

Compte-rendu de la réunion CRN du 04 mai 2006

Ordre du jour

- Plan périnatalité
- Grossesse et tabac
- Carnet de maternité

Sujets abordés

1. Plan périnatalité

Au 31 décembre 2005, le bilan de la mise en œuvre du Plan périnatalité, au niveau national a montré que 1607 ETP, toutes disciplines confondues, ont été créés dans les établissements publics et PSPH pour un total de 88 millions d'Euros (le total des crédits alloués était de 92 millions). Parmi ces postes 57% ont effectivement été pourvus.

Au niveau de notre région, 153,5 postes ont été créés en 2005 correspondant à 4,9 millions d'€. Parmi eux 102,8 sont pourvus à ce jour correspondant à 67% des postes. Enfin, 6 postes de médecins représentant seulement 30% des postes créés ont été pourvus. 11 sont en cours de recrutement ce qui est à mettre en parallèle avec la démographie médicale déficitaire de notre région.

Il convient de rappeler que le financement de l'enveloppe a été attribué, en 2005, à hauteur de 70% du montant total, avec extension en année pleine de la mesure en 2006. Il n'y a pas de nouveaux crédits pour la mise aux normes en 2006 dans la campagne budgétaire 2006.

Les psychologues embauchés dans le cadre du plan ont des tâches très diversifiées. Il faudrait retravailler sur leurs missions.

2. Grossesse et tabac

Un rapport de la cour des comptes a épinglé le plan périnatalité 2005-2007 en mentionnant qu'aucune ligne budgétaire n'était dégagée pour cette thématique.

La littérature étant particulièrement abondante sur ce thème, le Docteur VERITE s'est, pour sa part, appuyée sur le rapport de la conférence de consensus du 7-8 octobre 2004 à Lille. L'ANAES l'avait ensuite réutilisé pour rédiger le guide « grossesse et tabac »¹.

Les données épidémiologiques européennes sont peu nombreuses. Les études américaines permettent cependant d'obtenir une estimation des chiffres.

¹ Téléchargeable sur le site www.anaes.fr rubrique publications

Les hommes et les femmes fument de façon équivalente avec un décalage d'une dizaine d'années dans les pratiques. On obtient le chiffre de 25 à 30 % de fumeurs et notamment un taux plus élevé chez les jeunes. A noter que dans le Nord, Pas-de-Calais, ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale.

En 2003, on estime que 37 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse. Elles sont 17 % au premier trimestre de grossesse et environ 14 % au 2^{ème} trimestre. Ces chiffres sont néanmoins sous-estimés.

Conséquences sur la grossesse : la fécondité

On constate une baisse de la fertilité chez l'homme par l'altération spermatologique et l'altération du matériel nucléaire. Tandis que chez la femme, un retard à la conception, un avancement de l'âge de la ménopause et une baisse de la fertilité sont occasionnés.

Conséquences sur la grossesse : extra-utérine

La hausse du risque de GEU est estimée à 35 %. Une réversibilité partielle est constatée ainsi que des avortements spontanés plus fréquents.

Conséquences sur le nouveau-né :

Le tabagisme maternel augmente le risque de survenue :

- d'accidents gravidiques tels que les hématomes rétroplacentaires et le placentas bas insérés. Le risque croît en fonction du taux de carboxyhémoglobine et de l'âge de la patiente.
- de rupture prématurée des membranes
- de prématurité
- le risque de mort fœtal au 3^{ème} trimestre

Conséquences sur le fœtus :

L'effet tératogène reste débattu. Un retard de croissance intra utérin est estimé à 200g. Ce chiffre baisse en cas d'interruption du tabac. Il n'est donc jamais trop tard pour stopper la consommation.

Conséquences en post-natal :

Depuis le changement de la technique de couchage, le tabagisme maternel est cité dans le cas de la mort subite du nourrisson. Le co-sleeping et le tabagisme associés constitueraient un facteur de risque important dans la mort subite du nourrisson.

Par ailleurs, des troubles respiratoires sont évoqués.

Il convient donc de lutter contre le tabagisme maternel mais également sur l'environnement tabagique.

Comment prendre en charge une femme enceinte fumeuse?

- 1 seul message : arrêt complet du tabac le plus précocement possible
- mais éviter de culpabiliser

En effet, il convient plutôt de procéder à un "mode d'apprentissage de l'intoxication". Fumer du tabac léger est plus nocif pour la santé car les inhalations sont plus profondes et l'intoxication plus forte. Ce n'est pas la faiblesse des femmes mais la puissance addictive des substances qu'il convient d'incriminer.

Par ailleurs, il semble s'agir plutôt actuellement moins un défaut d'information sur les risques du tabagisme maternel que d'un problème de dépendance.

Néanmoins, le manque d'informations des médecins de ville au sujet de la prise de substituts nicotiniques des médecins et particulièrement de médecins de ville est souligné.

Comment prendre en charge ?

Il convient dans un premier temps :

■ d'effectuer l'interrogatoire et l'examen clinique. (Le Docteur TITRAN précise que depuis que l'information est relayée par un message de santé public, il est beaucoup facile pour le professionnel de santé d'aborder le sujet).

