



RESEAU HÔPITAL SANS TABAC

REFERENTIEL POUR DEVENIR UNE MATERNITE SANS TABAC

RESEAU HOPITAL SANS TABAC
102, RUE DIDOT - 75014 PARIS
TEL 01 40 44 50 26 - FAX 01 40 44 50 46
www.hopitalsanstabac.org - Email : rhst@hopitalsanstabac.org

Pr. Michel Delcroix Responsable Maternité Sans Tabac
mhdelcroix@wanadoo.fr

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	3
INTRODUCTION	4
MISSIONS ET OBJECTIFS	6
1) Missions	6
2) Objectifs ou stratégie opérationnelle « Maternité sans tabac ».....	6
3) Périmètre d'intervention de la stratégie « Maternité sans tabac ».....	7
4) Fondements et principes « Maternité sans tabac ».....	7
MÉTHODE D'ÉLABORATION ET CARACTERISTIQUES DU RÉFÉRENTIEL	8
I - Méthode d'élaboration et caractéristiques	9
II - Les indicateurs	10
III -Mode d'utilisation des référentiels	14
• Référentiel I qualité des soins et prévention du risque tabac en maternité.....	15
• Référentiel II la femme enceinte et la prise en charge du tabagisme.....	16
• Référentiel III gestion des compétences humaines	17
• Référentiel IV gestion du système de communication	18
• Référentiel V gestion de la logistique.....	19
IV -Evaluation de la démarche « maternité sans tabac »	20
V - Echelle d'appréciation de l'atteinte des référentiels	20
REMERCIEMENTS	20
CHARTRE MATERNITE SANS TABAC	3^{ème} couv.

RÉFÉRENTIEL « MATERNITÉ SANS TABAC »¹

AVANT-PROPOS²

La prévention en périnatalité relève d'acteurs qui ne coordonnent pas suffisamment leurs actions : Etat, collectivités locales, caisses d'assurances maladie. De plus toute politique en faveur de la périnatalité suppose une action sur la structure de l'offre de soins.

Le plan périnatalité 2005-2007, comme celui de 1995-2000, n'envisage pas le traitement de ces questions qu'à travers la refonte et la relance du carnet de santé de maternité. Pourtant concernant l'alcool, une nouvelle étude de l'INSERM (2001) a renforcé les diagnostics antérieurs en la matière : une consommation régulière d'alcool pendant la grossesse, même modérée, ou exceptionnelle mais forte peut avoir des effets destructeurs sur le cerveau du fœtus, entraînant des retards mentaux, une hausse de la mortalité, des malformations, des troubles de la vision et des retards de croissance.

Concernant le tabac, une conférence de consensus « grossesse et tabac » a été organisée par l'ANAES les 7 et 8 octobre 2004 à Lille, dans le cadre de la mise en œuvre du plan cancer. Cette conférence a permis de souligner l'importance croissante du sujet. En effet, au cours des trente dernières années, le pourcentage de femmes qui fument a triplé, même si sa décroissance est désormais engagée. Aujourd'hui, environ 36% des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et 20 à 28 %, selon les sources, pendant la grossesse. Cette situation est d'autant plus alarmante que les femmes enceintes consommant du tabac fument plus de 10 cigarettes par jour dans 60% des cas. La conférence de consensus a souligné les conséquences de cette évolution : forte augmentation des risques de fausse couche précoce, de grossesse extra-utérine, de prématurité et de grande prématurité, de retard pondéral à la naissance, de morts fœtales pendant le 3^{ème} trimestre, voire de morts subites du nourrisson après la naissance.

Bien qu'elles aient été disponibles un mois avant la présentation du plan 2005-2007, les conclusions de cette conférence de consensus n'y figurent pas. Même si des mesures ont été prises à travers d'autres plans de santé publiques, les dommages causés par l'alcool et le tabac ont ainsi été par deux fois exclus des derniers plans périnatalité.

Le référentiel Maternité Sans Tabac répond à la recommandation de la Cour des Comptes de renforcer la prévention en matière de lutte contre la consommation de tabac et d'alcool en permettant de mettre en œuvre efficacement les recommandations ANAES de la conférence de consensus et d'évaluer l'impact de celle-ci.

Pr. Michel Delcroix

¹Michel Delcroix, responsable « Maternité sans tabac » au RHST , Conchita Gomez, sage-femme tabacologue, service du Dr Pierre Marquis Maternité CH d'Arras.

²Cour des Comptes rapport public annuel, Février 2006, la Documentation Française, p365-398.

INTRODUCTION

Le référentiel Maternité Sans Tabac a pour objectif d'aider les maternités à développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux femmes enceintes en matière de prévention du tabagisme. L'engagement « Maternité Sans Tabac » constitue un temps particulier d'appréciation réalisé entre professionnels des maternités au sein d'un processus d'amélioration de la qualité de prise en charge et de surveillance de la grossesse.

Dans sa première partie ce guide d'implantation « Maternité Sans Tabac » fait le point sur l'évolution de sa démarche depuis son lancement en juin 2001.

Son contenu prend en compte l'évolution législative et réglementaire, surtout en ce qui concerne la protection des femmes enceintes vis-à-vis du tabagisme passif.

Ce guide est complété par des supports pédagogiques destinés aux maternités (le guide « Préparer et conduire votre démarche Maternité Sans Tabac » et un diaporama « Nicomater » disponible sur le site du Réseau Hôpital Sans Tabac et de l'APPRI) ainsi que certain nombre de fiches Maternité Sans Tabac. Ce référentiel est mis à la disposition des maternités qui souhaitent s'engager et adhérer à Maternité Sans Tabac en signant la charte.

