous pas - - - - "

Matériel : 5 tapis de sol (distribués par le service)

Pédagogique : Test de Fagerström sur la dépendance tabagique

Test de motivation

Documents du CFES "Moi je tabastoppe", de l'Association pour la Recherche sur le Cancer, "Femmes et tabac"

Documents à diffuser par les SF de PMI X

Temps prévu 1 heure et demie par semaine

Le mardi de 9h à 10h

14 - MODALITES D'EVALUATION

Evaluation quantitative :

- Nombre de séances
- Nombre de participantes

Evaluation qualitative :

- Evaluation du résultat : arrêt au moment de l'action, après 3 mois, après 6 mois

CONSEIL GENERAL
SDAS - PMI
AM/MLB - 08/94

LOIS

LOI n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé (1)

NOR : FAMX8900027L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

MODIFICATIONS DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Art. 1^{er}. - L'intitulé du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« LIVRE II

« Action sanitaire et médico-sociale en faveur de la famille, de l'enfance et de la jeunesse »

Art. 2. - Les chapitres I^{er}, II et III du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Chapitre I^{er}

« Dispositions générales

« Art. L. 146. - L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

« 1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

« 2° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

« 3° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles mentionnées à l'article 123-1 du code de la famille et de l'aide sociale.

« Art. L. 147. - Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions du chapitre VI du présent titre.

« Chapitre II

« Organisation et missions du service départemental de protection maternelle et infantile

« Art. L. 148. - Les compétences dévolues au département par le 3° de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat et par l'article L. 147 sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du

département, placé sous la responsabilité d'un médecin et comprenant des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

« Art. L. 149. - Le service doit organiser :

« 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

« 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;

« 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique ;

« 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

« 5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 164 ;

« 6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 153, L. 155, L. 163 et L. 164 ;

« 7° Des actions de formation destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives.

« En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du code de la famille et de l'aide sociale.

« Art. L. 150. - Les activités mentionnées à l'article L. 149 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

« Art. L. 151. - Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application de l'article L. 191.

« Art. L. 152. - En toute circonstance et particulièrement lors des consultations ou des visites à domicile, chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au

médecin de son choix et, le cas échéant, d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles.

« Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

« Lorsqu'un médecin du service départemental de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propres à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service.

« Chapitre III

« Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents

« Section 1

« Examen médical prénuptial

« Art. L. 153. - Le médecin qui, en application du deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, procède à un examen en vue du mariage ne pourra délivrer le certificat médical prénuptial mentionné par cet article, et dont le modèle est établi par arrêté, qu'au vu de résultats d'analyses ou d'examen dont la liste est fixée par voie réglementaire.

« Une brochure d'éducation sanitaire doit être remise à chacun des futurs conjoints en même temps que le certificat médical.

« Section 2

« Actions de prévention durant la grossesse et après l'accouchement

« Art. L. 154. - Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénatals et postnatals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Toutefois, le premier examen prénatal ainsi que l'examen postnatal ne peuvent être pratiqués que par un médecin.

« Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

« Art. L. 155. - Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. Un arrêté interministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L. 154 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère.

« Le carnet appartient à la future mère. Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

« A la demande du père putatif, le médecin peut rendre compte à celui-ci de l'état de santé de la future mère, dans le respect des règles de la déontologie médicale.

« Art. L. 156. - Chaque fois que l'examen de la future mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé à un examen médical du futur père accompagné, le cas échéant, des analyses et examens complémentaires appropriés.

« Art. L. 157. - Les organismes et services chargés du versement des prestations familiales sont tenus de transmettre sous huitaine au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile l'attestation de passation de premier examen médical prénatal de leurs allocataires.

« La transmission de cette information se fait dans le respect du secret professionnel. »

Art. 3. - Les articles L. 158 à L. 160 et L. 162 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 4. - Le chapitre IV du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Actions de prévention concernant l'enfant

« Art. L. 163. - Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

« Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus à l'article L. 164 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant.

« Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul autre qu'eux ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa profession, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est astreinte au secret professionnel.

« Art. L. 164. - Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires.

« Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire.

« Le contenu des certificats de santé, et notamment la liste des maladies ou déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté interministériel.

« Art. L. 165. - Dans un délai de huit jours, le médecin qui a effectué un examen donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé adresse ce certificat au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile. La transmission de cette information se fait dans le respect du secret professionnel.

« Art. L. 166. - Les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou celles à qui un enfant a été confié sont informées, dans le respect des règles déontologiques, lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé chez ce dernier, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'article L. 164, de la nature du handicap et de la possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans des centres spécialisés, notamment, dans des centres d'action médico-sociale précoce, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap.

« Dans les centres d'action médico-sociale précoce, la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et services mentionnés à l'article L. 180.

« Le financement de ces centres est assuré dans les conditions définies à l'article L. 187. »

Art. 5. - Les articles L. 167 et L. 168 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 6. - La section II du chapitre V du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Section 2

« Etablissements et services concourant à l'accueil des enfants de moins de six ans

« Art. L. 180. - I. - Si elles ne sont pas soumises à un régime d'autorisation en vertu d'une autre disposition législative, la création, l'extension et la transformation des éta-

**Décret n° 92-785 du 6 août 1992
relatif à la protection maternelle et infantile**

NOR : SANP9201497D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 146 à L. 152, L. 163 à L. 165, L. 180, L. 181, L. 186, L. 190-2 et L. 356 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles R. 534-3 et R. 534-4 ;

Vu la loi n° 67-1094 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, modifiée ;

Vu l'article 14 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu le décret n° 62-921 du 3 août 1962 modifiant certaines règles relatives aux actes de l'état civil modifié ;

Vu le décret n° 73-267 du 2 mars 1973 portant application des articles L. 164-1 et L. 164-2 du code de la santé publique relatif à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs modifié ;

Vu le décret n° 74-58 du 15 janvier 1974 relatif à la réglementation des pouponnières, des crèches, des consultations de protection infantile et des gouttes de lait ;

Vu le décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé ;

Vu le décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 27 avril 1992 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 19 mai 1992 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Section 1

Organisation et activités du service départemental de protection maternelle et infantile

Art. 1^{er}. - Le service départemental de protection maternelle et infantile exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 147 et L. 149 du code de la santé publique en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention dans les conditions prévues à l'article L. 150 de ce code, les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile.

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Art. 2. - Les actions médico-sociales mentionnées au 1^o et au 4^o de l'article L. 149 du code de la santé publique et concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et fœtale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

Art. 3. - Les actions médico-sociales mentionnées au 2^o et 4^o de l'article L. 149 du même code et concernant les enfants de moins de six ans ont notamment pour objet d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Art. 4. - Les activités de planification familiale et d'éducation familiale mentionnées au 3^o de l'article L. 149 du même code sont organisées dans les conditions prévues par la loi du 28 décembre 1967 susvisée, la loi du 17 janvier 1975 susvisée et le décret du 6 août 1992 susvisé.

Art. 5. - Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou d'éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Art. 6. - Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, menées notamment à l'école maternelle, le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

Art. 7. - Le service départemental doit disposer :

1^o D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département ;

2^o D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmières ayant acquis une expérience appropriée.

Art. 8. - Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile, transmis au préfet par le président du conseil général en application de l'article 3 (1^o et 3^o) du décret du 14 août 1985 susvisé, sont établis par ce service.

Ces documents sont présentés et analysés par le service départemental au cours d'une réunion organisée chaque année par le président du conseil général à laquelle participent les personnes et organismes concourant à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, notamment les représentants des établissements de santé et des établissements libéraux, des organismes de sécurité sociale et des services concernés de l'Etat.

Le service s'attache également à présenter et analyser, lors de cette réunion, d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de protection maternelle et infantile, tels que :

1. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de moins de dix-huit ans ;
2. Le nombre de grossesses non ou mal suivies ;
3. La mortalité maternelle ;
4. Le nombre d'enfants présentant un handicap ;
5. Le nombre de décès d'enfants de moins de six ans.

Le ministre chargé de la santé fournit chaque année aux départements, pour ces indicateurs, les moyennes nationales et régionales dont il dispose.

Section 2

Qualifications professionnelles des personnels du service départemental de protection maternelle et infantile

Art. 9. - I. - Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes du service départemental de protection maternelle et infantile, titulaires ou vacataires, doivent justifier des diplômes, certificats et titres exigés en application des articles L. 356 et L. 356-2 du code de la santé publique.

II. - Les médecins recrutés comme titulaires à partir de la publication du présent décret doivent être, en outre :

1. Soit spécialistes ou compétents qualifiés en pédiatrie ;
2. Soit spécialistes qualifiés en gynécologie-obstétrique, ou compétents qualifiés en gynécologie médicale ou en obstétrique, ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale ;
3. Soit spécialistes ou compétents qualifiés en psychiatrie, option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
4. Soit spécialistes qualifiés en santé publique, ou spécialistes qualifiés en santé communautaire et médecine sociale ou en santé publique et médecine sociale, ou titulaires du certificat d'études spéciales de santé publique.