- d'utiliser l'analyseur de CO
- de mettre en évidence l'exposition tabagique
- d'apprécier l'intensité
- de mesurer la réalité de l'arrêt

Discussion:

Madame PAUCHET indique que l'utilisation de l'analyseur de CO rend mal à l'aise ses équipes. Il est assimilé à un alcootest. Le Docteur BERAL précise que ce test fait partie de l'examen global et systématique de la patiente au CH Calais et qu'en cas de présence de CO > 30 alors, la patiente est envoyée en consultation. L'utilisation de l'analyseur permet au médecin de prendre conscience de la gravité de la consommation. Néanmoins, la réalisation d'un test de façon systématique sans information préalable de la femme soulève une question éthique pour certains professionnels, pour d'autres, non sensibilisés eux mêmes cette mesure n'entraîne pas de modification de leur approche.

Suite un premier bilan, une gradation s'opère :

- le conseil minimal
- l'information sur les outils d'aide à l'arrêt
- l'entretien motivationnel
- la thérapie comportementale et cognitive
- la prescription pharmacologique personnalisée et suivie

Quelle prévention primaire ?

Chez les adolescents, il convient de modifier l'image du tabac, de sensibiliser les parents, de mener des actions en milieu scolaire, et plus largement sur la population générale. Une information sur le tabagisme et la grossesse devrait être inscrite dans les manuels scolaires. D'autres moyens comme les "lycées sans tabac" sont des moyens de changer le regard sur la consommation du tabac mais la bonne réussite de ces projets dépend surtout de l'implication des adultes (enseignants, autre personnel de l'équipe éducative) que ne devraient plus fumer dans les locaux.

A titre d'exemple, en Italie il est interdit de fumer devant les enfants.

Concernant la prévention primaire des femmes enceintes, le lieu de travail et les maternités peuvent être interdits à la consommation de tabac.

Une prévention primaire chez la femme devrait être réalisée par les professionnels de santé et particulièrement le médecin, par exemple lors de la prescription d'un contraceptif oral (on connaît par ailleurs le risque de cette association pour la femme).

Discussion:

Certaines personnes proposent de mettre en place, d'une façon plus générale, une visite préconceptionnelle permettant d'aborder les divers aspects de prévention et de dépistage anténatal ?

La plupart des maternités de la région a signé la charte « hôpital sans tabac ». Les retombées positives sont d'autant plus grandes pour le personnel, les patientes qu'un important travail a été fait par le médecin du travail en vue de motiver les équipes médicales à l'arrêt du tabac.

Les 4 réseaux de la région pourraient fortement inviter les maternités de leur bassin à devenir « hôpital sans tabac » et de mettre en place des actions de sensibilisation auprès du personnel.

Pistes de réflexion :

- demander un état des lieux au Dr DELCROIX
- envisager l'utilité de réaliser une enquête sur la baisse de la consommation suite à l'utilisation systématique de l'analyseur
- demander aux réseaux d'inviter les maternités à adhérer à la charte « hôpital sans tabac »

2. Le carnet de maternité, Docteur Anne EGO

Le carnet est actuellement en refonte. Le précédent carnet s'adressait à la fois aux patientes et aux professionnels. Le nouveau carnet de maternité cible uniquement les patientes.

Un groupe pluridisciplinaire de 20 professionnels (absence d'anesthésiste, psychologue et des spécialistes en éducation pour la santé) travaille à sa réactualisation.

La question de conserver dans le carnet des indications sur le suivi médical est posée. Le carnet dispose de feuillets libres dans le rabat contenant des informations sur le suivi de grossesse.

Le carnet sera présenté l'été prochain au format A4 composé d'un cahier central, doté de rabats contenant les fiches d'informations sur l'entretien du 1^{er} trimestre, le projet de naissance, le diagnostic prénatal, le congé parental...

Le carnet sera remis en tout début de grossesse par le médecin réalisant la déclaration de grossesse. Le problème qui se pose est l'appropriation des femmes du carnet et celui de la diffusion.

La distribution pourrait être faite par :

- les Caisses d'Assurance Maladie?
- les Conseils Généraux?
- le réseau?

Une information aux médecins généralistes pourrait d'être faite par le biais de l'URMEL, par le conseil de l'ordre départemental des médecins ainsi que par les réseaux.

3. Analyse des IVG en 2005

On constate une augmentation des IVG chez les jeunes filles de <18 ans voir chez les <15 ans en 2005. Cette évolution est récente dans notre région alors qu'elle avait déjà été amorcée au niveau nationale. De la même manière, une hausse des accouchements des jeunes filles âgées entre 12 et 13 ans est enregistrée :

- Environ 500 à 600 accouchements des <18 ans
- 200 accouchements des <16 ans

Ces deux problématiques sont intimement liées particulièrement à cet âge où l'issue va dépendre non seulement de la jeune fille mais également des possibilités d'accompagnement sur lesquelles la jeune fille pourra s'appuyer. Enfin, la réflexion doit être complétée par l'accessibilité à la contraception. Nous proposons de faire un travail complémentaire pour mieux comprendre, voir de mieux prévenir et d'accompagner ces grossesses adolescentes.

4. Questions diverses:

- Les programmes régionaux de santé arrivent à leur terme en décembre 2006. Dans les suites, se met en place la phase d'élaboration du "Plan Régional de Santé Publique". 12 groupes élaborent les priorités régionales. Un groupe s'occupe des priorités de santé des enfants et des jeunes. Lors de la prochaine réunion de la CRN en juin 2006 les premiers travaux seront discutés.
- La journée nationale des CRN aura lieu le 17 novembre 2006

**La prochaine CRN aura lieu le jeudi 22 juin 2006 à 9H
Salle du rez de chaussée à la DRASS**