Avec le soutien de la Direction Générale de la santé, Le Pr. Michel DELCROIX, responsable « Maternité Sans Tabac » au Réseau Hôpital Sans Tabac réalise depuis 2003 un travail de mobilisation auprès des responsables des maternités. Parallèlement une enquête annuelle auprès des étudiants des professions de santé et depuis 2004 auprès des responsables médicaux, chefs de service et sages-femmes cadres des maternités en France³. Ces enquêtes ont servi à situer les acteurs de terrain au regard de leurs responsabilités concernant le tabagisme, la prévention et la prise en charge du tabagisme des femmes enceintes.

Le référentiel Maternité sans tabac est destiné à faciliter la mise en place des recommandations de la conférence de consensus « *Grossesse et tabac* » à travers la rédaction d'un plan stratégique d'actions. Toutes ces actions visent à améliorer la prévention et la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Loin d'alourdir les tâches des professionnels, elles permettront des progrès en terme d'organisation, de qualité de soins périnataux et même en terme de reconnaissance professionnelle (cf. charte « Maternité sans tabac », annexe 1).

La rédaction que vous trouverez est volontairement schématique, elle vise une appropriation rapide par chaque acteur de terrain. En suivant ce référentiel, vous pourrez obtenir des résultats concrets et mesurables sans hypothéquer ou consommer votre temps professionnel toujours précieux et trop limité. En acceptant de vous regarder travailler à travers la mesure du CO expiré et d'utiliser ce guide méthodologique, vous aurez non seulement la possibilité d'évoluer dans vos pratiques professionnelles mais aussi de voir s'améliorer les indicateurs de qualité de soins périnataux. C'est en effet à partir d'une longue expérience clinique et de l'expertise collective résumées dans le livre de la conférence de Consensus « *Grossesse et tabac* » qu'a été conçu ce référentiel. Il peut être mis en place concrètement très rapidement dès que vous le décidez. Il peut contribuer à améliorer la qualité des soins périnataux ainsi que la transparence réclamée à la fois par les futurs parents et les décideurs.

³Que sais-je ? La grossesse et tabac Pr Michel Delcroix – PUF 3^{ème} édition mis à jour avril 2005.

L'objectif est de baliser la démarche des progrès possibles des établissements et des professionnels de santé pour une meilleure prévention et prise en charge du tabagisme féminin. Il tient compte aussi des différents plans du gouvernement (MILDT⁴, Périnatalité⁵, Cancer⁶) qui ont défini les axes des actions à engager dans les années à venir.

Ce référentiel décrit l'ensemble des initiatives et des actions de nature administrative, organisationnelle et/ou médicale prises ou réalisées par les responsables de la maternité. L'optimal est la mise en oeuvre stratégique c'est-à-dire coordonnée et planifiée des recommandations du consensus dans le cadre du projet de service.

Bien évidemment, au-delà de ce document méthodologique, vous pourrez obtenir des informations ou des conseils complémentaires en consultant le site Internet du Réseau Hôpital Sans Tabac : www.hopitalsanstabac.org (rubrique maternité sans tabac).

⁴Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la toxicomanie, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008, 76 p.

⁵Plan « périnatalité » 2005 – 2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité, 10.11.2004, 44 p.

⁶Mission Interministérielle pour la Lutte contre le cancer, Plan Cancer : 2003 – 2007, 214p.

MISSIONS ET OBJECTIFS

1 - Missions

Une maternité ou un service de gynécologie-obstétrique devient « Maternité sans Tabac » dès que ses responsables signent la Charte et que tous les locaux y compris les bureaux sont « espace totalement non fumeur ». La maternité, en effet dans le cadre de sa mission publique, doit non seulement appliquer strictement la loi EVIN mais aussi mettre en oeuvre toutes les recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et tabac » organisée avec la participation de l'ANAES.

Ces recommandations qui concernent la prévention et la prise en charge du tabagisme parental s'appliquent à toutes les maternités (secteur hospitalier public, établissements de santé privés ou PSPH⁷). Ainsi dans toute maternité, aucun tabagisme ni des personnels ni des visiteurs ne devrait plus y être observé car toutes les maternités doivent être déclarées « espace strictement non fumeurs », et devenir ce qu'elles auraient toujours du être c'est-à-dire de réels espaces de santé et d'éducation à la santé.

L'appropriation de ce guide, par les différents membres des différents corps professionnels est un encouragement à l'exemplarité (aide à l'arrêt du tabagisme des personnels) renforce la motivation, améliore la prise en charge des femmes enceintes fumeuses (le taux d'arrêt augmente) et les indicateurs de qualité de soins. Il est possible d'évaluer l'impact de cette stratégie localement (rétrocontrôle aux effets très positifs) en participant à l'enquête nationale de façon prospective.

2 - Objectifs ou stratégie opérationnelle « Maternité Sans Tabac »

La stratégie « Maternité sans tabac » s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de l'efficience de la qualité du soin par le développement de la prévention durant la grossesse. Il a été identifié 8 facteurs de réussite :

– Identification des 8 facteurs de réussite

- 1) **L'application des 10 points de la Charte « Maternité Sans Tabac »** par une approche globale, décloisonnée, étendue aux femmes enceintes et/ou aux couples et aux personnels de la maternité (administratif, soignant et non soignant)
- 2) **La mise en œuvre des « best practices »** c'est-à-dire **des recommandations** de la Conférence de consensus Grossesse et Tabac, en utilisant les techniques de qualité⁸ et d'évaluation des soins et des systèmes d'information du service qui s'y rattachent
- 3) **L'implication de tous les personnels de la maternité** à tous les stades de la démarche Maternité Sans Tabac
- 4) **La capacité du service de gynécologie obstétrique à améliorer** de façon continue et à répondre à un objectif national⁹

⁷PSPH : Participant au service public hospitalier

⁸Guide d'accréditation des établissements de santé, Haute Autorité de Santé.