III. - En cas d'impossibilité de recruter des médecins titulaires remplissant l'une des conditions définies au II ci-dessus, une dérogation exceptionnelle peut être donnée par le préfet pour le recrutement de médecins généralistes possédant une expérience particulière dans les matières énumérées au II.

Art. 10. - Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile doit avoir la qualité d'agent titulaire et remplir les conditions fixées aux I et II de l'article 9 ; il doit, en outre, avoir acquis une expérience professionnelle de trois ans au moins dans un service départemental de protection maternelle et infantile.

Art. 11. - Les psychologues recrutés après la publication du présent décret doivent posséder l'un des diplômes mentionnés aux 1^o, 2^o, 3^o et 5^o de l'article 1^{er} du décret n^o 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

Art. 12. - I. - Les infirmiers ou infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens doivent remplir les conditions fixées respectivement par les articles L. 474-1, L. 487, L. 504-2, L. 504-4, L. 510-8-1 et L. 510-8-2 du code de la santé publique.

II. - Les assistants et assistantes de service social doivent remplir les conditions fixées par l'article 218 du code de la famille et de l'aide sociale.

III. - Les autres personnels techniques recrutés après la publication du présent décret doivent être titulaires de l'un des diplômes ou titres énumérés ci-après :

1. Diplôme d'Etat de puériculture institué par le décret n^o 47-1544 du 13 août 1947 modifié ;
2. Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique institué par l'arrêté du 16 février 1973 modifié ;
3. Certificat d'auxiliaire de puériculture institué par l'arrêté du 5 juin 1970 modifié ;
4. Diplôme d'Etat d'ergothérapeute institué par le décret n^o 70-1042 du 6 novembre 1970 modifié ;
5. Diplôme d'Etat de psychomotricien institué par le décret n^o 74-112 du 15 février 1974 modifié ;
6. Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant institué par l'arrêté du 23 janvier 1956 modifié ;
7. Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique institué par l'arrêté du 4 septembre 1972 modifié ;
8. Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants institué par le décret n^o 73-73 du 11 janvier 1973 ;
9. Diplôme de conseiller en économie familiale et sociale institué par l'arrêté du 9 mai 1973 ;
10. Certificat de travailleuse familiale institué par le décret n^o 74-146 du 15 février 1974.

Art. 13. - Les agents qui exercent des activités de conseil familial et conjugal doivent justifier de la formation prévue par l'arrêté du 20 octobre 1986 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Art. 14. - Lorsque, en application de l'article L. 150 du code de la santé publique, le département passe convention avec une collectivité publique ou une personne morale de droit privé à but non lucratif pour exercer une ou plusieurs des activités mentionnées à l'article L. 149 du même code, les personnels qui concourent à ces activités doivent remplir les conditions fixées par les articles 9, 11, 12 et 13 ci-dessus.

Section 3

Examens médicaux de l'enfant

Art. 15. - Le décret du 2 mars 1973 susvisé est modifié comme suit :

1^o Le deuxième alinéa de l'article 1^{er} est complété par la phrase suivante :

« Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations. »

2^o A l'article 1^{er} est ajouté un troisième alinéa rédigé comme suit :

« Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L. 163 du code de la santé publique. »

3^o Au quatrième alinéa de l'article 3, les mots : « le décret susvisé du 2 mars 1973 » sont remplacés par les mots : « les articles R. 534-3 et R. 534-4 du code de la sécurité sociale ».

4^o Au cinquième alinéa de l'article 3, les mots : « de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale » sont supprimés.

Section 4

Dispositions diverses

Art. 16. - Les officiers de l'état civil adressent un extrait d'acte de naissance établi conformément aux dispositions de l'article 11 du décret du 3 août 1962 susvisé, dans les quarante-huit heures de la déclaration de naissance, au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département dans lequel résident les parents.

Ils adressent à ce médecin dans les mêmes conditions une copie de l'acte de décès des enfants âgés de moins de six ans dont les parents résident dans le département.

Art. 17. - Les modalités de remboursement par les organismes d'assurance maladie des frais afférents aux examens mentionnés à l'article L. 186 peuvent faire l'objet d'une convention entre ces organismes et le département.

Art. 18. - Le contrôle et la surveillance des établissements et services recevant des enfants de moins de six ans, institué par l'article L. 181 du code de la santé publique, a lieu sur pièces et sur place ; il est exercé par le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile ou par un médecin du service délégué par le médecin responsable.

Art. 19. - Les articles 1^{er} à 6, 7-1 et 8 à 13 du décret n^o 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile et le titre II du décret du 15 janvier 1974 susvisé sont abrogés.

Art. 20. - Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le secrétaire d'Etat aux collectivités locales et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 août 1992.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre d'Etat,
ministre de l'éducation nationale et de la culture,
JACK LANG

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
MICHEL VAUZELLE

Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique,
PAUL QUILÈS

Le ministre du budget,
MICHEL CHARASSE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENÉ TEULADE

Le secrétaire d'Etat aux collectivités locales,
JEAN-PIERRE SUEUR

Le secrétaire d'Etat à la famille,
aux personnes âgées et aux rapatriés,
LAURENT CATHALA

« L'article 511-12 est ainsi rédigé :

« Le fait de procéder à une insémination artificielle par sperme frais ou mélange de sperme provenant de dons est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende. »

Art. L. 1543-14. - Comme il est dit à l'article 716-7 du code pénal ci-après reproduit :

« L'article 511-13 est ainsi rédigé :

« Le fait de subordonner le bénéfice d'un don de gamètes à la désignation par le couple receveur d'une personne ayant volontairement accepté de procéder à un tel don en faveur d'un couple tiers anonyme est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende. »

Art. L. 1543-15. - Comme il est dit à l'article 716-8 du code pénal ci-après reproduit :

« L'article 511-14 est ainsi rédigé :

« Le fait de procéder à des activités de recueil, de traitement, de conservation et de cession de gamètes provenant de dons hors d'un établissement ou organisme à but non lucratif autorisé à cet effet est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende. »

Art. L. 1543-16. - Le fait de transformer, d'importer, d'exporter, de distribuer, de céder ou d'utiliser un élément ou produit du corps humain en violation des dispositions prises en application de l'article L. 1532-1 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

DEUXIÈME PARTIE SANTÉ DE LA FAMILLE, DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

LIVRE I^{er}

PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

TITRE I^{er}

ORGANISATION ET MISSIONS

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales

Art. L. 2111-1. - L'Etat, les collectivités territoriales, et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ;

2° Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies ;

3° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ;

4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles mentionnées à l'article 123-1 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. L. 2111-2. - Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistantes maternelles et la formation de celles qui accueillent des mineurs à titre non permanent, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7, L. 2112-8, L. 2214-1, L. 2322-6 et L. 2323-2.

Art. L. 2111-3. - Les conditions dans lesquelles se poursuit une politique active de prévention contre les handicaps de l'enfance, tant dans le cadre de la périnatalité que dans celui de la pathologie cérébrale et de la pathologie génétique, sont déterminées par voie réglementaire.

Art. L. 2111-4. - Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

CHAPITRE II

Service départemental de protection maternelle et infantile

Art. L. 2112-1. - Les compétences dévolues au département par le 1° de l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est placé sous la responsabilité d'un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

Art. L. 2112-2. - Le service doit organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale dans les conditions définies par le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 2132-2 ;

6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 2121-1, L. 2122-2, L. 2132-1 et L. 2132-2 ;

7° Des actions de formations destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. L. 2112-3. - Dans un délai de cinq ans suivant son agrément pour l'accueil de mineurs à titre non permanent, toute assistante maternelle doit suivre, à raison d'une durée minimale de soixante heures, dont vingt au cours des deux premières années, les actions de formation prévues au 7° de l'article L. 2112-2.

Un décret détermine le contenu et les conditions de validation de ces heures de formation ainsi que les dispenses de formation qui peuvent être accordées si l'assistante maternelle justifie d'une formation antérieure équivalente.

Le département organise et finance, durant le temps de formation, l'accueil des enfants confiés aux assistantes maternelles.

Art. L. 2112-4. - Les activités mentionnées aux articles L. 2112-2 et L. 2112-3 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif ;

elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Art. L. 2112-5. - Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application de l'article L. 2325-1.

Art. L. 2112-6. - En toute circonstance et particulièrement lors des consultations ou des visites à domicile, chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au médecin de son choix et, le cas échéant, d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles.

Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

Lorsqu'un médecin du service départemental de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propres à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service.

Art. L. 2112-7. - Lorsque les examens institués par les articles L. 2121-1, L. 2122-1, deuxième alinéa, L. 2122-3 et L. 2132-2, deuxième alinéa, sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé, une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite convention. En cas de dénonciation, les dispositions du premier alinéa et éventuellement du deuxième alinéa du présent article sont applicables.