⁹Mesure 10 du Plan Cancer 2003 « Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes »

- 5) **Une recherche permanente d'optimisation des soins et du suivi de la grossesse** par le développement de la prévention du tabagisme pendant la grossesse
- 6) **Le suivi des indicateurs périnataux**, nécessaires à la mesure du processus d'amélioration des soins
- 7) L'échange en temps réel, de données lisibles entre tous les acteurs de terrain par la **définition d'indicateurs internes et externes**
- 8) **La reconnaissance externe de la qualité de prise en charge du tabagisme dans les maternités** par le taux d'arrêt

3 - Périmètre d'intervention de la stratégie Maternité Sans Tabac

La Démarche Maternité Sans Tabac concerne toutes les maternités publiques et privées. Elle concerne également tous les réseaux de la périnatalité.

4 - Fondements et principes de la stratégie Maternité Sans Tabac

- **La place centrale des femmes enceintes et/ou des couples, des nouveau-nés** : démarche Maternité Sans Tabac s'intéresse en premier lieu au parcours de la femme enceinte et à la coordination de la prévention et des soins au sein d'une maternité ou dans un réseau de la périnatalité. La démarche Maternité Sans Tabac est une évaluation multi-professionnelle transversale dans le domaine de la périnatalité, de l'organisation des soins et des résultats en terme de service médical rendu.
- **L'amélioration de la sécurité et la cohérence des soins** : la sécurité est une des dimensions importantes de la qualité des soins et correspond à une des attentes principales des femmes enceintes et/ou des couples du système de santé. La prévention des risques repose sur plusieurs éléments dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques et la mise en place du système d'évaluation et d'amélioration fondée sur le repérage du tabagisme et la mise en œuvre d'actions de prévention.
- **L'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et l'accompagnement de la femme enceinte** : Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique de la prise en charge du tabagisme par la mesure systématique du monoxyde de carbone.
- **L'implication des professionnels exerçant dans la maternité** : l'amélioration de la qualité de la prévention du tabagisme pendant la grossesse est le résultat des démarches internes conduites par la maternité. La participation de l'ensemble de l'équipe obstétricale est indispensable pour l'acceptation des changements et l'implantation d'une Maternité Sans Tabac. Il est essentiel que chaque personnel soignant soit associé à chaque étape de démarche Maternité Sans Tabac.
- **La démarche Maternité Sans Tabac est une démarche continue** : l'obtention des résultats à l'issue du processus de mise en place de Maternité Sans Tabac suppose un engagement de la part des responsables de la Maternité sur le long terme. Dans le cadre de Réseau Hôpital Sans Tabac elle doit inciter à la mise en place de manière continue d'une Maternité Sans Tabac.

- **L'évaluation et l'amélioration de la Démarche Maternité Sans Tabac** : les principes d'évaluation et d'amélioration continue de la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse dans les maternités s'appliquent la Démarche Maternité Sans Tabac. Cette démarche Maternité Sans Tabac développe un suivi permettant de mesurer l'efficacité, le bénéfice coût de l'amélioration de la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Cette démarche s'adapte et s'améliore selon les indicateurs propres de qualité des soins en périnatalité de chaque maternité les suggestions des personnels et les informations recueillies des femmes enceintes et des pères (résultats de l'autoévaluation, types d'anomalies rencontrées).

METHODE D'ELABORATION ET CARACTERISTIQUE DU REFERENTIEL

I - Méthode, élaboration et caractéristiques du référentiel

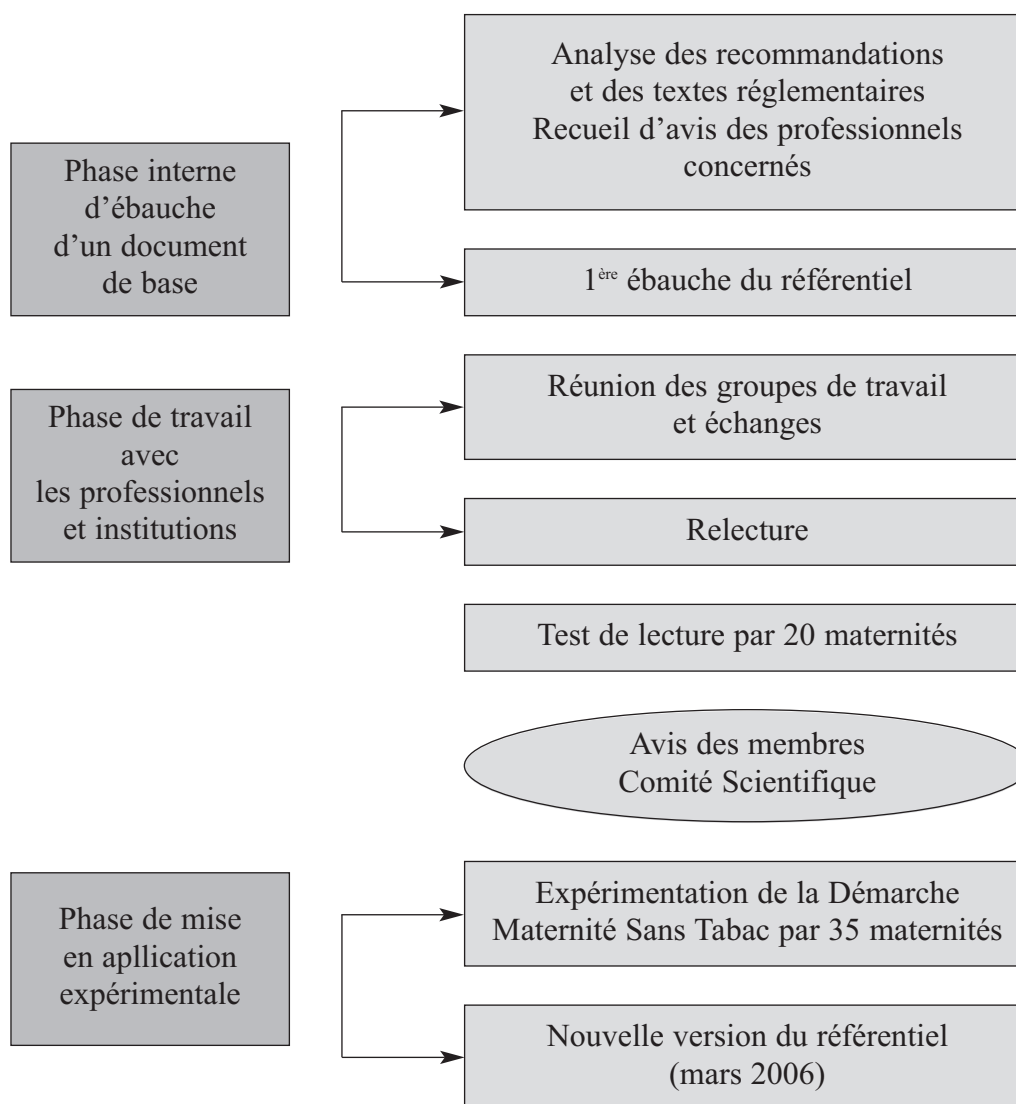
Ce référentiel a été élaboré grâce à la Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac » et avec les professionnels de la périnatalité exerçant en maternité publique et privée. La méthode, l'élaboration et les caractéristiques de ce référentiel s'appuie sur :

– un travail d'analyse de la littérature à partir :

- des recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac »,
- des 10 points de la Charte Maternité Sans Tabac,
- des recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS de mai 2003,
- de l'enquête « Maternité Sans Tabac Publiques et Privées : mesure 10 du Plan Cancer » auprès des 89 maternités adhérentes à Démarche Maternité Sans Tabac en 2004 et 2005,
- des conclusions de la Conférence des Experts du tabagisme péri-opératoire.

La rédaction a pu être effectuée à la suite de groupes de travail et de discussion par des professionnels concernés par la périnatalité (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, néonatalogistes, tabacologues, infirmières, puéricultrices, auxiliaire de puériculture), répartis sur le territoire, exerçant dans les différents types de maternités (publiques et privées) avec recours à des compétences spécifiques (médecins experts médicaux et juridiques). Près de 40 personnes y ont participé dont les noms sont mentionnés aux remerciements.

MÉTHODOLOGIE SUIVIE POUR L'ÉLABORATION DE CES RÉFÉRENTIELS MATERNITÉ SANS TABAC



Rôle du comité scientifique

Tout au long de l'élaboration de ce référentiel, le comité scientifique et l'Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues Françaises ont suivi et apporté leurs observations.

II - Les indicateurs

1 - Les indicateurs internes/indicateurs externes

Le développement et la mise en place d'indicateurs sont préconisés par les recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac » :

Choix des indicateurs externes :

Plusieurs textes officiels montrent que la mesure du monoxyde de carbone expiré est pertinent dans le sevrage tabagique :

- Conférence de consensus « Grossesse et Tabac » en octobre 2004 dont la recommandation page 16 « les qualités d'un marqueur du tabagisme sont l'objectivité, la validité diagnostique, son caractère non invasif, la facilité de l'emploi et le faible coût, l'intérêt pour la prise en charge de la femme enceinte »,
- Recommandations de bonne pratiques de l'AFSSAPS de Mai 2003 « les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac »,
- Conférence de consensus de l'Anaes « Arrêt de la consommation du tabac » d'octobre 1998.
- En matière de prévention du tabagisme et du suivi de la grossesse la mesure du monoxyde de carbone est un indicateur externe simple, défini, interprétable, reproductible, mesurable et facilement applicable par les équipes obstétricales qui doit être associé aux indicateurs internes de la périnatalité.
- Recueil continu des indicateurs,
- Modalités de suivi des indicateurs :
 - Recueil sur le site Maternité Sans Tabac
 - Sécurisation (anonymat irréversible des fichiers)
 - Opérateur est un membre exclusif du Comité Médical Maternité Sans Tabac
 - Indicateurs périnataux et évaluation

Choix des indicateurs internes :

Tableau I - Indicateurs¹⁰ en fonction du facteur de risque « tabagisme » pendant la grossesse