Art. L. 2112-8. - Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % de son montant et du département pour le solde.

Art. L. 2112-9. - Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatifs au secret professionnel sont applicables à toute personne appelée à collaborer au service départemental de protection maternelle et infantile.

Art. L. 2112-10. - Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

CHAPITRE III

Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal

Art. L. 2113-1. - Une Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal est chargée de donner un avis sur les demandes d'autorisation d'exercice des activités d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal, sur les demandes d'agrément des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ainsi que sur les décisions de retrait d'autorisation. Elle participe au suivi et à l'évaluation du fonctionnement des établissements et laboratoires autorisés.

Elle remet chaque année au ministre chargé de la santé un rapport portant sur l'évolution de la médecine et de la biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal.

Art. L. 2113-2. - Le ministre chargé de la santé communiqué à la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal le rapport mentionné à l'article L. 2142-2 et tous documents utiles pour les besoins de sa mission.

Art. L. 2113-3. - La Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal comprend des praticiens désignés sur proposition de leurs organisations représentatives, des personnalités choisies en raison de leur compétence dans les domaines de la procréation, de l'obstétrique, du diagnostic prénatal, du conseil génétique et du droit de la filiation et des représentants des administrations intéressées et des ordres professionnels ainsi qu'un représentant des associations familiales.

La commission est présidée par un membre de la Cour de cassation, du Conseil d'Etat ou de la Cour des comptes désigné par décret.

Art. L. 2113-4. - Les membres de la Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal et les personnes appelées à collaborer à ses travaux sont tenus, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal, de garder secrètes les informations dont ils peuvent avoir connaissance en raison de leurs fonctions.

Art. L. 2113-5. - La composition de la commission et les modalités de son organisation et de son fonctionnement sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

TITRE II

ACTIONS DE PRÉVENTION CONCERNANT LES FUTURS CONJOINTS ET PARENTS

CHAPITRE I^{er}

Examen médical prénuptial

Art. L. 2121-1. - Le médecin qui, en application du deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, procède à un examen en vue du mariage ne pourra délivrer le certificat médical prénuptial mentionné par cet article, et dont le modèle est établi par arrêté, qu'au vu de résultats d'analyses ou d'examens dont la liste est fixée par voie réglementaire.

Une brochure d'éducation sanitaire doit être remise à chacun des futurs conjoints en même temps que le certificat médical.

A l'occasion de l'examen médical prénuptial, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé aux futurs conjoints.

Art. L. 2121-2. - Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Nancy, le 5 Mai 1998

PROJET

Suivi du dossier :

MH. DEBAR

N/Réf. MHD-208/98

Réf. courrier DDASS-SDAS-07.04.98

PROJET D'ACTION DANS LE DOMAINE DE LA PERINATALITE

Présenté à la DRASS pour financement dans le cadre d'un projet de prévention périnatale en 1998. Aucun financement accordé.

OBJET : *Projet d'action en partenariat dans le domaine de la périnatalité sur le thème de l'usage, l'abus et la dépendance tabagique et alcoolique démarrée au niveau de l'agglomération nancéienne et élargie à l'ensemble du département.*

INSTITUTIONS CONSTITUANT LE RESEAU INITIAL :

- Protection Maternelle et Infantile - Service Départemental des Affaires Sociales-
Conseil Général de Meurthe et Moselle - 48 rue du Sergent Blandan - Nancy
- Service de Médecine L - Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie -
Hôpital Villemin - 47 rue de Nabécor - Nancy
- Maternité Régionale
Rue du Dr Heydenreich - Nancy
- Centre Alexis Vautrin
Avenue de Bourgogne - Vandoeuvre
- Le Comité départemental de Meurthe et Moselle de la Ligue contre le Cancer, 33 rue Notre
Dame de Lourdes - Nancy
- Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
11 rue de Venise - Vandoeuvre

REFERENTS DU PROJET :

Madame Marie Hélène DEBAR, Référente Départementale des sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile

Madame le Docteur Claudine GILLET, Praticien hospitalier, Service de médecine L, membre du Groupe Régional de Programmation du Programme Régional de Santé sur la lutte contre la dépendance aux produits

EN COLLABORATION AVEC :

Madame le Docteur Brigitte FONTAINE, Praticien hospitalier, Maternité Régionale

Madame le Docteur Sophie TOUSSAINT, Médecin généraliste au Centre Alexis Vautrin, Intervenant pour le Comité départemental de Meurthe et Moselle de la Ligue contre le Cancer dans des actions de prévention contre le tabagisme

Madame Muriel COMTE, déléguée départementale du Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme

JUSTIFICATION DE L'ACTION :

La Conférence Régionale de Santé en Lorraine a retenu comme objectif prioritaire la lutte contre la dépendance aux produits (alcool, tabac, drogue, médicaments).

Dans le cadre de nos activités, nous sommes amenées à rencontrer des futurs parents et parents présentant une consommation à risque ou une dépendance à l'alcool et au tabac.

Cette action s'inscrit donc dans le Programme Régional qui se structure actuellement sur ce thème et nécessitera l'extension du réseau initial.

Des actions similaires se mettent en place dans d'autres régions en particulier la région Nord Pas de Calais.

CONSTATS :

Si depuis de nombreuses années des progrès importants ont été faits dans le domaine de la périnatalité afin de préserver les potentialités de l'enfant à venir, le personnel médical et paramédical reste souvent très démuné face au problème du tabagisme surtout en terme d'accompagnement et d'aide au sevrage et plus encore face à l'alcoolisation pour laquelle l'abord et le repérage sont peu souvent pris en compte sauf au stade d'alcoolisme avéré.

TABAC :

La consommation tabagique a été ces dernières années en forte augmentation en particulier chez les femmes.

Plus d'un tiers de la totalité des femmes enceintes fument en début de grossesse (39,1% dans l'enquête nationale périnatale de l'INSERM de 1995) et 50,2 % avant la grossesse (Enquête menée à Nancy à l'initiative de Bien Naître en Lorraine et Nancy Ville Santé en 1992). Si certaines s'arrêtent

spontanément, un certain nombre d'entre elles (respectivement 25,1% et 53.5 %) n'y arrive pas malgré un désir exprimé et une culpabilité souvent présente.

En cours de grossesse, 30,5 % des futures mamans qui consultent à la Maternité Régionale fument (chiffres obtenus à partir du dossier obstétrical de la Maternité Régionale de Nancy entre 1995 et 1997) De même parmi les futures mamans suivies par les sages-femmes de PMI, 24,5% fument plus de 10 cigarettes par jour (statistiques faites entre 1993 et 1995 en Meurthe et Moselle).

Il est à noter également que nombreuses sont celles qui, après avoir arrêté pendant la grossesse, rechutent dans les semaines qui suivent l'accouchement

Certains effets du tabac sont maintenant bien connus. Durant la grossesse, on note une augmentation du nombre d'avortements spontanés, de grossesses extra utérines, d'hématomes rétro-placentaires, de ruptures prématurées des membranes, de placenta praevia.

Les conséquences pour le fœtus et l'enfant en découlent, à savoir des risques plus importants de retard de croissance intra-utérin, d'hypoxie, d'effets sur le système nerveux central, de naissances prématurées, de problèmes respiratoires et de morts subites ...

Il ne faut pas non plus sous évaluer l'impact du tabagisme de l'environnement de la future maman sur le fœtus. En effet, si on additionne le tabagisme maternel actif et passif pendant la grossesse à celui des deux parents après la naissance, on remarque que 40 à 50% des nouveaux-nés sont exposés aux effets du tabac (Action de formation Grossesse et Tabac, mars 1998, Lomme-Pas de Calais).

ALCOOL :

La consommation d'alcool pendant la grossesse est susceptible d'engendrer des dommages chez l'enfant qui vont dépendre de la quantité ingérée mais également du stade de développement fœtal et vraisemblablement de facteurs environnementaux et génétiques. La prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal est difficile à estimer car le diagnostic n'est pas toujours évoqué et ceci d'autant plus que la forme est incomplète. Néanmoins ce syndrome est la première cause de malformations évitables chez l'enfant (cardiovasculaires, cérébrales, rénales...) et notamment la première cause de retard intellectuel.

Ces effets, particulièrement sévères, s'observent vraisemblablement chez un nombre limité d'enfants et pour des alcoolisations maternelles élevées. Cependant la consommation d'alcool modérée ou à risque (2 ou 3 verres de boissons alcoolisées quotidiennes) est plus fréquente et accroît les risques d'avortements spontanés, de morts fœtales, d'accouchements prématurés, de retards de croissance intra utérins, d'hématomes rétro-placentaires, de mortalités périnatales...

Enfin, l'alcool passe dans le lait maternel et sa concentration est proche de la concentration sanguine maternelle.