Catégories	Indicateurs internes et mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré
Santé périnatale	<ul style="list-style-type: none">– Taux de mortalité périnatale selon le tabagisme maternel et paternel– Taux de mortalité in utero et néonatale selon le tabagisme maternel, paternel– Taux de nouveau-nés prématurés selon le tabagisme maternel, paternel– Distribution de l'âge gestationnel selon le tabagisme maternel, paternel– Distribution du poids de naissance selon le tabagisme maternel, paternel– Distribution du périmètre crânien selon le tabagisme maternel, paternel– Distribution du score d'Apgar à 1 et 5 minutes selon le tabagisme maternel– Distribution du score de Fischer-Krebs¹¹ selon le tabagisme maternel, paternel– Prévalence des encéphalopathies ischémiques hypoxiques selon le tabagisme

Tableau II - Indicateurs¹² en fonction du facteur de risque « tabagisme » pendant la grossesse

Catégories	Indicateurs internes et mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré
Santé maternelle	<ul style="list-style-type: none">– Proportion de femmes qui fument avant la grossesse– Proportion de femmes enceintes qui fument pendant la grossesse (évaluation à l'accouchement)– Taux d'arrêt des fumeuses enceintes– Taux de mortalité maternelle (selon âge, mode d'accouchement et tabagisme actif, passif)– Taux de mortalité maternelle par causes obstétricales et selon co-addiction alcool, cannabis

¹⁰Selon la loi relative à la politique de santé publique qui fixe pour 2008 l'objectif de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.

¹¹Interprétation du rythme cardiaque fœtal en perpartum.

¹²Selon la loi relative à la politique de santé publique qui fixe pour 2008 l'objectif de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.

Tableau III - Indicateurs¹³ en fonction du facteur de risque « tabagisme » pendant la grossesse

Catégories	Indicateurs internes et mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré
Système de soins	<ul style="list-style-type: none"> – Proportion de femmes ayant bénéficié de la mesure du CO expiré en CPN et à l'accouchement – Proportion de femmes ayant bénéficié de la mesure du CO en « grossesse pathologique » – Proportion de femmes ayant bénéficié de la mesure du CO en suites de couches – Proportion de fumeuses enceintes ayant bénéficié d'un traitement nicotinique substitutif – Distribution des transferts in utero par causes obstétricales et selon le tabagisme maternel – Proportion de transferts de nouveau-nés pour souffrance néonatale immédiate ou secondaire en fonction du tabagisme – Distribution du mode d'accouchement (voie basse normale, extraction instrumentale, césarienne) selon le tabagisme maternel, paternel – Distribution de l'allaitement maternel selon le tabagisme maternel et paternel

LES REFERENTIELS

Ces référentiels apprécient comment la maternité améliore en continu son organisation par l'implantation de la démarche « maternité sans tabac » et ses pratiques afin d'optimiser la qualité de la prise en charge globale des femmes enceintes vis-à-vis du risque tabac.

L'amélioration de la qualité des soins en gynécologie-obstétrique a pour raison d'être la satisfaction des femmes enceintes et/ou les couples et l'amélioration des indicateurs périnataux. L'enjeu de cette démarche est d'organiser la maternité pour répondre à ces besoins.

L'engagement des responsables, directeurs, chef de service, sage-femme cadre supérieur à travers la signature de la Charte Maternité Sans Tabac est le point de départ fondamental de la démarche prévention du risque tabac et de la qualité de soins. Il appartient à ces responsables de définir une stratégie de prévention du risque tabac et alcool. Celle-ci clarifie les responsabilités et définit les règles de partage de l'information. Elle traduit dans un programme d'actions des objectifs précis et mesurables en fixant les méthodes d'évaluation pour mesurer les progrès accomplis.

¹³Selon la loi relative à la politique de santé publique qui fixe pour 2008 l'objectif de réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100.000.

Le succès et la pérennité de la démarche Maternité Sans Tabac reposent sur son caractère pragmatique, sa généralisation progressive à l'ensemble des secteurs d'activités de la maternité, l'adhésion des différents acteurs et la continuité des actions et des soins 24 H /24.

Les risques correspondent à des événements qui mettent en jeu la sécurité des femmes enceintes et des enfants à naître. Ils compromettent donc la réalisation des missions de la maternité. La prévention du risque tabac au même titre que les autres risques, suppose l'identification préalable des risques existants évitables qu'ils soient ou non liés aux activités médicales.

Objectifs : La prévention et la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse s'intègre à travers la mesure en routine clinique du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré dans le dispositif de soins quotidiens de la maternité c'est-à-dire dans le système particulier de garde de 12 ou de 24 h (consultations prénatales, séances de préparation à la naissance, hospitalisation, urgences, salles de naissance). La prévention des risques du tabagisme pendant et en dehors de la grossesse doit être clairement affichée et mise en œuvre en impliquant chaque femme, chaque couple, chaque visiteur comme chaque soignant.

L'atteinte des objectifs du programme Maternité Sans Tabac à travers le programme prévention du risque tabac est mesurée selon différentes méthodes :

- le suivi des indicateurs (cf. tableau des indicateurs)
- l'évaluation des pratiques professionnelles,
- les enquêtes d'opinion interne

Cibles : Ces référentiels s'adressent à tous les professionnels de la périnatalité ainsi qu'aux étudiants de professions de santé. Ces référentiels concernent les femmes enceintes elles-mêmes qu'elles soient fumeuses ou non, leurs conjoints qu'ils soient eux-mêmes fumeurs ou non et aussi les visiteurs. Quant aux personnels soignants fumeurs, en même temps que l'opportunité d'entreprendre un sevrage leur sera facilitée (prise en charge médicale en impliquant si possible les personnels de la médecine préventive et ou ceux de l'UCT¹⁴, mise à disposition des TNS), l'interdiction de fumer sur les lieux et temps de travail sera respectée (comme d'ailleurs cette interdiction est respectée par les personnels des compagnies d'aviation).

La communication

Objectif : Informer de l'obligation de respecter la loi Evin et de mettre en œuvre les recommandations du consensus « Grossesse et tabac » qui déclinent la mesure 10 du plan cancer. La communication vise à rendre lisibles et crédibles les initiatives du service de gynécologie-obstétrique pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes fumeuses et des conjoints fumeurs. La communication sera d'autant plus efficiente qu'elle s'intègre au plan global de communication et qu'elle est régulièrement mise à jour.

Cibles : la communication concerne les usagers (femmes enceintes et leurs conjoints), les professionnels de la périnatalité (ensemble des personnels soignants) et les personnels non soignants ((administratifs, techniques). Elle cible également les instances hospitalières (Conseil d'administration, Commission Médicale d'Etablissement, CHSCT¹⁵) et les écoles de professions de santé ou des facultés de médecine, chirurgie-dentaire et pharmacie ainsi qu'aux étudiants de ces professions de santé.

¹⁴UCT : Unité de Coordination Tabacologie

¹⁵CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

Vecteurs : La Charte Maternité sans tabac, les recommandations de la Conférence de Consensus version longue et courte (cf annexes 1 et 2) doivent être relayées à travers différents supports : affiches « Mesure du monoxyde de carbone expiré » (cf annexe 3), pictogrammes, livret d'accueil en maternité, livret d'accueil des personnels, papier à en-tête, message d'attente téléphonique, journal interne, diaporamas spécifiques sur CD ROM pour les personnels et les patientes, site Internet et intranet, une communication adaptée sera initiée ou renforcée avec les médias locaux en sollicitant les journalistes correspondants.

La formation

Objectif : Une formation spécifique doit permettre aux différents personnels soignants et non soignants de jouer pleinement leur rôle professionnel en matière de prévention et prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Ceci suppose que les personnels soient motivés pour cet objectif et formés pour appliquer concrètement et correctement les recommandations du consensus « Grossesse et tabac ».

Un nombre significatif de personnels soignants doit donc être formé pour être capable d'assurer la continuité des soins (24h/24) dont la prise en charge du tabagisme fait partie et ceci tous les jours de l'année.

Cibles : La formation s'adresse aux professionnels de la périnatalité déjà diplômés quelque soit leur statut et leur niveau hiérarchique. Idéalement la formation doit concerner les étudiants de professions de santé.

Vecteurs : Par note de service interne provenant du Directeur de la Direction des Ressources Humaines. En dehors des formations continues spécifiques en tabacologie (Diplôme universitaire) ou les formations Maternités sans tabac organisées par le RHST ou l'APPRI (Rencontres Nationales « Femme et tabac ») la formation concerne principalement la méthodologie et les spécificités « Grossesse et tabac¹⁶ » Elle doit rendre les acteurs de terrain immédiatement efficaces en leur donnant les outils diagnostiques et de thérapies efficaces qui leur manqueraient (méthodologie de prescription des traitements nicotiques substitutifs, TCC).

III - Mode d'utilisation des référentiels

1 – Les référentiels Démarche Maternité Sans Tabac

Ils sont structurés sur la base des recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac » d'octobre 2004, des recommandations de l'AFSSAPS.

2 – Modalités d'utilisation

Les référentiels sont rédigés sur le mode affirmatif et de façon positive. Ils expriment des attentes, des objectifs à atteindre.

Les critères permettant de satisfaire les référentiels ne sont pas exhaustifs aussi une maternité peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif.

¹⁶Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction Conférence de Consensus Grossesse et tabac (Lille, 7 et 8 octobre 2004), J Gynecol Obstet Biol Reprod/Volume 34, Hors série n°1, 2005.

Référentiel I - Gestion de la qualité des soins et prévention du risque tabac en maternité

Les références et critères

PRQ – Référence 1

La maternité initie, pilote et soutient une politique de prévention du risque tabac et de la qualité des soins périnataux en s'appuyant sur une politique qualité des soins Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac et l'amélioration des indicateurs périnataux est définie par le comité de prévention du tabac et l'équipe obstétrico-pédiatrique Oui en projet Non

avec la CME, le directeur de soins ou le responsable du service des soins, le CTE, le Conseil d'Administration et le Comité Hospitalier de la Sécurité Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac en maternité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps, traduit dans le programme de gestion de la qualité des soins périnataux Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac en maternité est intégrée dans le projet de service Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac en maternité et ses objectifs font l'objet d'information auprès des personnels tant lors de son élaboration que pour le suivi de l'état d'avancement du programme prévention du risque tabac en maternité Oui en projet Non

Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques tabac en maternité sont identifiées Oui en projet Non

PRQ – Référence 2

Un processus de gestion de la qualité du suivi de la grossesse prévoyant une prise en compte des besoins des personnels et des fumeuses enceintes ou des pères fumeurs est en place Oui en projet Non

Des dispositions sont prises pour connaître les besoins et la satisfaction des fumeuses enceintes et des pères fumeurs Oui en projet Non

Un programme de prévention du risque tabac en maternité est en place Oui en projet Non

L'efficacité du programme de gestion de la qualité des soins et de prévention du risque tabac est évaluée Oui en projet Non

Référentiel II - La femme enceinte et la prise en charge du tabagisme

Référence 1 - Droits et information à propos de la grossesse et du tabagisme

La maternité s'engage à informer les femmes enceintes à propos des dangers du tabagisme actif et passif pendant la grossesse au même titre que la prévention de la toxoplasmose