L'alcool est donc potentiellement dangereux pour l'enfant et la sécurité au cours de la grossesse consiste à ne pas en consommer (aucun seuil de risque n'est défini).

En France, on estime que 20% des femmes entre 24 et 35 ans consomment au moins un verre de boissons alcoolisées par jour et 4 % au moins 3 verres.

En PMI, 1,2% des futures mamans suivies présentent un problème d'alcoolisme patent (statistiques faites entre 1993 et 1995 en Meurthe et Moselle)

TABAC ET ALCOOL :

De nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre consommation d'alcool et de tabac : le pourcentage de buveurs est plus élevé chez les fumeurs, la quantité d'alcool ingérée augmente avec le

nombre de cigarettes fumées, et réciproquement. Ceci s'observe, que la personne se trouve, ou non, dans une situation de dépendance.

En ce qui concerne les effets toxiques de l'alcool, on peut penser que cette toxicité vient se cumuler à celle du tabac. Il est fort probable que pour la majorité de ses conséquences pathologiques, la résultante de l'alcoolisation et du tabagisme n'est pas une addition mais une potentialisation de celles-ci. L'association éventuelle de deux dépendances fait poser la question non plus en terme de dépendance à un produit mais en terme de personnalité dépendante.

OBJECTIFS :

DIMINUER LA PREVALENCE DES FUTURS PARENTS ET PARENTS CONSOMMATEURS DE TABAC ET D'ALCOOL AVEC :

Dans une première phase :

Action de formation

Sensibilisation, formation et implication du personnel médical, paramédical et personnel de service.

Création d'une "pédagothèque"

Celle-ci pourrait éventuellement se situer au Service Départemental de PMI concerné par l'ensemble de la population du département.

Dans une deuxième phase :

Action de prévention en direction des futurs parents et parents

Réalisable après la formation des personnels et avec les supports de la pédagothèque

Evaluation de l'action

Dans une troisième phase :

Extension du réseau à d'autres partenaires

Développement de cette action dans tout le département avec recherche de personnes relais et de sites pilotes

Mise en place de consultations d'aide au sevrage

Elargissement de la prévention en direction des jeunes afin de les responsabiliser en tant que futurs parents.

PUBLIC CONCERNE :

Action de formation : personnel médical, paramédical et personnel de service

Pour la PMI : médecins, sages-femmes et puéricultrices

Pour la Maternité Régionale: médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, personnel de service...

Action de prévention : parents, futurs parents et jeunes.

MOYENS :

Mise en place d'une formation spécifique des différents personnels de PMI de Meurthe et Moselle et de la Maternité Régionale de Nancy

L'intérêt de la participation des personnels de ces deux institutions est bien de créer un réseau d'aide tant dans le cadre hospitalier qu'à domicile et de réaliser une cohérence et une continuité dans l'action.

Cette formation doit permettre :

- de réfléchir sur les représentations de chacun par rapport au tabac et à l'alcool.
 - d'aborder et d'évaluer non seulement le tabagisme mais également la consommation d'alcool avec les futurs parents et parents.
- En effet, si l'abord du tabagisme est aisé, celui de la consommation d'alcool est beaucoup plus difficile pour de nombreux professionnels de santé. Connaître le statut de toute femme enceinte vis-à-vis de l'alcool et non uniquement pour celles présentant des stigmates d'une consommation dangereuse est indispensable.
- d'apprendre à communiquer sans culpabiliser
 - d'informer, d'accompagner les futurs parents et parents, en positivant leurs efforts, en prenant le temps de les écouter
 - de connaître les structures d'aide existantes.
 - d'impliquer les futurs parents et parents accompagnés afin qu'ils soient partenaires à part entière

Un cahier des charges précis sera réalisé.

Création d'une pédagogie avec :

- Recensement et utilisation de l'existant (documentation, livres, brochures, affiches, supports audiovisuels, matériels interactifs, exposition,...)
- Création d'une brochure et d'affiches sur le thème des dépendances

Action de prévention :

Mise en application des acquis de la formation au cours des consultations gynécologiques et obstétricales et lors de tout autre moment privilégié : hospitalisations, visites à domicile...

EVALUATION DE L'ACTION :

Formation :

- Nombre de participants à la formation et appréciation à court et long terme (fiche d'évaluation...)
- Impact de la formation
 - Recueil de données au niveau des femmes suivies et accompagnées par les sages femmes de PMI
 - Cotation des items "tabac et alcool" dans le dossier obstétrical rempli à la Maternité Régionale de Nancy.

La formation devrait permettre que ces items, surtout celui concernant l'alcool, soient plus fréquemment codés.

Utilisation de la pédagogie, des supports préexistants et créés.

ELARGISSEMENT DU PARTENARIAT :

Etablissements d'Accouchements du Département, Médecins Libéraux, Pharmaciens, Ecoles de Sages-femmes, d'Infirmières, de Puéricultrices, Conseil de l'Ordre des Médecins, des Sages – femmes, Education Nationale...

Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse d'Allocations Familiales, Comité Départemental d'Education pour la Santé, Mutuelles

BUDGET PREVISIONNEL :

<i>Formation (pour environ 300 personnes)</i>	
Indemnisation des formateurs, supports pédagogiques...	50 000 F
<i>Plaquette (Réalisation, impression, édition et diffusion)</i>	30 000 F
<i>Affiches, autocollants (Réalisation et diffusion)</i>	20 000 F
<i>Supports audiovisuels (Location de matériels de projection, de bornes interactives, achats de cassettes vidéo...)</i>	7 000 F
<i>Frais de déplacements : CONTACTS PREALABLES A LA MISE EN PLACE DE L'ACTION</i>	
- Avec les référents du Programme GEST'N	7 000 F
Grossesse Enfance Sans Tabac en Région Nord-Pas de Calais à Lomme (59) - Action globale de Santé Publique destinée à combattre l'alcoolisme et le tabagisme	
- Avec les référents de l'ANSFIP	3 000 F
Association Nationale des Sages-Femmes pour l'Information et la Prévention - Action d'Aide à la Désaccoutumance Tabagique Materno-Fœtale à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.	
- Avec des partenaires du département	2 000 F

Total **119 000 F**

CONCLUSION :

Cette action a pour objectif d'aider les futurs parents et parents à arrêter ou tout au moins diminuer leur consommation d'alcool et de tabac. Elle vise à améliorer les conditions de vie du fœtus in utero et de l'enfant.

Il s'agit d'un véritable problème de santé publique auquel il nous faut faire face quotidiennement. L'action en réseau permet une réflexion approfondie et une meilleure coordination.

Les comportements et la dépendance s'inscrivent dans une histoire personnelle. Changer exige une implication tant de la part des accompagnants que des personnes concernées. Pour obtenir une modification réelle de cette problématique de société, un investissement à long terme est bien sûr indispensable.

Ce projet s'inscrit tout à fait d'une part, dans l'**objectif défini par le Programme Régional de Santé** et d'autre part, dans la proposition de **financement émanant du ministère** à la disposition de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales pour des actions visant à améliorer les indicateurs de périnatalité.

**LES PROBLEMATIQUES LIEES AU TABAC :
UNE REFLEXION DE LONGUE DATE
AU CONSEIL GENERAL DE MEURTHER ET MOSELLE**

I / HISTORIQUE

- 1989 : premier questionnaire diffusé à l'ensemble des personnels du CG et création d'un logo signalétique pour rappeler la notion de respect des non-fumeurs
- Depuis 1990 la PMI s'intéresse à la mise en place d'actions autour des futures mères ; une action d'accompagnement des futures mamans avait été mise en place par une sage-femme de PMI ; difficulté à l'époque car peu de mobilisation des acteurs de santé autour de ce thème
- 1992 : la loi Evin
- 1995 : le déménagement sur le site de Blandan et prise en compte dans la répartition des bureaux des fumeurs et non-fumeurs
- 1998 : beaucoup de mouvement dans la répartition des bureaux avec la mise en place de la territorialisation
- 1998 : Demande de financement à la DRASS dans le cadre d'un projet de prévention autour de la périnatalité, projet porté avec d'autres partenaires ; pas de financement obtenu
- Mars 1999 : journée d'information de personnels de PMI ouverte aux autres personnels de la DISAS et aux partenaires extérieurs sur alcool et tabac
Participation de 250 personnes environ et motivation des personnels de la DISAS pour travailler sur le thème des dépendances (30 personnes)
- 1999 : soutien de l'assemblée départementale pour nos projets autour de l'aide et l'accompagnement des futurs parents et parents en situation de dépendances
- 1999 : Formation de deux sages-femmes de PMI sur l'animation de groupes de femmes enceintes dans une démarche de sevrage tabagique
- 1999 : travail autour des dépendances pris en compte par le groupe départemental santé publique du Conseil général de Meurthe et Moselle
- 1999 : mise en place de la formation CNFPT Lorraine : « être acteur de prévention pour les personnes en situation de dépendances »
- 2000 : intervention de Mme le Dr Dequidt, médecin départemental, dans différents congrès sur le thème femme et tabac (Lille, Mulhouse, Colmar) .../...