Oui en projet Non

La maternité s'engage à afficher une signalétique claire, compréhensible du respect de l'interdiction de fumer

Oui en projet Non

Les femmes et les pères reçoivent une information claire, compréhensible sur les conditions du séjour et du respect de l'interdiction de fumer dans la maternité

Oui en projet Non

La maternité met à la disposition des femmes enceintes et/ou des couples des fiches d'information « Grossesse et Tabac »

Oui en projet Non

Référence 2 - Dossier obstétrical, carnet de maternité

Le contenu du dossier et du carnet de maternité de la femme enceinte permet d'assurer la coordination de la prise en charge du tabagisme entre professionnels et dans les différents secteurs d'activités

Oui en projet Non

Le projet médical et le projet de soins, élaborés par les professionnels de santé définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des femmes enceintes fumeuses

Oui en projet Non

La mesure du CO expiré est renseignée (en ppm)

Oui en projet Non

Référence 3 - Organisation de la prise en charge des femmes enceintes

La maternité définit et met en œuvre une politique de prise en charge du tabagisme dans tous les secteurs d'activité en consultation prénatale, en service de grossesses pathologiques, en préparation à la naissance, en salle de naissance, en suites de couches

Oui en projet Non

L'organisation du suivi de la grossesse permet d'évaluer l'état de santé initiale de la femme fumeuse par la mesure du CO expiré

Oui en projet Non

Les besoins de dépendance ou non à la nicotine de la femme fumeuse sont identifiés et pris en compte

Oui en projet Non

La maternité définit et met en œuvre une politique de prise en charge du tabagisme par la mise à disposition d'une consultation de tabacologie pour les femmes enceintes

Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac en maternité prévoit de mettre à disposition des fumeuses enceintes les traitements reconnus efficaces 24 h /24 :

– Mesure du CO expiré et TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales)

Oui en projet Non

– Traitements nicotiques substitutifs.

Oui en projet Non

L'état de santé de la femme fumeuse fait l'objet d'évaluations régulières de la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré et de réajustement de la prise en charge du tabac

Oui en projet Non

La femme enceinte fumeuse bénéficie des actions d'éducation concernant la maladie tabagique et son traitement

Oui en projet Non

Référentiel III - Gestion des compétences humaines

La formation des professionnels de la maternité à l'abord de la femme enceinte fumeuse et l'assistance méthodologique à la mesure du CO expiré sont assurées Oui en projet Non

La maternité prévoit dans son plan de formation la formation à la prise en charge de la femme fumeuse pendant la grossesse pour le personnel soignant Oui en projet Non

La maternité prévoit la mise en place d'un projet de sevrage personnalisé pour les personnels fumeurs avec la médecine préventive Oui en projet Non

La politique de prévention du risque tabac en maternité prévoit de mettre à disposition des personnels les traitements reconnus efficaces 24 h /24 :

– Mesure du CO expiré et TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) Oui en projet Non

– Traitements nicotiques substitutifs Oui en projet Non

L'état de santé des personnels fumeurs fait l'objet d'évaluations régulières de la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré et de réajustement de la prise en charge du tabac en médecine préventive ou par l'UCT Oui en projet Non

Les procédures d'accueil et d'intégration des professionnels et des stagiaires en maternité rappellent le respect de l'interdiction de fumer en maternité et dans l'enceinte de l'hôpital Oui en projet Non

La formation continue permet d'assurer l'amélioration du niveau de compétence des personnels à prévenir et à prendre en charge le risque tabac pendant la grossesse Oui en projet Non

La politique de prévention du tabac, le plan stratégique de prévention du tabac dans les différents secteurs de la maternité sont présentés à tout professionnel de santé ou stagiaire Oui en projet Non

Dans chaque secteur d'activité de la maternité, une information adaptée au poste est fournie à tout nouveau professionnel ou stagiaire, concernant l'exigence en matière de sécurité, le contrôle et la prévention du risque du tabac et les stratégies de prévention du tabac de la qualité des soins en place Oui en projet Non

La sécurité des biens et des personnes concerne tant les patientes que les professionnels Oui en projet Non

Référentiel IV - Gestion du système de communication

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en oeuvre

Oui en projet Non

Un plan d'amélioration du système d'information de la promotion de la prise en charge du tabac pendant la grossesse est mis en place

Oui en projet Non

Le système d'information de la maternité répond aux besoins des professionnels en charge de la prise en charge du tabac pendant la grossesse

Oui en projet Non

Le système d'information de la maternité répond aux besoins des femmes enceintes en matière d'information des dangers du tabac pendant la grossesse

Oui en projet Non

Le système d'information de la maternité informe régulièrement sur les nouvelles dispositions réglementaires et législatives sur le respect de l'interdiction de fumer.

Oui en projet Non

Les personnels responsables de la diffusion de l'information mettent en oeuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître et faire respecter l'interdit de fumer

Oui en projet Non

Référentiel V - Gestion de la logistique

Dans chaque secteur d'activité de la maternité, une information d'adaptée à la méthodologie de la mesure du CO est fournie à tout nouveau professionnel ou stagiaire, concernant la prise en charge du tabac

Oui en projet Non

La maternité a mis en place un niveau optimal de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse en disposant d'un analyseur de CO par tranche de 200 accouchements

Oui en projet Non

La maternité met à la disposition des professionnels les consommables (embouts) pour la mesure du CO expiré

Oui en projet Non

Le nettoyage des locaux et des équipements est conforme à la politique de sécurité et d'hygiène

Oui en projet Non

La maternité est organisée pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie notamment et mettre en place toutes mesures de prévention contre le risque incendie en faisant respecter l'interdiction de fumer.

Oui en projet Non

La maternité a mis en place les mesures de prévention contre le risque d'incendie en faisant respecter l'interdiction de fumer en maternité

Oui en projet Non

Les professionnels bénéficient d'une formation incendie actualisée

Oui en projet Non

Un contrôle du nettoyage des locaux et des équipements est effectué à périodicité et le contrôle du respect de l'interdiction de fumer

Oui en projet Non

La maternité a mis en place un protocole de déclaration de non respect de l'interdiction de fumer :

– lors d'un contrôle du nettoyage des locaux et des équipements Oui en projet Non

– lors de la constatation du non respect de l'interdiction de fumer par le personnel

Oui en projet Non

– lors de la constatation du non respect de l'interdiction de fumer par un visiteur

Oui en projet Non

– lors de la constatation du non respect de l'interdiction de fumer par un usager

Oui en projet Non

La maternité a mis en place un protocole de déclaration d'événement indésirable lorsque que l'interdit de fumer n'est pas respectée

Oui en projet Non

IV - Evaluation de démarche Maternité Sans Tabac

1 – Mesure de la politique de prise en charge du tabagisme en maternité :

- *comparaison aux résultats nationaux (enquêtes nationales, sondage 2006 des Maternités Sans Tabac)*
- *comparaison aux années antérieures*
- *élaboration d'un rapport annuel des indicateurs de qualité des soins périnataux selon la prévention et prise en charge du tabagisme*

3 – Comparaison des maternités Sans Tabac entre elles.

V - Echelle d'appréciation de l'atteinte des référentiels Maternité Sans Tabac

Echelle d'appréciation de l'application des 10 points de la Charte « Maternité Sans Tabac » :

Une échelle d'appréciation à 4 niveaux pour chaque référentiel du guide « Démarche Maternité Sans tabac ».

Le positionnement des maternités s'effectue sur 4 niveaux :

- **sur le niveau D** indique que la maternité a signé la Charte Maternité Sans Tabac
- **sur le niveau C** indique que la maternité satisfait à 50 % des référentiels
- **sur le niveau B** indique que la maternité satisfait en grande partie à 80 % des référentiels
- **sur le niveau A** indique que la maternité satisfait en totalité aux référentiels

REMERCIEMENTS

Les objectifs et le contenu de ce référentiel n'auraient pu être écrits sans l'implication de nombreux professionnels de santé qui ont apporté leur contribution, avis et suggestions.

Nous remercions particulièrement :

- Les experts et membres du groupe bibliographique, les membres du comité d'organisation et du Jury de la conférence de consensus « Grossesse et Tabac » dont les noms sont rappelés dans chaque version courte et longue diffusées par l'ANAES
- l'Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues Françaises
- et tous les professionnels et acteurs de santé qui ont apporté leur contribution : Pierrette Andrès, Michel Berland, Marie-Chantal Blanchard, Bernard Boucly, Pierre Boulot, Henri Bruel, Gilles Camp, Bruno Carbonne, Stéphanie Chaplot, Michel Collet, Michel Contal, Sylvie Crassat, Dominique Dallay, Gilles Dauptain, Edwige Dautzenberg, Alain Churlet, Nelly Dequidt, Philippe Descamps, Jacqueline Diestch, Alain Diguët, Christian Dognin, Christophe Doutrelant, Bertrand Dureuil, Michel Dreyfus, Martine Ducos-Guillou, Catherine Foulhy, Patrick Fournet, Alain Fournié, Martine Galliot-Guilley, Daniel Garelik, Jacqueline Girona, Hervé Gourlain, Claude Guillaumin, Gilles Grangé, Colette Lacombe, Jacques Lansac, Hélène Laurichesse, Hélène Leboucher, Béatrice Lemaître, Didier Lemery, Christine Leroy, Christine Liberge, Sébastien Madzou, Pierre Marès, Bernard Maria, Loïc Marpeau, Pierre Marquis, Jacques Meurette, Guy Masson, Henri et Mauricette Pauchet, Laurence Pedespan, Franck Perrotin, Henri-Jean Philippe, Bernard Théret, Françoise Vendittelli, Annie Wurmlinger.
- Les acteurs et les membres du conseil d'administration du Réseau Hôpital Sans Tabac en particulier Gérard Barsacq, Francine Bonfils, François Chiéze, Bertrand Dautzenberg, Jean-Patrick Deberdt, Jean-Marie Degois, Yva Doually, Georges Quinquis, Pierre Rayroles, Anne-Marie Schoelcher.



CHARTRE

MATERNITE SANS TABAC

- 1** **Sensibiliser** tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme parental pour améliorer la qualité des soins.
- 2** **Informer** systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.
- 3** **Populariser** la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.
- 4** **Evaluer** l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :
 - Mesure du CO expiré au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.
 - Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement).
- 5** **Définir** un plan stratégique d'actions applicables par toute maternité :
 - redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique « tabac ».
 - organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.
- 6** **Prendre en charge** médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou non une pathologie obstétricale (mesure du CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).
- 7** **Etablir** un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets.
- 8** **Promouvoir** l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif.
- 9** **Former** les personnels volontaires à la prévention et la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.
- 10** **Encourager** l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac ».



RESEAU HOPITAL SANS TABAC
102, RUE DIDOT - 75014 PARIS
TEL 01 40 44 50 26 - FAX 01 40 44 50 46
www.hopitalsanstabac.org - Email : rhst@hopitalsanstabac.org