- 2000 : réflexion sur ce thème dans le cadre du réseau de prévention périnatal avec la participation des PMI de la région et de différents partenaires
- 2000 : intervention de la PMI dans le cadre du diplôme inter-universitaire de tabacologie mis en place par la faculté de médecine
- 2000 : demande de la PMI de financement de formation multi-partenariale dans le cadre des contrats plan état-région ; pas de financement obtenu
- 2000 : achat d'analyseur de monoxyde de carbone sur le financement accordé par l'assemblée départementale en 2000 pour les projets PMI
Certaines sages-femmes les utilisent lors de leur accompagnement à domicile de futures mères
- 2000 : mise en place d'une réflexion conjointe PMI-médecine du travail sur la question du tabac dans l'institution.
Diffusion d'un questionnaire en décembre 2000 (résultats ci-joints), préparation d'une action au long cours avec les membres du groupe départemental santé publique.
- Février 2001 : organisation par le groupe départemental santé publique d'une demi-journée sur le thème des dépendances.
- 2000-2001 : préparation et mise en œuvre d'une intervention animation autour des problématiques liées au tabac; 3 jours en mai 2001 et 2 jours en juin 2001 pour les personnels de la DISAS avec la participation du Comité départemental d'éducation à la santé (CODES)
L'objectif est de donner les moyens, aux personnels de PMI en particulier, d'accompagner les futurs parents et parents qui souhaitent faire une démarche de sevrage tabagique.
- Mars 2001 : de nouveau, demande de financement à la DDASS et la CPAM pour une action de formation multi-partenariale autour du tabac à monter avec le CODES 54.

II / ACTIONS A METTRE EN PLACE

Objectif général :

- Engager la réflexion avec l'ensemble des personnels autour de la notion de respect
- Leur donner les moyens d'aider et d'accompagner le public rencontré
- ***Création d'une campagne d'affichage*** (10-12 affiches) par le service informatique (Mme Festor-Subtil et Mr Klein) qui débiterait 1 semaine avant la journée sans tabac du 31 mai 2001 et diffusée de façon large dans l'ensemble des lieux de l'institution
- ***Journée mondiale organisée par l'OMS du 31 mai 2001 : journée sans tabac, thème de l'année 2001 : le tabagisme passif***

.../...

- Sur intranet :
 - modification de la bande annonce pour sensibiliser à la journée du 31 mai 2001 (compte à rebours)
 - diffusion des résultats du questionnaire 2000 sur les lieux du travail

- Dans le hall du Conseil général
 - Rétrospective de campagnes d'affichage
 - Résultats du questionnaire de 2000
 - Utilisation d'analyseurs de monoxyde de carbone
 - Plaquettes d'information sur le tabac
 - Plaquettes d'information sur les lieux de consultations d'aide au sevrage
 - Livre d'or d'expression
 - Tableau d'expression graphique
 - Questionnaire du CODES sur la notion de respect
 - Création : visualisation des cigarettes consommées sur un an pour un fumeur de 10cgs/ jour dans un contenant transparent

- Actions au niveau des TAMS : avec l'aide des personnes relais de l'intervention-
animation
 - Diffusion de la première affiche et de documents d'information
 - Utilisation d'analyseur de monoxyde de carbone
 - Livre d'or d'expression
 - Tableau d'expression graphique

- Pour tous les personnels
 - Courrier émanant de la direction générale avec la fiche de paie du mois de mai évoquant toutes les actions

Divers

- Récupération des mégots de cigarettes de la cafétéria sur un mois dans une poubelle spécifique
- Réflexion autour de la mise en place de règles propres à l'institution:
Exemple : bureaux communs, cafétérias, salle de réunions...
- Création d'une signalisation rappelant l'interdiction de fumer dans un certain nombre de lieux : à définir avec le CHSCT.
- Distribution d'un objet que les personnels pourraient mettre sur le bureau pour évoquer leur statut de non-fumeur
- Mise en place d'une consultation d'aide au sevrage tabagique sur les lieux de travail pour l'année 2001



6/2/02
MHD-SV

Protocole d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac Désaccoutumance et/ou sevrage

Conseil Général de Meurthe et Moselle
Février 2002

Préambule :

L'objectif avec le fumeur doit être l'arrêt complet (ou accompagner la diminution si l'arrêt n'est pas réalisable). Le sevrage est une période difficile.

Public concerné plus particulièrement :

Les femmes enceintes, les futurs parents et parents

2 types d'interventions sont à envisager :

- L'aide à la motivation
- Le suivi et l'accompagnement

ATTENTION :

En cas de repérage d'une fragilité psychologique ou d'un état dépressif, suggérer la rencontre avec le médecin traitant, prendre contact avec celui-ci si la personne est d'accord ou réorienter vers une autre consultation spécialisée.

I ERE ETAPE : AIDE A LA MOTIVATION

*Aider mais ne pas culpabiliser.
Ne pas banaliser.
Avoir le souci de la santé de l'autre.
Valoriser les efforts.
Informer.*

Tout ce qui est évoqué ci-dessous peut être utilisé sans chronologie particulière.

- **Evoquer systématiquement** le tabac et les autres addictions.
- **Donner le conseil minimal :**
C'est une petite phrase simple qui rappelle le fait que la ou les personnes fument, que l'arrêt du tabac est envisageable et conseillé.
Ex : "Vous fumez ? Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ?"
Ceci permet 2 à 6 ou 8% d'arrêt du tabac dans l'année.
- **Valoriser les bénéfices à l'arrêt immédiat**
- **Affirmer les effets nocifs du tabac** (manque d'information évidente du public) **en ne perdant pas de vue que la connaissance d'un risque ne suffit pas toujours à modifier un comportement**

Citer trois principaux agents nocifs parmi les 4000 substances toxiques :

- Goudrons (action sur les voies respiratoires)
- La nicotine (responsable de la dépendance)
- Le monoxyde de carbone (action sur l'oxygénation)

Les risques pour le fœtus :

- Augmentation du risque d'avortement spontané
- Augmentation du risque d'accouchement prématuré, de rupture prématurée des membranes
- Augmentation du risque de décollement placentaire
- Augmentation du risque de bébé de petit poids (perte générale de matière)

Ex : Que dirait-on d'un adulte qui perdrait 10 à 20% de son poids en quelques mois sans régime ?

Après une cigarette, il y a une baisse des mouvements actifs du fœtus pendant 60 à 90 minutes ainsi qu'une augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire pendant 25 minutes environ. Ce sont les conséquences directes des effets de la nicotine et du monoxyde de carbone sur le fœtus.

Les risques pour la femme enceinte

- Augmentation des risques infectieux
- Diminution des défenses immunitaires
- Augmentation des risques vasculaires et biologiques
- Augmentation des problèmes bucco-dentaires

Les effets du tabagisme passif

Les risques pour la femme enceinte et son foetus, sont les mêmes pour la non fumeuse entourée de fumeurs que pour celle qui fume.

La concentration en nicotine, goudrons, et monoxyde de carbone est plus élevée dans le courant de fumée dégagée par la combustion de la cigarette que dans le courant inhalé par le fumeur lui-même.

Ex : L'enfant fume une cigarette quand ses parents en fument trois.

Les risques chez le nouveau-né et le jeune enfant

- Augmentation des infections respiratoires de la sphère ORL
 - Facteur aggravant chez les enfants prédisposés à l'asthme
 - Diminution du développement du poumon
 - Augmentation du risque de mort subite du nourrisson (par augmentation de la fréquence des apnées du sommeil)
- **Chasser les idées fausses**
 - « Je n'ai pas assez de volonté »...cf divers documents pour les réponses
 - **Affirmer que l'arrêt est possible et/ou dédramatiser la rechute**
 - **Evoquer la prise de poids et les conseils diététiques**
 - **Donner des informations sur les possibilités d'aide au sevrage tabagique**
Les traitements qui agissent sur la dépendance à la nicotine :
 - Les substituts nicotiques : patches, gommes, comprimés (s'adressent aussi aux femmes enceintes).
Dans tous les cas, il est recommandé d'avoir une consultation et un suivi avec un professionnel de santé (médecin généraliste, tabacologue)
 - Les autres traitements : ce sont des traitements médicamenteux adaptés à la situation individuelle

Les traitements qui agissent sur le comportement :

- Toutes les méthodes de relaxation : les changements d'hygiène de vie (marche, natation...) pendant la grossesse ou après la naissance, dans la vie au quotidien
- L'acupuncture,...

Donner la liste des lieux de consultation d'aide au sevrage tabagique (si nécessité d'une aide spécifique.)

- **Les supports - les outils à notre disposition**

Remettre les documents en proposant de revoir la ou les personnes :

- "La vie sans tabac, vous commencez quand ? (CFES)
- "Demain bébé" (MNH)
- "Bébé à venir, tabac souvenir" (NICOTINELL)

Utiliser l'analyseur de monoxyde de carbone

Test de Fagerström (en fonction de la situation ou autre test)

Remarque : l'aide à la motivation peut nécessiter plusieurs entretiens.

A partir de là et en fonction de chaque situation, soit vous réorientez la personne soit vous décidez de mettre en place vous même l'accompagnement et le suivi.

2 EME ETAPE : L'ACCOMPAGNEMENT - SUIVI (lorsque la personne envisage l'arrêt)

- **Anticiper l'arrêt**

Méthode :

- travailler sur les freins et les motivations à l'arrêt
- les circonstances du tabagisme (lieu, heure...)

Moyens à disposition :

- Livret de consultation de tabacologie du CFES
- Colonnes de BECK
- Analyseur de monoxyde de carbone
- Médecin traitant ou consultation spécialisée

- **L'arrêt**

- La personne choisit son jour d'arrêt
- Des conseils à apporter :
 - Suppression de « la panoplie du fumeur »
 - Prévenir les amis, l'entourage
 - Diététique
 - Traitement substitutif

Remarques:

- Faire le point à chaque rencontre sur le tabagisme et encourager les efforts
- Apporter des conseils diététiques si nécessaire
- Utiliser l'analyseur de monoxyde de carbone

- **Le maintien**

- Evaluer la gestion des envies de fumer, les situations à risque rencontrées
- Rechercher des solutions avec la personne

votre grossesse votre santé

Suivi régulier de la grossesse

①

consultation
échographie
examens de laboratoire
préparation à la naissance



Prévention

②

toxoplasmose
listériose
rubéole
CMV



③

Soin de vos
dents



④

Alimentation



Allaitement

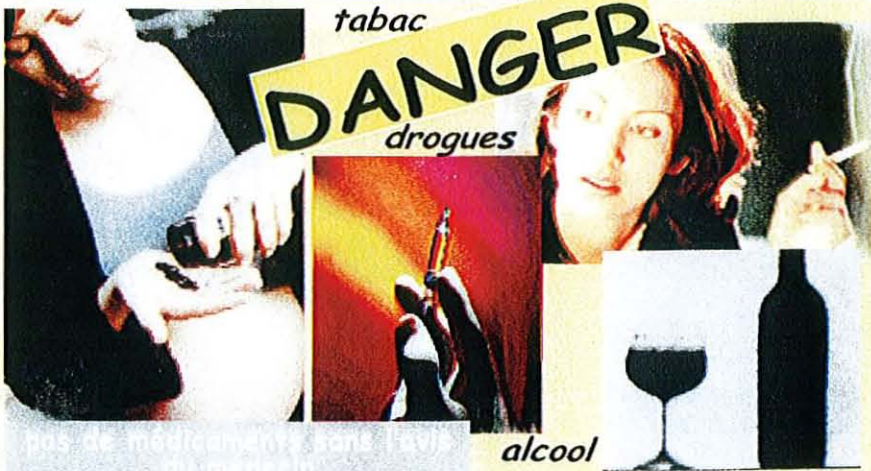
⑤



A modérer

thé
café

⑥



tabac

DANGER

drogues

alcool

pas de médicaments sans l'avis
du médecin

Bien-être

7

Sommeil



8

Exercices physiques



muscle, relaxation, décontraction
éviter les morts violentes

9

Soins
du
corps



Le couple

10

Environnement

11

Logement



12

Travail



Prestations :

Assurance maladie,
prestations familiales



13

état-civil

Moyens de transport



14

Modes de garde



15

Retour à la maison

16





Accompagnement et aide à l'arrêt du tabac

Conseil Général de Meurthe et Moselle

Fiche individuelle de suivi

(octobre 01 à mars 02 – A renvoyer au secrétariat PMI-CAD)

Remplie par

- médecin
 sage-femme
 puéricultrice
 infirmière
 assistante sociale

Lieu de travail : TAMS n°
Autres :

Type de public rencontré :

- Homme
 Femme

Période périnatale
 pendant la grossesse
 après la naissance

- Jeune < 18 ans
 Collègue
 Autres :

Date de la première rencontre :

Nombre total des rencontres :

Suite de suivi commencé par un autre professionnel
 (Conseil Général ou autre)

Les points abordés :

- Conseil minimal
 Un arrêt possible et bénéfiques à l'arrêt
 Apport d'information sur les méfaits du tabac
 Apport d'information sur les aides possibles
 Des réponses à des affirmations ou idées fausses
 Réflexion sur l'environnement de vie (loi, respect entre fumeurs et non-fumeurs)
 Aide à la motivation
 encouragements
 réflexion sur motivations et les freins à l'arrêt
 réflexion sur circonstances du tabagisme
 Déramatisation de la rechute
 Conseils diététiques
 Dépendances associées (alcool, drogues illicites, médicaments)
 Autres, lesquels

Orientation vers d'autres professionnels :

- Médecin généraliste
 Pharmacien
 Médecin spécialiste -tabacologue
 Autres :

Principales préoccupations des publics rencontrés :

.....

Globalement sur l'accompagnement :

Les freins	Les facilités

Supports utilisés :

- Brochures (guide d'aide à l'arrêt, alimentation, méfaits du tabac...)
 Grilles de questionnement et d'évaluation (Fagerström, balance décisionnelle, colonnes de Beck...)
 Testeur de monoxyde de carbone
 Liste des consultations d'aide à l'arrêt du tabac
 Affiches
 Autres, lesquels

Des besoins que vous avez ressentis :

.....

Au terme du suivi :

- Tentative d'arrêt : OUI NON Ne sait pas
 Maintien de l'arrêt : OUI NON Ne sait pas

PROGRAMME D AIDE
AU SEVRAGE TABAGIQUE
AUPRES DES FEMMES ENCEINTES

LA SANTE PAR LES BEBES !!

SERVICE DE PMI DE L UNITE DE CREUTZWALD

Centre Médico Social
2 rue du Ml. NEY
☎ 03 87 29 66 55
Fax 03 87 29 66 59

Groupe de Pilotage du projet :
VENDRELY Céline, puéricultrice
HANSER Chantal, puéricultrice
CAYEUX Yamina, sage-femme
BRUNCHER Pascal, médecin

INTRODUCTION

Dés 1970 le directeur de l'OMS concluait son rapport ainsi :

Les maladies liées à l'usage du tabac, constituent dans les pays économiquement avancés des causes si importantes d'incapacité de travail et de décès prématurés que la lutte contre cette habitude pourrait faire beaucoup plus pour améliorer la santé et prolonger la vie que n'importe quel autre programme particulier de médecine préventive.

Pourtant, cette épidémie industrielle, qui est à l'origine d'une catastrophe sanitaire, a été longtemps sous estimée, tant par la société en général que par les professionnels de la santé pour de multiples raisons.

Cette toxicomanie si particulière représente un défi à tout acteur de santé, car si les premières campagnes d'information, et les premières mesures législatives ont permis d'arrêter la progression du tabagisme dans les pays riches, il reste encore beaucoup à faire pour espérer en venir à bout.

Actuellement, les experts recommandent en plus le développement de programmes de prévention secondaire **d'aide au sevrage tabagique, où les femmes enceintes constituent à l'évidence une cible privilégiée et prometteuse.**

En effet, ces 20 dernières années, d'une part, le profil des fumeurs a notablement changé, touchant les adolescents de plus en plus jeunes et surtout les femmes, longtemps épargnées par ce fléau, mais qui maintenant chez les 18-20 ans fument plus que les hommes et d'autre part la maternité constitue un moment idéal pour entreprendre une démarche de sevrage. De plus les études épidémiologiques ont démontré clairement les effets néfastes du tabagisme passif chez le fœtus et l'enfant.

C'est pourquoi, le service de PMI (dont la mission principale est la protection et la promotion de la santé de la mère et du jeune enfant) de l'unité de CREUTZWALD s'est engagé dans la préparation d'un programme d'aide au sevrage tabagique pendant la grossesse et après la naissance.

En effet, par sa place dans le système de santé, son expérience, sa proximité, ses interventions auprès des familles en situation précaire où le tabagisme est très présent, et ses moyens, la PMI pourrait apporter une contribution originale parmi l'ensemble des professionnels engagés dans l'action contre le tabagisme.

Le but de ce document est de présenter de façon très pratique le service de PMI de CREUTZWALD et notre projet d'aide au sevrage tabagique à tous les partenaires potentiels.

MISSIONS ET ORGANISATION DE LA PMI

Les services de PMI ont été créés après la guerre par l'ordonnance du 2 novembre 1945 dans un contexte de mortalité maternelle et infantile très importante et en réponse aux préoccupations à la fois natalistes et hygiénistes du gouvernement.

Depuis, les logiques qui guident l'action de la PMI ont suivi les évolutions de notre société et sont passées progressivement de la protection de la mère et de l'enfant, objet de soin à la promotion de la santé de la femme, de la famille et de l'épanouissement de l'enfant pour devenir un adulte autonome.

Deux autres dates sont importantes à préciser :

- La loi de décentralisation de 1986 qui a transféré les compétences de l'Etat en matière d'action sanitaire et sociale aux Départements
- La loi du 18 décembre 1989 qui précisait l'organisation et les missions des services de PMI.

La mission générale est la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile par des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants (Art. L146, L149 du Code de la Santé Publique.)

Présentation de la structure

Au niveau départemental :

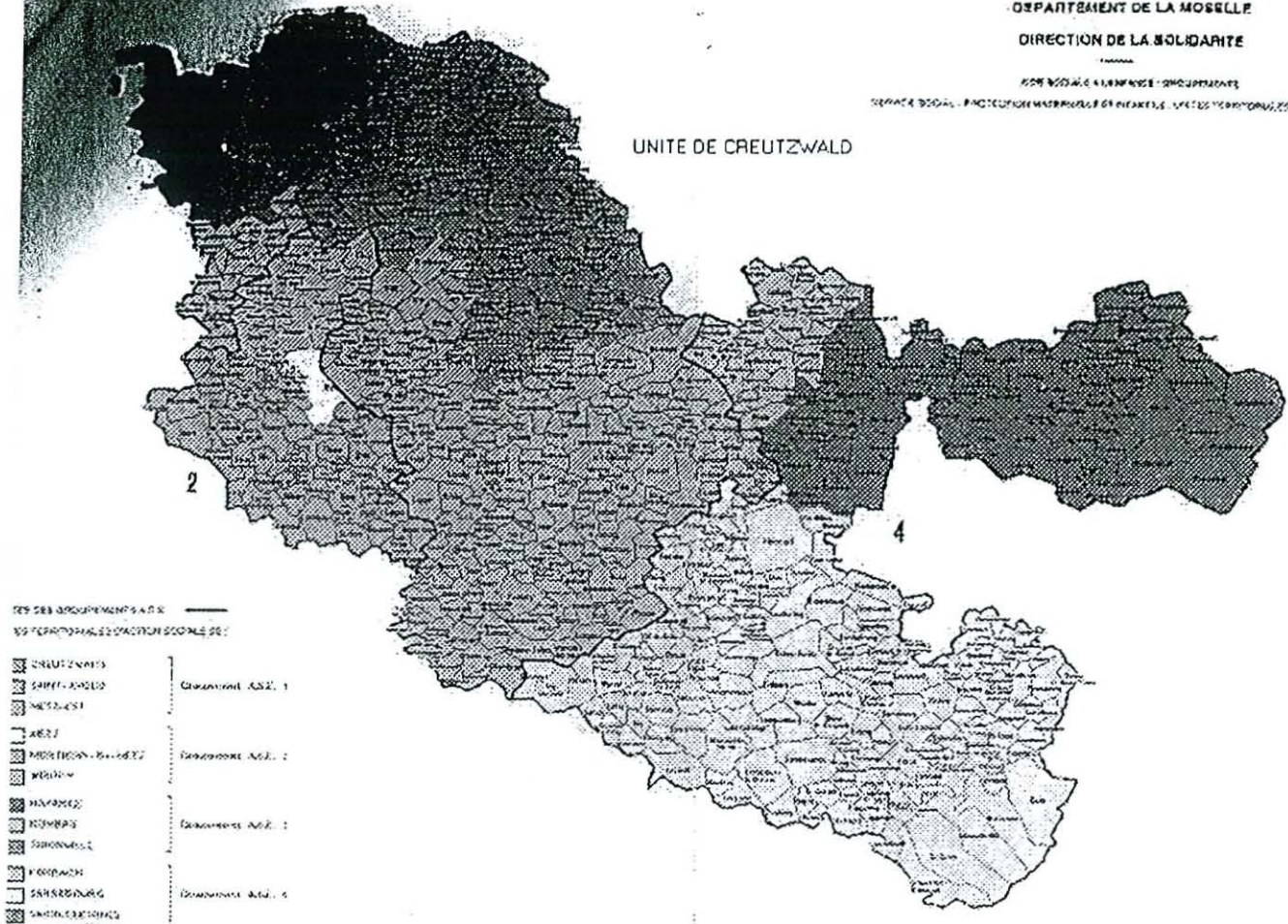
Le service de PMI est une **institution du Conseil général de la Moselle**, elle fait partie de la **Direction de la Solidarité**, Avenue André Malraux à METZ:

Au niveau des Unités :

La Division de la PMI en Moselle comprend un médecin chef de service, Madame le Docteur PERREIN-BALTER et le Département est divisé en **12 Unités** superposées aux Unités Territoriales d'Action Sociale = Assistantes sociales de secteur (Cf. carte)



UNITE DE CREUTZWALD



Chaque Unité comprend :

- un médecin (pédiatre ou généraliste) chef de service
- une sage-femme
- des puéricultrices (8 à 10) et infirmières
- des secrétaires
- des médecins vacataires (assurant la plupart du temps des consultations de nourrissons ou des bilans à l'école maternelle).

Chaque unité est découpée en secteurs géographiques rattachés à un centre médico-social (CMS) où travaillent les puéricultrices (cf. carte de l'unité de CREUTZWALD avec la répartition des puéricultrices et des centres médico sociaux).

Sur l'Unité de Creutzwald, nous comptons

- Environ 1000 naissances par an, soit **250 à 300 femmes enceintes fumeuses**
- 300 femmes vues au moins une fois par la sage femme de PMI
- 654 enfants de moins de un an, vus par les puéricultrices de PMI
- Environ 1400 visites à domicile
- 350 enfants vus au moins une fois en CPP



Découpage des secteurs de l'unité par puer
Répartition des Centres Médico-Sociaux

PERSONNEL DE L UNITE :

CMS de CREUTZWALD, 2 rue du MI Ney Tel 03 87 29 66 55

Secrétaires :	Puéricultrices :
Mme JAGER Brigitte	Mme FREY Gabrielle
Mme TOUSSAINT Karine	Mme WEBER Laurence
	Mme DROBIZEWSKI Liliane

Médecin : Dr BRUNCHER Pascal

CMS de CARLING, 1 rue de la frontière Tel 03 87 93 69 02

Secrétaire: Mme STARK Edwige
Puéricultrice : Mme HANSER Chantal :

CMS de BOULAY, 19 pl Jean XXIII Tel 03 87 57 39 11

Secrétaire: Mme TEUTSCH Françoise
Puéricultrice : Mme MATHIEU Jocelyne :

CMS de BOUZONVILLE, 7 rue Birk Tel 03 87 57 99 16

Secrétaire: Mme HOFF M-Thérèse
Puéricultrice : Mlle VENDRELY Céline
Sage femme : Mme CAYEUX Yamina

CMS de METZERVISSE, 15 rue de la gare

Tel 03 82 56 80 63

Secrétaire: Mme BILLOD MOREL Sylvie
Puéricultrice Mme HAUGARD Rita

CMS de GUENANGE, 11 Bd du pont

Tel 03 82 50 72 52 ✕

Secrétaire: Mme MULLER M-Pierre
Puéricultrice : Mme MONNIER Christina

CMS de SIERCK, 24 rue de l'Europe

Tel 03 82 83 80 90

Secrétaire: Mme WAGNER Simone
Puéricultrice : Mme BRAUN Sylvia :

ACTIONS DE PREVENTION MEDICO-SOCIALES ACTUELLES DE LA PMI AUTOUR DE LA MATERNITE

La Caisse d'Allocations Familiale informe le service de PMI quand elle reçoit une déclaration de grossesse.



Après réception, la secrétaire du Centre Médico-Social envoie à toute femme enceinte **un avis de mise à disposition** avec les coordonnées des différents professionnels, dont la femme peut avoir besoin pendant sa grossesse.



Le suivi par la sage femme de PMI :

- soit transmet ses coordonnées par lettre à la personne avec l'horaire de ses **permanences**
- soit, si **critère de « vulnérabilité »** (Mère isolée ou d'âge inférieur à 18 ans ou jumeaux, etc...) ou **signalement** d'une situation à risque, fait une **visite à domicile** pour suivre la grossesse en lien avec les autres partenaires (services hospitaliers ou sociaux, praticiens libéraux, etc...).



De même après réception de l'avis de naissance,

Le suivi par les puéricultrices de PMI :

- soit transmet ses coordonnées par lettre à la nouvelle maman
- soit, si **critère de « vulnérabilité »** (première naissance, prématurité, naissances multiples, mère isolée, etc..) ou **signalement** d'une situation à risque, fait une **visite à domicile** pour suivre certains enfants

L'enfant peut également être suivi par un médecin de PMI titulaire ou vacataire lors de Consultations de Pédiatrie Préventive dans les CMS

STRUCTURATION DU PROGRAMME D'AIDE AU SEVRAGE CHEZ LES FEMMES AU NIVEAU DE LA PMI .

Motivation et information du public cible

1. Affiche présentant le programme à disposer dans différents lieux de passages des femmes enceintes (en cours de réalisation)
2. Envoi après réception de chaque avis de grossesse d'une lettre jointe à l'avis de mise à disposition (cf. annexes)
3. Remise d'une fiche : « carte de visite » du programme lors des visites à domicile de la sage femme, ou par tout autre intervenant (Assistante sociale, Travailleuse familiale etc.) et tous les partenaires qui le souhaitent (en cours de réalisation)

Prise en charge du sevrage

Première étape : Réunion d'information

Une réunion mensuelle collective sera organisée dans les CMS et animée par un membre de l'équipe de PMI au moyen de panneaux abordant les principaux thèmes liés au tabagisme de la femme enceinte et au sevrage .

- Fumer tue : (ou la nécessité de lutter contre le tabagisme)
- Le tabac : une épidémie industrielle
- Le tabac, la femme, et l'enfant
- La dépendance au tabac
- Les avantages de l'arrêt du tabac
- Les différentes méthodes d'aide
- Comment ne pas rechuter

Nous avons retenu les CMS de :

1. Creutzwald (comprenant les secteurs de Carling et L'hôpital)
2. Boulay – Bouzonville
3. Guénange – Metzervisse
4. Sierck

A l'issue de la réunion sera remis

1. un dépliant « Femme et Tabac » du CFES
2. le guide de sevrage du CFES : «La Vie sans Tabac, vous commencez quand ?», préparant l'étape suivante.

Deuxième étape : la consultation de sevrage tabagique

Une fois par semaine et en fonction de la demande, une consultation de sevrage sera organisée dans les CMS, réalisée par la sage femme ou le médecin de PMI, (ou éventuellement une puéricultrice) diplômés en tabacologie .

Il s'agira d'une consultation de tabacologie individuelle ayant recours à la prise en charge recommandée par la conférence de consensus sur le sevrage tabagique .

Examen clinique, tests de dépendance, mesure du CO

Traitement : Ecoute, soutien psychologique, gestion du stress, conseils hygiéno diététiques, substituts nicotiques

Les consultations de suivi se feront classiquement à J7, J14 et J30

A l'issue de la consultation, une lettre de liaison médicale sera remise à la patiente (cf annexes)

Troisième étape : le suivi à domicile après l'accouchement

Si, comme l'a montré l'enquête Bien Naître en Lorraine, les femmes sont motivées pour arrêter de fumer pendant la grossesse (40% déclarent avoir arrêté spontanément) par contre, presque toutes rechutent après la naissance.

Nous espérons donc que cette visite à domicile par les puéricultrices de remotivation, de conseil, de contrôle des effets secondaires du sevrage à un moment de particulière fragilité permettra d'éviter la plupart du temps une rechute. **Cela pourrait être le point fort du programme .**

L'évaluation du programme

Les objectifs généraux de santé du programme sont :

1. **30 % de sevrage confirmé à 2 ans**
2. **Participation de 50% des femmes Enceintes au Programme (soit environ 100 à 150 par an)**
3. **50 % de sevrage pendant la grossesse des femmes ayant participé au programme**

Le service de PMI gérant les données épidémiologiques issues des certificats de santé (CS) et le carnet de santé de l'enfant, nous proposons d'évaluer la réussite du sevrage au moment clef des examens de santé de l'enfant en insérant un questionnaire simple à remplir qui sera joint au CS et remis à la future mère lors des consultations.

1. CS du 8ème jour : Evalue l'arrêt pendant la grossesse Arrêt récent
2. CS du 9ème mois : Arrêt prolongé
3. CS du 24ème mois : Arrêt confirmé

Nous y voyons 2 avantages :

1. permettre une **évaluation à long terme** (ce qui est souvent très difficile et rarement fait) et suivre ainsi toute une cohorte
2. **Associer de facto, le médecin à la prise en charge du sevrage** et donc augmenter les chances de réussite en confortant un sevrage réussi, ou provoquer à ces étapes clés « **un conseil minimal** » qui, d'après les études permet à lui seul 3 à 4 % d'arrêt.(Cette mesure ne coûtant pratiquement rien pourrait peut-être rapporter beaucoup si elle était directement inscrite dans les CS : Actuellement, cela semble une donnée de santé publique pertinente à suivre et ayant une application pratique immédiate !

LIENS AVEC LES PARTENAIRES :

Le partenariat pourrait se faire à différents niveaux :

Présentation du programme par la PMI aux différents partenaires (Services hospitaliers, Maternités, Pédiatrie, Praticiens libéraux etc....)

Information du public :

Affichage dans les salles d'attente
Remise de la « carte de visite »

Motivation des femmes ou futurs parents fumeurs pour assister à la réunion d'information et une consultation spécialisée

Prise en charge conjointe de la patiente grâce au carnet de maternité et au compte rendu de consultation : Intérêt + + dans la prévention des complications du sevrage

Prise de poids

Stress aigu

Syndrome anxio dépressif

Liaison rapide et directe entre la maternité et la puéricultrice de secteur pour permettre une visite de suivi précoce pour les femmes concernées par le programme.

...L'idéal serait à terme la mise en place d'un réseau « Maternité sans tabac »





Si vous êtes fumeur, cette information vous concerne

Madame, Monsieur ,

En ouvrant votre paquet de cigarettes, vous avez lu un jour ou l'autre "Femmes enceintes : le tabac nuit à la santé de votre enfant" et peut-être vous êtes vous dit : « **J'arrêterai à ce moment là** » : vous avez raison, c'est une occasion rêvée que vous offre votre bébé pour vous libérer définitivement du tabagisme et augmenter considérablement vos chances de vivre votre grossesse en pleine santé, et d'avoir un bébé en pleine forme.

Les futures mamans sont souvent très motivées pour arrêter de fumer (environ 40 % arrêtent seules pendant la grossesse)...Malheureusement, la plupart reprennent après la naissance. Pour les autres, arrêter de fumer semble souvent irréalisable, pourtant cela peut être beaucoup plus aisé que vous ne l'imaginez(surtout si le futur papa arrête aussi !)

Car contrairement à une idée reçue, s'arrêter de fumer n'est pas qu'une affaire de volonté, mais nécessite un apprentissage et parfois un traitement.

Près de chez vous et gratuitement, le service de Protection Maternelle et Infantile , puéricultrices, sages-femmes, médecins, professionnels de la prévention et diplômés en tabacologie vous propose un programme complet d'aide à l'arrêt du tabac :

- Des **réunions d'informations** en groupe pour se soutenir, s'encourager, connaître les vrais avantages mais aussi les inconvénients de l'arrêt du tabac et savoir y faire face, les raisons de la dépendance, les méthodes qui marchent... Pour un choix mûr, réfléchi, et durable
- Des **consultations médicales individuelles** pour un traitement personnalisé et adapté,
- Des **visites de suivi** pour une prise en charge des effets négatifs de l'arrêt du tabac.

Nous pouvons vous aider efficacement à profiter de ce moment de joie, pour retrouver le bien-être d'une vie sans tabac.
pour plus de renseignements ou pour prendre rendez-vous appelez aujourd'hui le :

Docteur Pascal BRUNCHER,
Médecin de PMI

VU

NANCY, le 20 avril 2002
Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 25 avril 2002
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 29 avril 2002

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

RESUME DE LA THESE

Alors que le tabagisme féminin ne cesse d'augmenter, l'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse est une question d'actualité : face à la menace que l'intoxication tabagique fait peser sur elle et sur l'enfant à venir, la femme enceinte se retrouve encore trop souvent seule, avec son problème de dépendance, et parfois une angoisse et une culpabilité lourdes à porter et ceci d'autant plus qu'elle est face à un entourage absent, ignorant ou moralisateur. Ce travail veut être une aide dans ce domaine pour ces femmes, leur proches et les professionnels – du monde de la santé ou non – qui les accompagnent pendant et juste après la grossesse. Après un rappel de la toxicité materno-fœtale du tabac et des actions des pouvoirs publics français concernant ce problème, il expose une revue des publications récentes sur le sujet. Enfin il propose un état des lieux des actions concrètes actuellement en place pour aider ces femmes enceintes de manière spécifique, en Lorraine, en France et dans d'autres pays.

TITRE EN ANGLAIS

Helping pregnant women to stop smoking : a regional and national review of management units.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

MOTS CLEFS :

Femme enceinte – Grossesse – Post-partum – Sevrage tabagique –
Tabac – Tabagisme – Maternité – Protection Maternelle et Infantile.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex