



HAL
open science

La prise en charge du sevrage tabagique de la femme enceinte. Evaluation des pratiques professionnelles

Anaïs Gérard

► **To cite this version:**

Anaïs Gérard. La prise en charge du sevrage tabagique de la femme enceinte. Evaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01783148

HAL Id: hal-01783148

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01783148>

Submitted on 9 Jan 2020

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-memoires-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>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

**La prise en charge du sevrage tabagique
de la femme enceinte**



Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs GERARD
Née le 31 Juillet 1989

Promotion 2009-2013

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

**La prise en charge du sevrage tabagique
de la femme enceinte**

Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Anaïs GERARD
Née le 31 Juillet 1989

Promotion 2009-2013

REMERCIEMENTS

A Madame Anne Jacotot, directrice de ce mémoire, pour ses conseils et le temps consacré à ce travail.

A Doriane et Amélie, mes amies, qui m'ont accompagné et soutenu durant ces quatre années d'études.

SOMMAIRE

Introduction	7
PARTIE 1 : Tabagisme et grossesse	
1. GENERALITES SUR LE TABAC	9
1.1. Quelques chiffres	9
1.2. La femme fumeuse	9
1.3. Composition de la fumée de tabac	10
1.3.1 Le monoxyde de carbone	10
1.3.2 La nicotine.....	11
1.3.3 Les goudrons	11
1.3.4 Les substances irritantes.....	11
1.4 Législation.....	12
1.4.1 Les différentes lois	12
1.4.2 La charte « maternité sans tabac »	14
1.4.3 Le droit de prescription des sages-femmes	16
2. TABAGISME ET GROSSESSE	17
2.1. La dépendance.....	17
2.2. Le déroulement de la grossesse.....	18
2.2.1. Les grossesses extra-utérines	18
2.2.2. Les fausses couches.....	19
2.2.3. Les hématomes rétro-placentaires.....	19
2.2.4 La rupture prématurée des membranes	19
2.3. Conséquences sur le fœtus	20
2.3.1. Le retard de croissance intra utérin	20
2.3.2. L'hypoxie fœtale	21
2.3.3. Les malformations.....	22
2.3.4. Mortalité fœtale et décès inattendu du nouveau né.....	22
2.4. Les bénéfices de l'arrêt du tabac	23
3. PRISE EN CHARGE DES FEMMES FUMEUSES	24
3.1. L'initiation au sevrage tabagique	24
3.1.1. Le conseil minimal.....	24
3.1.2. L'intervention brève.....	24
3.1.3. L'entretien motivationnel.....	25
3.1.4. La mesure du monoxyde de carbone.....	26
3.2. Le bilan initial	26
3.2.1. La dépendance physique	27
3.2.2. La dépendance psychologique	27
3.3. La prise en charge pharmacologique.....	27
3.4. Les différentes formes de traitement.....	28
3.4.1. Le patch (voie transdermique)	28
3.4.2. Les gommes à mâcher.....	29
3.4.3. Les tablettes (microtabs)	30
3.4.4. Les comprimés à sucer	30

3.4.5.	L'inhaleur	31
3.4.6.	Posologie d'un traitement nicotinique de substitution	31
3.4.7.	Acupuncture et homéopathie.....	31
PARTIE 2 : L'étude		
1.	PRESENTATION DE L'ETUDE.....	33
1.3	Description de la méthode.....	34
1.3.2	Outil de recherche	34
1.3.3	Dates et lieu de réalisation	34
1.3.4	Difficultés rencontrées	34
2.	PRESENTATION DES RESULTATS.....	35
PARTIE 3 : Discussion		
1.	DISCUSSION	47
1.1	La prise en charge initiale	47
1.2	La formation des sages-femmes au sevrage tabagique	49
1.3	L'information délivrée aux patientes	51
1.4	L'accompagnement de la femme fumeuse.....	52
1.5	Le droit de prescription	54
1.6	Les outils diagnostiques	54
2.	Propositions	57
2.1	Formation des sages femmes	57
2.2	Information des patientes	57
2.3	Organisation du service.....	58
Conclusion.....		59
Bibliographie		60
Annexe I		63

Introduction

Les effets néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse sont à ce jour bien définis et constituent un véritable problème de santé publique.

Au cours de mes études, il m'est apparu qu'un nombre assez conséquent de patientes fumaient au cours de leur grossesse et qu'aucune n'entamait un processus de sevrage. En parallèle nous avons pris en compte que le degré de motivation à l'arrêt du tabac ainsi que l'importance de la dépendance de la patiente étaient des difficultés rencontrées par le professionnel dans l'initiation d'un sevrage.

Malgré ces difficultés, les sages-femmes accompagnant la femme enceinte sont les premiers acteurs privilégiés pour susciter une aide au sevrage tabagique. Mais qu'en est-il actuellement de la prise en charge effectuée par les sages-femmes ? Est-elle assez efficace ? Si non, comment pouvons-nous l'améliorer ?

Ce travail a comme objectifs de s'intéresser aux modalités de mise en œuvre des différentes techniques d'aide au sevrage : quelles stratégies mettent en place les professionnels pour l'aide à l'arrêt du tabac et que proposent ils à ces femmes enceintes fumeuses ? L'autre objectif est de sensibiliser les professionnels et de renforcer leurs connaissances en la matière.

Partie 1

Tabagisme et grossesse

1. GENERALITES SUR LE TABAC

1.1. Quelques chiffres

Le tabagisme est, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'une des premières causes de mortalité dans le monde, il est responsable de 5,4 millions de décès par an. Les effets du tabac touchent non seulement les fumeurs eux-mêmes mais également leur entourage (tabagisme passif). En France, cette épidémie entraîne la mort prématurée de 66 000 personnes chaque année dont 8000 femmes par an. Le nombre de fumeurs en France s'élèverait à 15 millions d'individus, soit 33% de la population et un tiers d'entre eux souhaiteraient arrêter. [1]

1.2. La femme fumeuse

Aujourd'hui le tabagisme des femmes de 20 à 45 ans atteint un pic d'incidence. Cette génération a massivement commencé à fumer à l'adolescence et remplace une génération où le tabagisme était essentiellement masculin dans notre pays. Parmi les femmes enceintes fumeuses, 45% d'entre elles arrêtent de fumer pendant la grossesse. Cependant, 25% des femmes fument encore au troisième trimestre. Enfin, plusieurs études révèlent que $\frac{3}{4}$ des femmes qui ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse reprennent la cigarette 3 à 6 mois après l'accouchement, période qui correspond à l'arrêt de l'allaitement et à la reprise de l'activité professionnelle. L'évolution des compétences tabacologiques des sages-femmes est donc particulièrement bienvenue à une période où jamais autant de femmes n'ont été fumeuses au moment de débiter une grossesse. [2]

Malgré de nombreux efforts en matière de prévention, beaucoup reste à faire quant à l'aide au sevrage tabagique pendant la grossesse. En 2003, une enquête transversale révèle que 37% de femmes fument avant la grossesse, 17% au premier trimestre, 15% au deuxième et enfin 14% au troisième. Deux ans après l'accouchement, 20,5 % des mères se remettent à fumer parmi celles qui avaient arrêté définitivement.

Au cours de cette enquête, 29% des patientes n'ont reçu aucune information sur les effets néfastes du tabac pour elles-mêmes et pour leur fœtus, 70% ont été aidées à l'arrêt par leur entourage, seulement 20% par des professionnels et 3,5 % ont reçu un traitement substitutif nicotinique. [3]

1.3. Composition de la fumée de tabac

La fumée de cigarette, est un mélange de gaz et de particules, elle contient plus de 4000 substances différentes dont une soixantaine sont répertoriées comme étant cancérigènes. La composition varie en fonction du type de tabac, des traitements et des additifs utilisés ainsi que du mode de consommation. [4] [5]

Le courant principal de fumée est constitué d'une phase gazeuse, d'une phase particulaire et d'air. La phase gazeuse comprend principalement du dioxyde de carbone (12,5%), du monoxyde de carbone (4%), de l'eau (1,3%) et, en quantités plus faibles, des composés organiques volatiles (aldéhydes, cétones, ammoniaque, méthanol, etc..).

La Phase particulaire est constituée de microparticules qui peuvent se déposer jusque dans les alvéoles pulmonaires. L'accumulation des substances contenues dans la phase particulaire (notamment nicotine, goudrons, nickel, cadmium...) et leur contact avec l'appareil respiratoire sont à l'origine de nombreux cancers, de maladies cardiovasculaires et respiratoires. [4]

1.3.1 Le monoxyde de carbone

Obtenu lors de toute combustion incomplète, inodore et incolore, le monoxyde de carbone (CO) représente 2 à 5,5% des gaz contenus dans la fumée de cigarette et est, de loin, le plus nocif.[6] Son affinité pour l'hémoglobine étant 230 fois supérieure à celle de l'oxygène, le CO se fixe en priorité sur l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine (HbCO).[7] De ce fait, la pression en oxygène dans le sang circulant diminue fortement et réduit la fraction d'oxygène délivrée en temps normal aux tissus de l'organisme. Les femmes enceintes fumeuses présentent alors, selon l'importance de leur consommation tabagique, une hypoxie chronique plus ou moins importante.

D'autre part, le CO traversant la barrière placentaire, les mêmes retentissements délétères sont observés chez les fœtus de mères fumeuses avec cependant, un taux d'HbCO 10 à 15 % plus élevé. [4]

Ce phénomène induit pour le fœtus un risque accru de troubles neurologiques, d'hypotrophie, de prématurité et de mort fœtale in utero (MFIU). [8].

1.3.2 La nicotine

La nicotine présente de nombreux effets biologiques. En effet, au niveau du système nerveux central, elle passe très facilement la barrière hémato-encéphalique et se répand donc à l'ensemble du cerveau. On observe une augmentation de l'attention, de la mémoire ou encore de l'apprentissage. Au niveau cardiovasculaire, la libération de nicotine entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, du débit cardiaque, de la pression artérielle en favorisant la vasoconstriction des vaisseaux sanguins périphériques. La nicotine entraîne donc une dépendance qui n'est pas responsable des pathologies liées au tabac. [9].

1.3.3 Les goudrons

Nombreux et variés les goudrons sont la principale substance cancérigène. Parmi eux on y retrouve notamment le benzopyrène qui est l'un des composés les plus toxiques. [4] [10] [7]. Ils ne sont pas directement contenus dans le tabac mais sont produits lorsque celui-ci brûle. La dose exacte de goudrons libérée dans l'organisme dépend principalement de la façon dont la cigarette est fumée. Ainsi, chaque fumeur ne fumant pas de la même façon, il est impossible de déterminer la quantité absorbée de substances cancérigènes par chaque individu. [10]

1.3.4 Les substances irritantes

Les substances irritantes retrouvées dans la fumée de tabac sont nombreuses. Elles détruisent l'épithélium bronchique en créant d'importantes lésions au niveau des cellules épithéliales et des cils bronchiques. Ces substances altèrent les mécanismes de défenses des voies aériennes en général.[4] Ainsi, une répétition fréquente de l'exposition à ces substances irritantes va diminuer les capacités de défenses de l'organisme et donc ses possibilités de pouvoir réagir contre les autres agressions des

voies respiratoires comme les virus, les bactéries, les allergènes ou encore la pollution.[10][11]

1.4 Législation

1.4.1 Les différentes lois

En France, la première loi visant exclusivement à lutter contre les méfaits du tabagisme est la loi Veil. Promulguée en 1976, elle s'attaque aux cigarettiers, avec l'interdiction de toute publicité en faveur du tabac et l'apposition obligatoire de l'avertissement « abus dangereux » et des taux de nicotine et de goudrons sur les emballages. D'autre part, elle tente déjà l'interdiction du tabac au sein des lieux publics. En 1989, un amendement introduit une clause prohibant la publicité indirecte, et l'avertissement « abus dangereux » est remplacé par le plus sévère « fumer nuit gravement à la santé ».

Le 10 janvier 1991, le gouvernement fait adopter la loi Évin qui vient renforcer les actions de la loi Veil et permet une avancée considérable dans la lutte contre le tabagisme. En effet, elle énonce déjà l'interdiction de fumer dans les lieux à usages collectifs, y compris les lieux de travail. Par ailleurs, toute publicité en faveur du tabac est prohibée et une restriction plus stricte de son usage est faite dans les lieux publics. Enfin, l'affichage d'avertissements sanitaires sur les paquets ainsi que la hausse de leurs prix ont considérablement aidé à la baisse de consommation en France. [4][10][12]

L'arrêté du 5 mars 2003 établit un nouveau mode de conditionnement des paquets de cigarettes. Il est obligatoire d'y préciser les teneurs maximales en goudrons, nicotine et monoxyde de carbone (respectivement 10mg, 1mg et 10mg par cigarette). Est également imposé, sur la surface la plus visible du paquet, l'avertissement général « fumer tue », et sur l'autre face la plus visible un avertissement spécifique pris parmi une liste de 14 différents. Pour en renforcer l'impact et la lisibilité, ces avertissements et teneurs doivent en outre figurer sur les paquets selon des règles très précisément déterminées. [13]

Cependant, l'état français ne voyant pas diminuer le nombre de décès dus chaque année au tabac choisit de poursuivre la lutte et de renforcer les mesures. C'est ainsi

qu'est créé le décret Bertrand du 15 novembre 2006 qui fixe les conditions de l'application de l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics et ce, en deux parties.

En effet, dans un premier temps, l'interdiction de fumer a été mise en place, depuis le 1er février 2007, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute les enceintes (y compris les endroits ouverts tels les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées, qu'ils soient publics ou privés, ainsi que dans les établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Puis, dans un second temps et ce depuis le 1er janvier 2008, le tabac est interdit dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement éventuel d'un emplacement réservé aux fumeurs. Ces derniers doivent correspondre à un certain nombre de critères comme l'installation d'un système de ventilation puissante, une superficie contrôlée et la diffusion de messages sanitaires. Cet espace réservé aux fumeurs ne peut en aucun cas être créé au sein d'un établissement de santé tout comme dans les écoles, collèges, lycées et universités. Des contraventions sont prévues en cas de non-respect de ces diverses lois : 68 euros de sanction pour le fait de fumer hors des lieux prévus à cet effet et 148 euros pour avoir favorisé la violation de l'interdiction de fumer, pour l'absence de signalétiques ou encore des normes applicables aux espaces réservés aux fumeurs.[14][15]

D'autres moyens sont bien évidemment employés afin de réduire la consommation de tabac en France et d'aider à la lutte contre le tabagisme. Effectivement, on peut, chaque année, observer une hausse d'environ 6 % sur le prix des paquets de cigarettes dans le but de démotiver les consommateurs. [16][17] .Plus particulièrement, au niveau des établissements de santé, l'application du décret Bertrand se traduit pas une interdiction totale de fumer. Les espaces réservés aux fumeurs sont catégoriquement interdits et tous ceux créés avant le 1er février 2007 nécessitent d'être supprimés. Par ailleurs, des messages de prévention doivent être diffusés au sein des hôpitaux. Le personnel hospitalier doit également être formé, afin de connaître l'existence de ces législations et les modes de sanction en cas de non respect. Ils doivent ainsi être capables de transmettre cette information aux patients et à leur famille.

Il est strictement défendu de fumer dans les chambres puisqu'elles sont assimilées à des lieux à usage collectif, sauf pour les patients en long séjour où les chambres sont considérées comme des lieux de vie et donc des espaces privés. [18]

1.4.2 La charte « maternité sans tabac »

Des mesures supplémentaires ont été mises en œuvre concernant la lutte contre le tabagisme pendant la grossesse. Dans un premier temps, le Plan Cancer de mars 2003 a inscrit la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes dans sa mesure 10. Cette mesure met l'accent sur l'information dans les maternités, sur la sensibilisation du personnel soignant et sur l'accès aux consultations de sevrage.

La France regroupe 392 hôpitaux ayant adhéré à la charte du réseau « Maternités Sans Tabac ». Ce réseau a pour but de mettre chaque adhérent en conformité avec la législation en vigueur (loi Évin) pour prévenir le tabagisme passif dans les lieux collectifs et à informer les femmes enceintes, les couples, les visiteurs et les personnels sur les dangers du tabagisme actif et/ou passif et sur les moyens de s'en protéger.[19] On cherche à atteindre l'exemplarité des professionnels (aide à l'arrêt du tabagisme) et à améliorer la prise en charge des femmes enceintes fumeuses. Chaque maternité adhérente se doit de devenir un espace strictement non fumeur et doit mettre à disposition soins, prévention, information et éducation pour les parents de passage dans les différents services en lien avec la grossesse. [19] Ces objectifs et leur réussite reposent sur 8 facteurs :

- ✓ le respect et l'application des 10 points de la charte « Maternités Sans Tabac », (Annexe II)
- ✓ la pratique des recommandations de la conférence de consensus d'octobre 2004,
- ✓ l'implication du personnel hospitalier de la maternité
- ✓ la recherche continue de l'amélioration du service de gynécologie-obstétrique afin de répondre à un objectif national,
- ✓ l'optimisation des soins et du suivi de grossesse,
- ✓ le bon suivi des indicateurs périnataux,
- ✓ définir des indicateurs internes et externes avec partage des données entre les différents acteurs de santé,

- ✓ mettre en évidence la qualité du suivi dans les maternités par la hausse du taux d'arrêt. [20]

La création du réseau « Maternités Sans Tabac » repose sur des référentiels. Ces derniers servent à évaluer de façon continue l'amélioration des soins délivrés aux patientes fumeuses (en matière de sécurité et de qualité) ainsi que la prévention contre le tabagisme actif et passif. Les référentiels sont au nombre de cinq et concernent respectivement la gestion de la qualité des soins et la prévention du risque tabac en maternité, la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte, la gestion des compétences humaines, du système de communication et de la logistique. Ils doivent nécessairement respecter les recommandations de la conférence de consensus d'octobre 2004 ainsi que celles de l'AFSSAPS (annexe III). Ils sont structurés afin de décrire des objectifs à atteindre. Tout ce qui concerne la prévention et la prise en charge du tabac repose sur la mesure du CO dans l'air expiré ainsi que sur la diffusion de signalétiques donnant une information claire sur les risques du tabagisme pendant et en dehors de la grossesse. Le référentiel basé sur la communication a pour objectif d'informer les patients, le personnel ainsi que les visiteurs du caractère obligatoire de l'application de la loi Évin.

Enfin, la gestion de la logistique et des compétences humaines est organisée autour de la formation spécifique des personnels soignants et non soignants. Cette organisation a pour but d'améliorer la prise en charge et la prévention du tabagisme pendant la grossesse en maintenant de façon permanente un nombre suffisant et significatif de personnels formés afin d'assurer la continuité des soins.[2][11][19].

Différentes méthodes permettent de voir si les objectifs de ces référentiels sont atteints ou d'apprécier à quel niveau la maternité adhérente respecte les points de la charte « Maternités Sans Tabac ». Afin de juger si les objectifs décrits ont été atteints il existe un suivi d'indicateurs, tout d'abord un indicateur externe, qui est la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré, associé à des indicateurs internes (santé périnatale, maternelle, et système de soin) qui seront catégorisés en fonction du risque « tabagisme » pendant la grossesse. De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles et les enquêtes d'opinion interne permettent de juger ces objectifs sont atteints.

Par ailleurs, il existe une échelle d'appréciation structurée en quatre niveaux qui définit le positionnement de chaque maternité par rapport à la « Démarche Maternité sans Tabac » :

- ✓ niveau D: maternité ayant signé la charte « Maternités Sans Tabac »
- ✓ niveau C: référentiels satisfaits à 50%
- ✓ niveau B: référentiels satisfaits à 80%
- ✓ niveau A: référentiels satisfaits en totalité. [2][20]

1.4.3 Le droit de prescription des sages-femmes

L'arrêté du 23 février 2004 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2005 permet à toutes les sages-femmes en exercice de prescrire, en toute légalité, un substitut nicotinique à toute femme rencontrée dans leur domaine de compétence. [21][22] [23]

Par ailleurs, les sages-femmes possèdent une place toute particulière concernant la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte fumeuse. En effet, elles sont les principales intervenantes au cours de la grossesse et bénéficient, de ce fait, de multiples occasions pour initier un sevrage (consultations pré et post natales, préparation à la naissance, accouchement...) ainsi que l'avantage d'avoir une relation de confiance privilégiée avec la patiente. De plus, il existe la possibilité aux sages-femmes de renforcer leurs connaissances et leurs capacités à prendre en charge les femmes enceintes fumeuses par le biais d'un Diplôme InterUniversitaire de tabacologie. Les principales formes de substitutions nicotiniques prescriptibles par les sages-femmes et indiquées au cours de la grossesse sont les timbres transdermiques, les gommes, les pastilles, les patchs ou encore les inhalateurs. Les sprays nasaux sont prohibés en France. [24][25].

2. TABAGISME ET GROSSESSE

2.1. La dépendance

L'OMS définit la dépendance aux substances comme « Un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Le désir de fumer est soumis à une double dépendance. Tout d'abord La dépendance physique ou pharmacologique. En effet, la dépendance pharmacologique est liée aux propriétés psychotropes de la nicotine, qui est alors entretenue par un renforcement positif et négatif. Le renforcement positif résulte de la satisfaction immédiate résultant de l'inhalation d'une bouffée de nicotine qui va alors stimuler le système de récompense cérébral par le biais des récepteurs nicotiques et des neurones dopaminergiques. Cette stimulation procure au sujet fumeur une sensation de plaisir, d'euphorie, entraînant aussi une diminution du stress, un effet coupe-faim, une augmentation de la concentration... Par ailleurs, une stimulation intense et répétée provoque une désensibilisation de ces mêmes récepteurs. Pour palier à ce phénomène, l'organisme compense en augmentant leur nombre ce qui crée alors la dépendance.

Au contraire, le renforcement négatif va créer un syndrome de manque: stress, fatigue, irritabilité, anxiété, troubles du sommeil... Ces deux notions peuvent expliquer la forte dépendance tabagique des fumeurs. [2]

D'autre part il y a la dépendance psychologique et comportementale qui est liée à l'environnement du fumeur. Les circonstances (moments de convivialité, conditions stressantes) et d'autres facteurs (prise d'alcool ou de café) influent sur la prise de cigarettes.

Malheureusement, ces aspects ne sont pas les seuls responsables de la dépendance tabagique chez les femmes enceintes. En effet, l'aspect psychosocial n'est absolument pas négligeable. Premièrement, on peut citer la peur de la prise de poids. En effet, fumer fait dépenser à l'organisme environ 7 kilocalories (kcal) par cigarette. De ce

fait, une femme enceinte fumant environ un paquet par jour dépense vraisemblablement 140 kcal de plus qu'une patiente non fumeuse. C'est pour cette raison que les sujets non fumeurs pèsent en moyenne 3 à 4 kilogrammes de plus que les sujets fumeurs. Aussi, la prise de poids pendant la grossesse varie de l'ordre de 7 à 12 kg et passerait donc de 13 à 17 kg chez une patiente qui arrêterait la cigarette. Le poids et le dictat de la balance sont donc des obstacles majoritaires à la bonne réussite d'un sevrage. [2]

Enfin, les modifications hormonales et psychologiques liées à la grossesse peuvent mettre en évidence un terrain anxio-dépressif non révélé jusqu'alors. Le syndrome de manque, caractérisé par l'anxiété, le stress et les troubles du sommeil, vont alors s'aggraver [4].

2.2. Le déroulement de la grossesse

Le tabac serait la première cause de troubles de la fécondité chez les femmes consommatrices. Elles sont moins fertiles et mettent plus de temps pour débiter leur grossesse. [2] De plus il leur est difficile de la mener à bien, en effet de nombreuses pathologies peuvent survenir.

2.2.1. Les grossesses extra-utérines

La consommation de tabac serait responsable de 35% de grossesse extra-utérines (GEU), on y retrouve cependant un effet dose dépendant. La migration anormale de l'œuf peut être expliquée par une réduction des battements ciliaires, une altération de la contractilité tubaire ou encore une anomalie dans l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire tous provoqués par le tabagisme. Cela affecterait donc le temps de passage au niveau de la trompe de Fallope ce qui entrainerait une nidation anormale au sein de cette dernière.[24] Le risque relatif de faire une GEU pour une fumeuse, au moment de la conception, est multiplié par 1,5 pour une consommation inférieure à 10 cigarettes, par 3 pour 20 cigarettes environ fumées par jour et enfin par 5 pour plus de 30 cigarettes.[4][2][12][11]

2.2.2. Les fausses couches

Le risque de fausses couches spontanées est multiplié par 2 chez les fumeuses. Le déséquilibre des taux d'œstrogènes circulant ainsi que l'activité de vasoconstriction dus au tabac sont, à priori, responsables d'une anomalie de l'implantation de l'œuf et d'un endomètre de mauvaise qualité. [4][2][11][12]

2.2.3. Les hématomes rétro-placentaires

Les Hématomes Retro-Placentaires (HRP), sont retrouvés en plus grand nombre chez les fumeuses. [12] Environ 25 % des HRP pourraient être attribués à la cigarette. Le mécanisme de vasoconstriction lié au tabagisme actif et surtout à la nicotine, entraîne une fragilité des vaisseaux, des nécroses et des ischémies. Cette vulnérabilité peut aboutir à la rupture d'une artère utéro placentaire créant l'hématome. Cela peut se produire au niveau de la bordure du placenta à l'origine de décollements marginaux ou encore au sein même de la masse placentaire (HRP vrais). Par ailleurs, le risque de HRP est augmenté en fonction du taux d'HbCO, de l'âge et de la parité. Cependant, dès l'arrêt de l'intoxication tabagique, tous ces effets délétères seraient diminués par deux. [8][2][24][21]

2.2.4 La rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes (RPM) est une complication plus fréquente chez les femmes enceintes fumeuses. Effectivement, le risque de RPM est multiplié par deux et même par trois pour les grossesses inférieures à 34 semaines d'aménorrhées. Cela est dû à plusieurs facteurs. Tout d'abord, on observe un accroissement de la concentration des « PAF » (Platelet Activating Factor) responsables de la production de prostaglandines, les PGE2. Celles-ci sont à l'origine de contractions anormales et précoces du muscle utérin.

On note également une augmentation des chorioamniotites ou des vaginoses bactériennes. Enfin, l'abaissement du taux de vitamine C dû au tabagisme aurait pour conséquence la fragilisation des membranes par diminution du collagène, essentiel à la résistance de ces dernières. [4][8][2][24][21]

Certains facteurs comme l'âge, la situation socio-économique de la patiente, la multiparité, un faible poids maternel, un suivi obstétrical insuffisant associés au tabagisme favorisent, à dose dépendante, la prématurité. Le risque relatif d'accoucher prématurément pour les femmes fumeuses au premier trimestre est proche de 1,6. Cela peut être catastrophique pour la santé et le bon développement du nouveau-né puisqu'il en résulte d'importantes séquelles neurologiques d'autant plus graves que le terme est précoce. [8]

2.3. Conséquences sur le fœtus

2.3.1. Le retard de croissance intra utérin

La principale pathologie retrouvée chez les fœtus de mères fumeuses est le retard de croissance intra-utérin (RCIU). [12][10] En effet, les nouveau-nés de patientes fumeuses présentent, à la naissance, un déficit pondéral plus ou moins important selon la quantité de tabac ingérée au cours de la grossesse. Cela représente une baisse de 200 à 450 grammes pour une vingtaine de cigarettes fumées par jour et résulte avant tout d'une diminution de la masse musculaire.[24][2][8][11] Le retard de croissance est dit « harmonieux » car il touche à la fois le périmètre crânien (diminution de 0,3 centimètres), la cage thoracique ainsi que la taille (perte de 1 centimètre).[11] Les risques et l'importance du RCIU sont proportionnels au nombre de cigarettes fumées. Cet effet dose dépendant est clairement démontré : 8,5 % de RCIU en absence de tabagisme actif, 14,7 % pour 1 à 5 cigarettes et enfin on passe à 18,7% pour plus de 10 cigarettes par jour. Par ailleurs, de 1990 à 2003, les hypotrophies importantes (poids inférieur à 2000g) ont été multipliées par 3.

Plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer la relation tabac-RCIU :

- l'hypoxie chronique due à la quantité anormalement élevée chez le fœtus d'HbCO
- la vasoconstriction utérine et ombilicale
- la présence de cadmium (qui diminuerait l'apport de zinc vers le fœtus provoquant ainsi une hypotrophie)
- le faible poids maternel (effet anorexigène du tabac)
- un déficit en vitamine B12

- la baisse des hormones thyroïdiennes [24][8]

L'incidence du RCIU étant plus importante si la patiente fume au troisième trimestre (environ 15,4% à 17,7% si présence de tabac tout au long de la grossesse), on en déduit que l'impact sur le poids de naissance s'effectue à ce terme. Tout arrêt du tabagisme est donc bénéfique.[11] Les effets délétères du RCIU sont nombreux. Nous pouvons citer le développement cérébral anténatal qui est vraisemblablement insuffisant. Ceci est mis en évidence par la diminution du périmètre crânien chez les nouveau-nés de mères fumeuses. Par ailleurs, la toxicité du tabac (due à l'hypoxie chronique et à la nicotine) va porter atteinte à la formation des systèmes neuronaux. Il en résulte des troubles psychologiques et comportementaux révélés après la naissance comme le déficit de l'attention, l'hyperactivité, l'agressivité, la violence. [8]

2.3.2. L'hypoxie fœtale

Les effets cardiovasculaires du tabagisme sur le fœtus sont visibles à l'enregistrement au monitoring pendant les consultations de grossesses ou encore pendant le travail. Une tachycardie et une hyporéactivité du fœtus peuvent être observées si la patiente a fumé juste avant l'enregistrement. Ces effets sont visibles environ un quart d'heure après l'inhalation d'une cigarette et pendant 20 à 25 minutes. De plus, une intoxication prolongée au tabac va nettement diminuer les mouvements actifs fœtaux ainsi que les accélérations du rythme cardiaque fœtal (RCF) qui sont signe de bien-être fœtal. Parfois, on retrouve même une hausse du rythme cardiaque de base. Le taux de CO maternel est corrélé au taux d'anomalies du RCF. Ainsi, ce dernier est multiplié par 2 pour un taux de CO contenu entre 6 et 10 ppm (tabagisme actif) et par 4 quand le CO mesure est supérieur à 10 ppm (tabagisme important).[2][11] Au niveau des dopplers (et plus particulièrement le doppler ombilical), on note une augmentation de l'index de pulsatilité de l'artère. Aussi, certains éléments montrent une hausse du débit cardiaque associée à une vasoconstriction, une hypercontractilité myocardique et de la tachycardie. [24][8] Une quinzaine de minutes après la consommation de tabac, on peut observer la hausse du rapport systole/diastole et une baisse de la vitesse résiduelle en diastole qui témoigne d'une diminution du flux placentaire.

2.3.3. Les malformations

Le tabagisme actif maternel au premier trimestre de la grossesse entrainerait, selon l'Institut Européen des gènomutations, environ 5% des malformations congénitales comme les fentes orales, les anomalies cardiaques (communication inter auriculaires, persistance du canal artériel) ainsi que les anomalies réductionnelles des membres. Une méta-analyse, publiée en 1996, démontre que le tabac est responsable de 11% des fentes labiales et 12% des fentes palatines. Tous les résultats obtenus concernant les fentes faciales ne convergent pas à un effet dose-dépendant du tabac significatif. Une consommation journalière d'une vingtaine de cigarettes serait à l'origine d'anomalies spécifiques comme les cryptorchidies, certaines uropathies, craniosténose ou encore des anomalies du tube neural. [8][12][21]

2.3.4. Mortalité fœtale et décès inattendu du nouveau né

En dernier lieu, il est inévitable d'aborder ce qui se rapporte aux morts fœtales in utéro (MFIU). Le tabagisme est responsable d'environ 7,5 à 11% des morts in utero et double le taux d'enfants mort-nés. On retrouve la encore un effet dose dépendant et une augmentation des risques en fonction de l'âge et de la multiparité. En général, les MFIU surviennent au troisième trimestre et sont le plus souvent dues aux retards de croissance et aux anomalies placentaires. [8][13][22]

Malgré une baisse considérable du nombre de morts inattendues observées chez les nouveau-nés depuis l'instauration du couchage sur le dos obligatoire, des taux avoisinant les 30% sont encore retrouvés en cas de tabagisme maternel anté et postnatal. Celui ci multiplierait le nombre de mort inattendue par 2 et comme toujours le facteur de risque est dose-dépendant. Ainsi, le risque est majoré si on ajoute plus de l'exposition anténatale une exposition passive au nouveau-né après sa naissance. [4][2][27][11]. La cause retrouvée et portée responsable de ces morts inopinées serait une sur-activation des récepteurs nicotiniques. En effet, ces derniers peuvent être situés dans une zone du cerveau qui contrôle la respiration et l'éveil pendant le sommeil. A certains moments, l'organisme va manquer d'oxygène pendant le sommeil et il se produit des « micro-éveils » reflexes vitaux commandés par le cerveau afin d'éviter l'hypoxie voire l'anoxie. La stimulation permanente de ces récepteurs nicotiniques au cours de la grossesse diminue la réactivité des nouveau-nés de mères fumeuses à ces hypoxies et augmente la longueur des apnées obstructives. [4][8][27][11].

2.4. Les bénéfices de l'arrêt du tabac

Les bénéfices du sevrage tabagique sont immédiats. En effet, au bout de 20 minutes, la pression artérielle et la fréquence cardiaque se normalisent. Après 8 heures d'arrêt, les concentrations de carboxyhémoglobine (HbCO) et de monoxyde de carbone (CO) diminuent. On observe également une augmentation de l'oxygène sanguin.

Dans les 24 à 48 heures, la nicotine et le CO contenus dans l'organisme sont totalement éliminés. Il y a, de plus, une amélioration du goût et de l'odorat. Chez les femmes enceintes, on note une nette décroissance des risques d'infarctus, d'hématome retro-placentaire et des métrorragies. La croissance fœtale redevient normale.

Dès 72 heures d'arrêt, la respiration devient plus aisée. Les risques de prématurité, de RPM et de MFIU chutent considérablement. Après deux à trois semaines, il y a amélioration de la circulation sanguine et de la fonction respiratoire.

Au bout de 9 semaines, les complications broncho-pulmonaires et les infections oto-rhynolaryngées (ORL) sont quasiment nulles.

Enfin, 5 à 10 ans après la fin de l'intoxication tabagique, on affirme que la fréquence des crises cardiaques est identique à celle des non-fumeurs et que le risque de développer un cancer du poumon est deux fois moindre qu'avant l'arrêt du tabac. [4][2]
[28]

3. PRISE EN CHARGE DES FEMMES FUMEUSES

3.1. L'initiation au sevrage tabagique

L'arrêt du tabac, quelque soit le moment, est immédiatement bénéfique pour l'enfant. Il est conseillé que cet arrêt survienne le plus tôt possible. Cependant, un arrêt reste bénéfique jusqu'à la fin de la grossesse et même au cours de l'allaitement. Le seul message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac. Ce message doit être clair, cependant il ne faut pas culpabiliser les femmes enceintes fumeuses même si elles rencontrent des difficultés à arrêter. Il convient de leur expliquer les risques du tabagisme pour elles et leur futur enfant, il est important de rappeler aux femmes enceintes fumeuses la réduction des taux de ces mêmes risques si un processus d'arrêt du tabac était entrepris. [8][7]

La sage femme possède une position privilégiée, de part sa proximité avec la patiente et la relation de confiance qui les unit pour conseiller, encourager, et guider les patientes fumeuses vers un sevrage tabagique, et ce, tout au long de leur grossesse ainsi qu'en post partum car 75% d'entre elles reprennent la cigarette faute de suivi. [29].

3.1.1. Le conseil minimal

Les sages-femmes doivent proposer une aide dès la première visite médicale puis tout au long de la grossesse. Le conseil minimal ne nécessite pas de formation approfondie sur la prise en charge du sevrage tabagique, il consiste simplement à poser deux questions : - Fumez-vous du tabac ?, - Si oui, souhaitez-vous arrêter ?

3.1.2. L'intervention brève

Elle est constituée du conseil minimal et d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac. La sage femme peut remettre des documents relatifs aux différents moyens d'aide au sevrage, et à ses effets bénéfiques pour elle et son enfant. Cela va permettre à la femme et au couple de prendre conscience des méfaits du tabac et de l'importance d'un sevrage tabagique. Même si la patiente n'est pas prête pour stopper sa consommation, l'information brève l'informe de l'existence d'une possibilité d'aide à

l'arrêt. Il est nécessaire de répéter l'intervention pour aider la patiente à « maturer » sa motivation au sevrage. [24] [5] [25]

3.1.3. L'entretien motivationnel

Cet entretien est plus poussé et se fait lors d'une consultation tabacologique, réalisé par une sage femme tabacologue. On prend en compte les habitudes tabagiques et l'environnement de la patiente (histoire personnelle et raison du tabagisme, situation personnelle et professionnelle, statut alimentaire, les co-addictions éventuelles). L'entretien consiste à évaluer la motivation à l'arrêt du tabac on pose des questions ouvertes permettant à la femme enceinte d'exposer ses connaissances, de développer son point de vue et faire part de ses craintes. Lors de cet entretien, la sage femme donnera quelques messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci.

L'entretien motivationnel est l'un des composants des recommandations internationales pour la méthode dite des « 6A » (Méthode des « 6 A » = méthode des « 5 A » + Account), qui sont donc :

- ✓ **Account** correspond à la mesure du monoxyde de carbone
- ✓ **Ask** : Il s'agit d'interroger la patiente sur sa consommation de tabac. Il y'a cinq cas de figure possibles : la patiente n'a jamais fumé, a arrêté avant sa grossesse, a arrêté depuis sa grossesse, fume moins qu'avant sa grossesse ou fume comme avant sa grossesse. Les trois premières attitudes sont à féliciter et encourager. Pour les deux dernières il convient de passer directement à la troisième étape.
- ✓ **Advise** : il s'agit de conseiller l'arrêt du tabac en informant sur les bénéfices d'un arrêt.
- ✓ **Assess** : correspond à l'entretien motivationnel, où on évalue la motivation à l'arrêt du tabac.
- ✓ **Assist** : c'est l'aide au sevrage .Cela consiste en une prise en charge globale de la patiente. On va ainsi mesurer régulièrement son taux de monoxyde de carbone, lui proposer un traitement adapté à sa situation et à sa dépendance.
- ✓ **Arrange** : il s'agit d'organiser le suivi de l'arrêt, avec un RDV à 1 semaine puis chaque 2 à 4 semaines en fonction du contexte obstétrical, il vise à encourager, soutenir, féliciter, valoriser la patiente et à parler des difficultés rencontrées. [2][25]

3.1.4. La mesure du monoxyde de carbone

Outre la mesure de la consommation par le nombre de cigarettes fumées par jour, la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré est un bon indicateur de la consommation tabagique des dernières heures. Ce test est simple de réalisation, non invasif, de faible coût, avec un résultat immédiat. Véritable outil thérapeutique, il permet à la fois de faire prendre conscience à la femme de la réalité de son intoxication et permet également à la sage femme de connaître la véritable consommation de la patiente qui a tendance à minimiser celle-ci. Afin d'obtenir le taux le plus significatif possible, la patiente doit longuement inspirer et retenir sa respiration pendant environ dix secondes puis expirer de façon forcée dans l'analyseur de CO. Le résultat s'exprime en ppm (particules par million) et correspond approximativement au nombre de cigarettes fumées par jour. Un taux supérieur à 30 ppm correspond à une intoxication très importante, un tabagisme actif intense. Une quantité de CO expirée comprise entre 11 et 30 ppm traduit un tabagisme actif important, ou à un tabagisme passif prolongé ou une pollution importante (domestique ou professionnelle). Des mesures entre 6 et 10 ppm montrent une intoxication débutante, un petit tabagisme, un tabagisme passif ou l'effet d'une pollution, et enfin, des mesures inférieures à 6 ppm se retrouvent chez les non-fumeurs. [2]

De plus, le CO est représentatif de l'incidence du tabac sur le fœtus car celui-ci est le principal responsable du risque majeur lié au tabac, le RCIU. A savoir que la concentration de monoxyde de carbone chez l'enfant est deux fois supérieure à celle de la mère. Enfin, les résultats obtenus seront également utiles pour adapter un éventuel traitement nicotinique. [25] [30]

3.2. Le bilan initial

Il consiste en une prise de contact avec la patiente désireuse d'arrêter de fumer. La sage femme l'interroge sur ses antécédents personnels et familiaux, sur son milieu socioprofessionnel, sur son histoire tabagique (l'âge de la première cigarette, la durée du tabagisme, la quantité de tabac fumée, les tentatives éventuelles d'arrêts antérieurs, les causes répétées de la reprise du tabagisme et les difficultés identifiées d'une nouvelle

tentative d'arrêt du tabac), et sur ses co-addictions éventuelles (alcool, cannabis, etc). Ensuite, il est nécessaire, avant toute prise en charge, d'évaluer la dépendance psychologique et physique de la patiente.

3.2.1. La dépendance physique

Le test de Fagerström permet de mesurer la dépendance physique au tabac. Il se compose de six questions et va aider la sage femme à déterminer la dose de substitution nicotinique à administrer à la patiente. [4] [25] (Annexe IV)

3.2.2. La dépendance psychologique

Au delà de la dépendance à la nicotine il ne faut pas oublier de considérer la patiente dans son ensemble et d'évaluer son état psychique. Il est important de pouvoir déceler chez la femme enceinte tout état anxieux ou dépressif.

Il existe de nombreux tests pour évaluer cette dépendance. On peut citer principalement :

- ✓ Le test de Horn, qui permet une évaluation de la dépendance psychique et comportementale en prenant connaissance des facteurs psychiques et physiques qui poussent à fumer (Annexe V)
- ✓ Le test HAD (Hospital and Depression Scale) quant à lui, est un questionnaire structuré en 14 items. Celui-ci détermine les troubles anxieux et dépressifs des patientes (Annexe VI)
- ✓ Les tests de Richmond et Demaria qui évaluent la motivation à l'arrêt.

3.3. La prise en charge pharmacologique

La prise en charge de la dépendance physique pendant la grossesse repose sur la prise de traitements nicotiques de substitution (TNS). Leur utilisation chez les patientes fumeuses est autorisée en France depuis 1997 et est de plus en plus fréquente. [2][25] Il convient, tout d'abord, de rappeler que la dépendance au tabac est due à la nicotine contenue dans les cigarettes. En effet, cette dernière, une fois inhalée, passe rapidement au cerveau (moins de 20 secondes) et procure au fumeur des sensations de bien-être, plaisir et relaxation. Au moment du sevrage, l'ex-fumeur va alors ressentir le

syndrome de manque caractérisé par l'anxiété, l'irritabilité, le stress ce qui peut le pousser à reprendre sa consommation de cigarettes afin de palier ces effets négatifs.

Les traitements à base de nicotine vont remplacer temporairement celle contenue dans le tabac pour éviter ce manque. Administrée en faible dose par rapport aux taux inhalés avec une cigarette, la nicotine substituée ne va pas créer de phénomène d'accoutumance, en effet, la nicotémie « de substitution » obtenue reste toujours inférieure à celle observée chez les fumeurs. [4] Ce sont les pics élevés de la concentration en nicotine qui induisent les réactions cardiovasculaires et subjectives les plus intenses. Pour aider et soulager au mieux la patiente fumeuse lors de son sevrage, on va en premier lieu évaluer sa dépendance physique avec le test de Fagerström et s'aider éventuellement de la mesure de son taux de monoxyde de carbone. On détermine ainsi la quantité de substitution nicotinique dont la patiente a réellement besoin. La posologie va se baser sur la consommation moyenne journalière de cigarettes et donc sur le taux de nicotine absorbée (une cigarette contient environ 1mg de nicotine). Il s'agira, par la suite, de diminuer progressivement la posologie afin de sevrer la patiente de nicotine en évitant le syndrome de manque. [2][4][25]

3.4. Les différentes formes de traitement

3.4.1. Le patch (voie transdermique)

Cette présentation délivre lentement à la patiente environ 1 mg de nicotine par heure et ce, de façon automatique et non contrôlée. On ne retrouve donc pas de pics de concentration et, par conséquent, de sensations positives ou d'effets stimulants comme lors de l'inhalation d'une cigarette. [4]. Collé sur la peau, le patch diffuse progressivement de la nicotine dans l'organisme. L'effet débute 30 minutes environ après la pose puis se prolonge durant la journée.

Depuis 2003, l'AFSSAPS recommande l'utilisation de ce dispositif au cours de la grossesse en utilisation discontinue d'une durée de 16 heures afin d'éviter toute accumulation de nicotine et, par ailleurs, tout effet néfaste théorique sur le fœtus. [2][24][25] Appliqué une fois par jour, le dispositif transdermique procure une nicotémie de l'ordre de 50 à 70% de celle obtenue avec des cigarettes.

Il existe différents types de timbres que l'on peut appliquer pendant une durée de 16 ou 24 heures, pour ces derniers on enlèvera le patch le soir. On retrouve sur le

marché des patchs de tailles variables (de 10, 20 à 30 cm²) avec une quantité de nicotine augmentant en fonction de la grandeur du dispositif (10, 15, et 25mg pour les timbres de 16 heures et 7, 14 et 21mg pour ceux de 24 heures). Ils doivent être appliqués sur une surface de peau propre, sèche, sans lésions cutanées ou irritations car cela pourrait modifier la bonne assimilation par l'organisme de la nicotine contenue dans ces dispositifs. [4] La face externe du bras, de l'épaule, la cuisse ou les fesses sont les surfaces les plus couramment utilisées. Il est recommandé de changer le patch de place chaque jour. [31] Les effets négatifs pouvant faire interrompre le traitement sont l'érythème, le prurit. Il peut effectivement apparaître des rougeurs ou des démangeaisons au niveau du site d'application du patch. Il faut adapter la posologie du traitement en fonction de la dépendance. Pour les gros fumeurs, on commence, en général, par prescrire pendant 3 à 4 semaines un dispositif de 30 cm². L'objectif étant de diminuer progressivement les doses. Il faudra, par la suite, passer à un patch de 20 cm² pendant à nouveau 3 à 4 semaines et enfin à 10 cm² pour une même durée de prescription. Le prix est d'environ 15 euros pour une semaine. [33]

Depuis le 1er février 2007, les traitements d'aide à l'arrêt du tabac sont pris en charge par l'assurance maladie dans une limite de 50 euros par année civile et par personne et depuis le 1er septembre 2011, pour les femmes enceintes, le montant de prise en charge est augmenté à 150 euros. Cette somme peut être utilisée en totalité ou échelonnée. [32]

3.4.2. Les gommes à mâcher

Présentées sous deux dosages, (2 et 4 mg), seules les gommes de 2mg sont prescrites pendant la grossesse. Il existe différents types de parfums comme menthe, fruits, orange ou encore nature. Les gommes doivent être utilisées en cas de besoins impérieux appelés « craving » (sorties, pauses, stress, par exemple).[24]. Afin d'atteindre une efficacité optimale, ces dernières doivent être mâchées une à deux fois pendant une minute puis laissées au repos dans la bouche pendant deux minutes et ce en alternance pendant environ une demi-heure. La nicotine libérée par les gommes est d'autant plus efficace en cas de mastication et non de déglutition. Un pic plasmatique optimal est atteint 20 à 30 minutes après le début de la mastication.

Le but de ces gommes n'est pas de se substituer à un quelconque chewing-gum mais de faire passer momentanément l'envie de fumer. Il faut donc s'en débarrasser une

fois l'objectif atteint. La nicotine diffuse principalement au sein de la cavité buccale et va passer lentement à travers l'épithélium, ce qui explique sa faible vitesse d'absorption. De plus, il faut éviter de boire des boissons à pH acide (café, cola, jus de fruit) environ 15 minutes avant la prise d'une gomme car cela diminue fortement l'absorption de la nicotine libérée. Pour substituer environ deux cigarettes, il faut prescrire une gomme de 2mg. Les principaux effets indésirables sont les brûlures d'estomac, les irritations de la gorge et de la bouche ou encore les aphtes. On retrouve aussi l'insomnie, l'irritabilité, les nausées et les vomissements. La durée d'utilisation recommandée est de six mois avec diminution progressive du nombre de gommes mâchées. Le prix est de 3,50 € (boîte de 12) à 20 € pour (boîte de 96). [4][2][25] [33]

3.4.3. Les tablettes (microtabs)

Elles permettent, elles aussi, de contrôler les envies irrésistibles de fumer. Elles doivent être placées sous la langue et fondent dans la bouche. Il n'existe qu'un seul dosage de 2mg de nicotine libérée en approximativement vingt minutes, il n'y a que le parfum citron de disponible. On conseille 1 à 2 comprimés par prise, jusqu'à 16 à 24 par jour en cas de forte dépendance (maximum 30) et 8 à 12 si peu dépendant. On peut observer comme effets secondaires des nausées, céphalées, toux, brûlures et irritations buccales. La consommation de café ou de jus de fruits est déconseillée 15 minutes avant la prise (modification de l'absorption de nicotine au niveau buccal). Le prix est de 8 € (boîte de 30) à 22 € (boîte de 100). [2][4] [33]

3.4.4. Les comprimés à sucer

Il faut sucer le comprimé pendant 20 à 30 minutes en le faisant circuler d'un côté à l'autre de la bouche jusqu'à dissolution complète et s'abstenir de boire ou de manger lorsque le comprimé est dans la bouche. Ils ont une pharmacocinétique et une durée de traitement similaire aux tablettes. Cependant, leur dosage est différent puisque les comprimés existent en 1 ; 1,5 ; 2 et 4mg. On les trouve sous deux parfums différents, menthe fraîche et menthe-régliasse. On recommande d'utiliser 8 à 12 comprimés par jour. La consommation de café ou de jus de fruits est déconseillée 15 minutes avant la prise (modification de l'absorption de nicotine au niveau buccal). Le prix est de 3 € (boîte de 12) à 30 € (boîte de 100). [4][33]

3.4.5. L'inhaleur

Ce dispositif répond à la fois au manque physiologique de nicotine et à l'action mécanique de fumer. L'inhaleur est un dispositif composé d'un embout à l'intérieur duquel est placée une cartouche de nicotine. Cette cartouche contient 10 mg de nicotine et en libère 4-5 par bouffée (1 cartouche correspondant à environ 200 bouffées). La nicotine est donc libérée lorsque le fumeur tire une bouffée sur ce dispositif. Les effets secondaires sont semblables aux autres TNS (irritation de la gorge, bouche et toux). La consommation de café ou de jus de fruits est aussi déconseillée 15 minutes avant la prise. Le prix est de 12 € (boîte de 6 cartouches) à 22 € (boîte de 18 cartouches). [4][27][33]

3.4.6. Posologie d'un traitement nicotinique de substitution

Exemple de posologie en fonction du taux de CO dans l'air expiré chez la femme enceinte, si il y'a eu échec du sevrage sans traitement et \ou syndrome de manque. [2]

- ✓ CO < 10 ppm (petit tabagisme ou tabagisme passif) → Gommages, tablettes, comprimés ou pastilles à sucer
- ✓ 10 ppm < CO < 20ppm (tabagisme actif) → Patchs 10 mg ou 15 mg +/- gommages et tablettes
- ✓ 20 ppm < CO < 30 ppm (tabagisme actif important) → Patchs 15 mg ou 21mg +/- gommages et tablettes
- ✓ CO > 30 ppm (tabagisme actif intense) → Patchs 21mg +/- gommages et tablettes

3.4.7. Acupuncture et homéopathie

Ce sont deux alternatives aux traitements nicotiniques de substitution mais ces méthodes ne sont pas validées par la société française de tabacologie. De plus il est difficile d'évaluer chacune de ces deux pratiques car il existe peu d'études concernant leur efficacité respectives.

Partie 2

L'étude

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

La conférence de consensus de 2004 portant sur la grossesse et le tabac révèle que 35% des femmes continuent à fumer pendant leur grossesse.

En 2010 un mémoire sage-femme intitulé « le tabac n'est pas tabou parlons en autour d'une grossesse » montre que 58% des patientes enquêtées (sur le CHR Metz-Thionville) déclarent ne pas avoir été informées des bénéfices de l'arrêt du tabac, de plus 64% déclarent ne pas avoir reçu d'information sur l'existence des moyens d'aide au sevrage tabagique utilisables pendant la grossesse.

La problématique de cette étude étant « **Quelle est la prise en charge de la sage femme quant à l'aide au sevrage tabagique de la femme enceinte ?** », il me paraissait donc nécessaire de s'intéresser aux modalités de mise en œuvre des différentes techniques d'aide au sevrage tabagique afin de savoir si la prise en charge des patientes est optimale, si nous pouvons trouver des dysfonctionnements qui pourraient expliquer les chiffres actuels sur les femmes enceintes fumeuses.

1.2 Objectifs et hypothèses

Le premier objectif était de s'intéresser aux modalités de mise en œuvre des différentes techniques d'aide au sevrage : quelle stratégie mettent en place les professionnels pour l'aide à l'arrêt du tabac et que proposent ils à ces femmes enceintes fumeuses ?

Le deuxième objectif était de sensibiliser les professionnels et de renforcer leurs connaissances sur le thème du sevrage tabagique.

Les hypothèses de recherche quant à elles, sont que les outils nécessaires pour l'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte sont mal connus ou mal exploités et que les professionnels n'apportent pas une prise en charge optimale sur les techniques de sevrage.

1.3 Description de la méthode

1.3.2 Outil de recherche

J'ai réalisé un questionnaire qui a pour but d'évaluer les pratiques professionnelles. Ce dernier a été distribué uniquement aux sages femmes exerçant en milieu hospitalier. 115 questionnaires ont été déposés dans les différents services de consultation prénatales, échographies, urgences gynécologiques et obstétriques ainsi que service de grossesse pathologiques. Au final 42 questionnaires ont été remplis. Il a été volontairement choisi de ne pas en adresser aux sages femmes de suites de couches et de salles de naissances car mon étude se concentre uniquement sur les femmes enceintes, mon objectif étant de mettre en place un suivi tout au long de la grossesse, de plus les heures passées en salle de naissance ne me semblent pas un moment opportun pour informer et initier une femme au sevrage tabagique.

1.3.3 Dates et lieu de réalisation

L'étude a été réalisée du 16 Octobre 2012 au 14 Janvier 2013 à l'hôpital Maternité de Metz, l'hôpital Bel Air à Thionville, l'hôpital Robert Pax à Sarreguemines ainsi que le centre hospitalier Emile Durkheim à Epinal. Ce choix est directement corrélé aux lieux où j'ai effectué mes stages lors de ma formation.

1.3.4 Difficultés rencontrées

La seule difficulté rencontrée a été de réussir à obtenir un nombre suffisant de réponses. Malgré plusieurs relances et une note explicative joint aux questionnaires je n'ai pu obtenir que 36% de réponses.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

➤ *Dans quel service travaillez-vous ?*

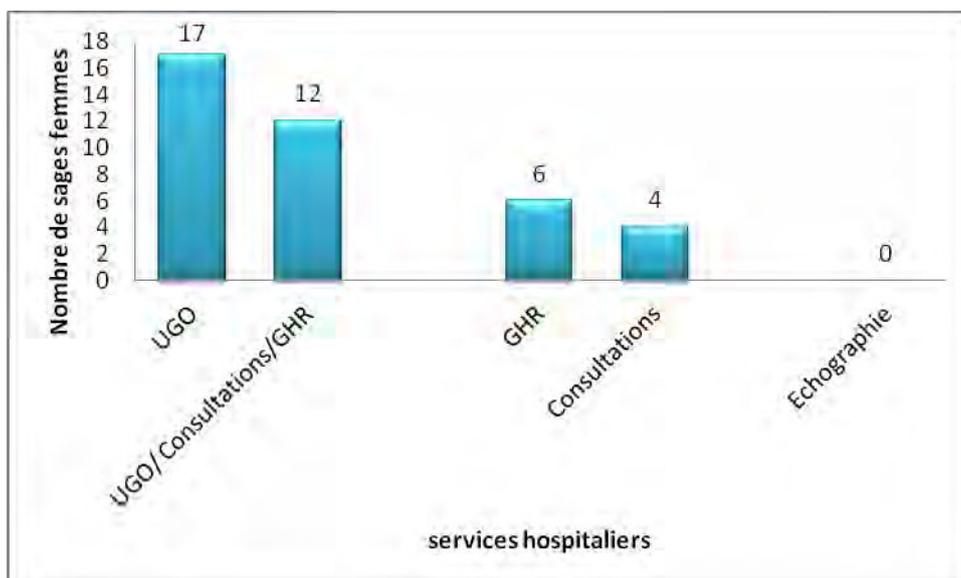


Fig1 : Les Différents secteurs d'activité des sages femmes

La majorité des sages femmes ayant répondu à ce questionnaire travaillent aux urgences gynécologiques et obstétriques (UGO), 1/3 d'entre elles sont polyvalentes aux UGO, en service de grossesse à haut risques (GHR) et consultations prénatales. Aucune sage femme échographe n'a répondu au questionnaire.

➤ *Vous sentez vous concerné par la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ?*

OUI : 36/42 NON : 6/42

Plus de $\frac{3}{4}$ des sages femmes se sont estimés concernées par la prise en charge du sevrage tabagique.

➤ *Quel est votre degré de motivation par rapport à cette prise en charge ?*

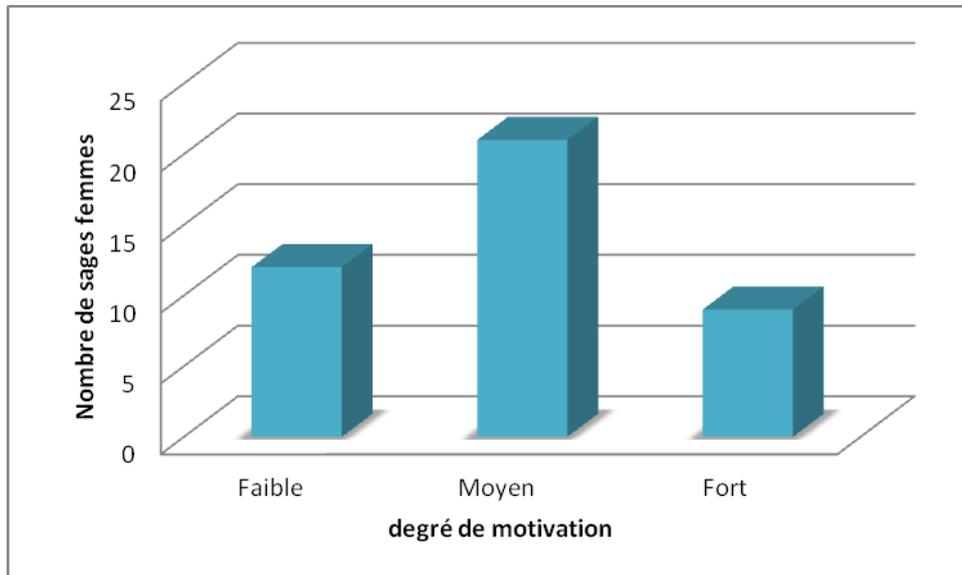


Fig2 : Motivation des sages femmes à prendre en charge le sevrage tabagique

La moitié des sages femmes sont moyennement motivées à prendre en charge le sevrage tabagique et près d'un tiers le sont que faiblement.

➤ *Au cours de vos études ou actuellement en tant que professionnelle, avez-vous eu des formations relatives à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ?*

OUI : 25/42 NON : 17/42

Plus du tiers des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire n'a jamais eu, au cours de ses études ou dans le milieu professionnel, de formation relative à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte fumeuse.

➤ *Si non, aimeriez- vous en avoir une ?*

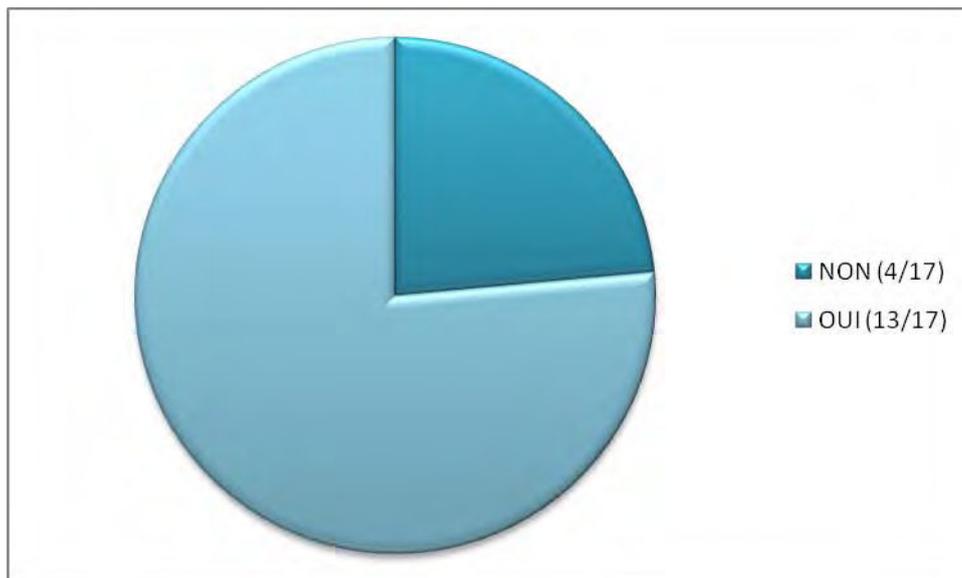


Fig3 : Sages femmes non formées souhaitant recevoir une formation sur la prise en charge du sevrage tabagique

3/4 des sages femmes n'ayant jamais eu de formation concernant la prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses souhaiteraient en bénéficier.

➤ *Connaissez- vous le conseil minimal ?*

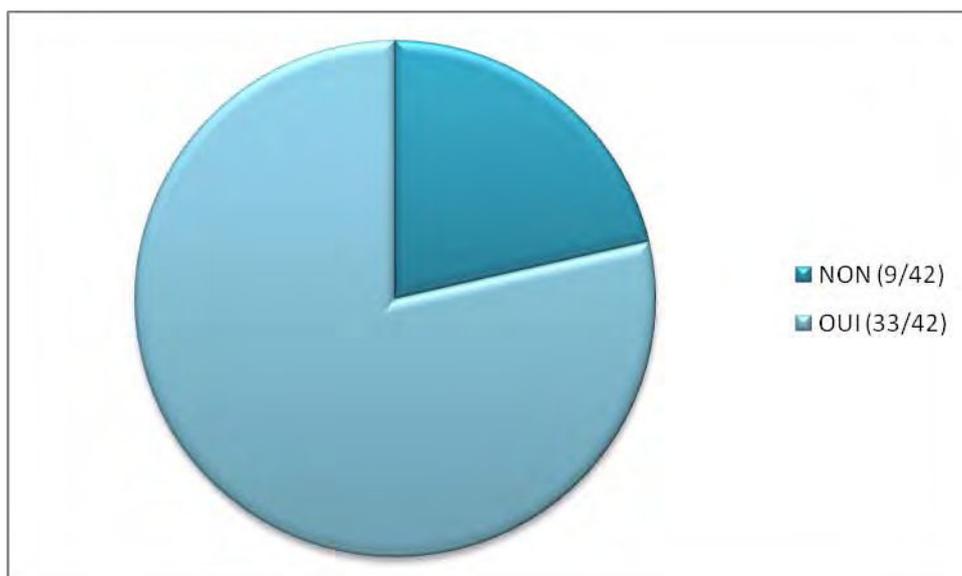


Fig4 : Sages femmes connaissant le conseil minimal

4/5 ème des sages femmes déclarent connaitre le conseil minimal.

➤ *Si oui, l'utilisez-vous ?*

OUI : 31/35 NON : 4/35

La grande majorité des sages femmes connaissant le conseil minimal l'utilisent aussi.

➤ *La sage femme a-t-elle un droit de prescription dans le cadre du sevrage tabagique ?*

OUI : 41 /42 NON : 1/42

La quasi-totalité des sages femmes interrogées connaissent leur droit de prescription dans le cadre du sevrage tabagique.

➤ *Quels outils utilisez-vous pour aborder la consommation de tabac pendant la grossesse avec vos patientes ?*

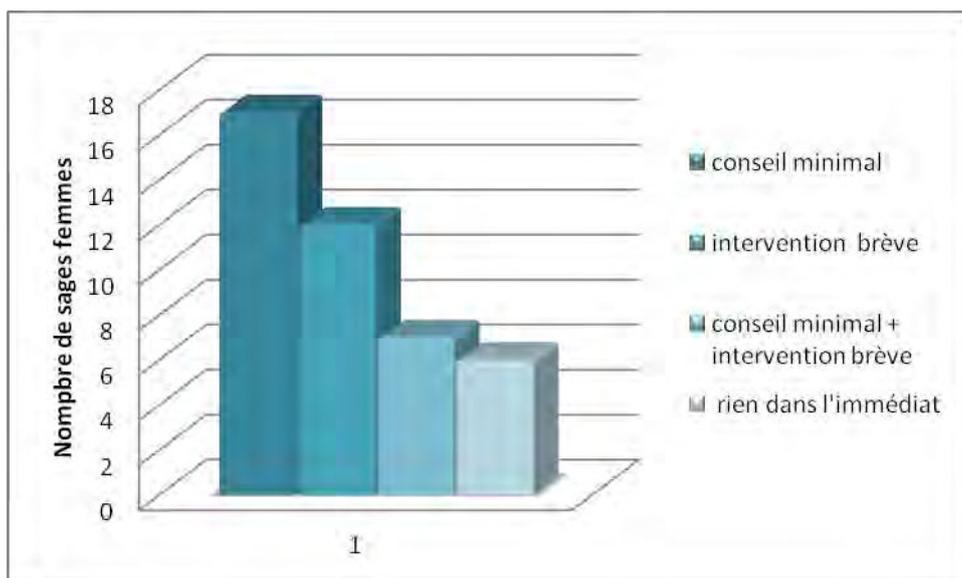


Fig. 5 :Outils utilisés pour aborder la consommation de tabac pendant la grossesse

¼ des sages femmes interrogées n'utilisent aucun outil pour aborder la consommation de tabac pendant la grossesse.

➤ *Connaissez-vous le test de Fagerström ?*

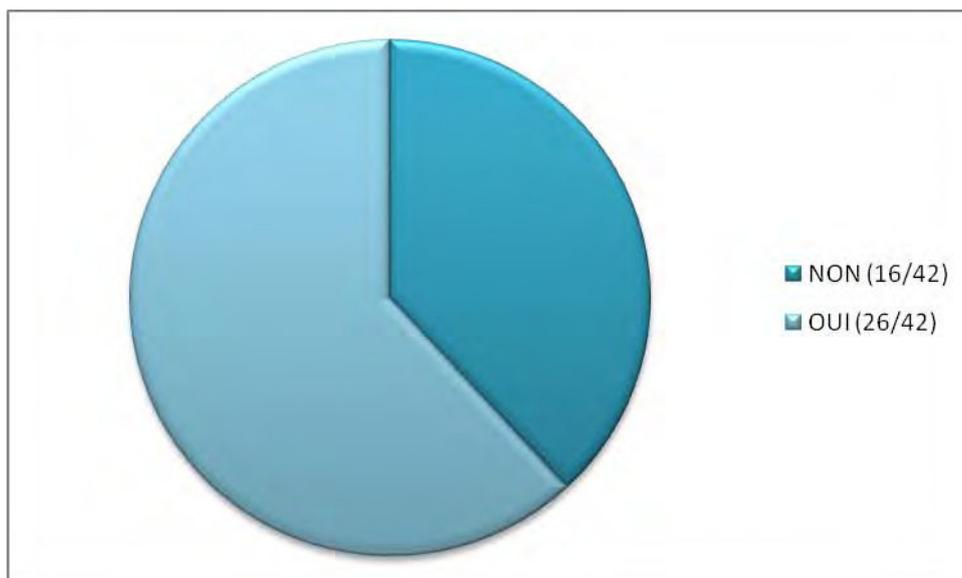


Fig. 6 : Sages –femmes connaissant le test de Fagerström

Plus du tiers des sages femmes interrogées ne connaissent pas le test de Fagerström.

➤ *Si oui, avez-vous l'habitude de vous en servir ?*

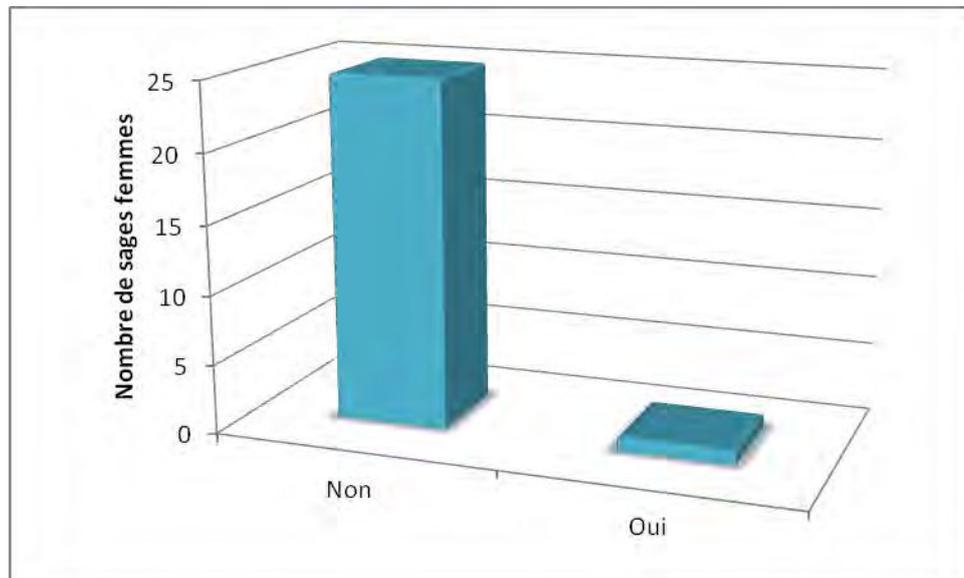


Fig. 7 Sages femmes connaissant et utilisant le test de Fagerström

La quasi-totalité des sages femmes connaissant le test de Fagerström déclarent ne pas avoir l'habitude de s'en servir lors d'une consultation de sevrage tabagique.

➤ *Quelle prise en charge et accompagnement leur proposez-vous ?*

- Pour la moitié des sages femmes leur prise en charge est de diriger la patiente vers une consultation avec un tabacologue .
- 1/3 des sages femmes proposent en association avec une consultation tabacologique les différents traitements nicotiniques, patchs, comprimés sublinguaux, gommes à mâcher.
- 5 sages femmes ont déclaré ne rien faire dans l'immédiat.
- 1 sage femme utilise le test de Fagerström en association avec les patchs, inhalateurs, comprimés sublinguaux , et gommes à mâcher .
- 1 sage femme déclare diriger la patiente fumeuse vers un tabacologue et un psychologue.

➤ *Pensez-vous que cela soit efficace et suffisant ?*

A cette question 5 sages femmes n'ont pas répondu.

OUI : 18/37 NON : 19/37

La moitié des sages femmes estiment que la prise en charge du sevrage tabagique d'une femme enceinte est inefficace et insuffisant.

➤ *Si non, que proposeriez-vous d'autre pour améliorer la prise en charge ?*

14 sages femmes sur les 37 ayant répondu « non » à la question précédente ont proposé une prise en charge.

- 3 sages femmes ont proposé une meilleure formation des professionnels pour « permettre la prise en charge des patientes en dehors de la présence du tabacologue » et « pour être plus crédible »
- 3 sages femmes ont proposé une mesure du CO dans l'air expiré à chaque consultation
- 2 sages femmes proposent une orientation automatique vers la sage femme tabacologue et ce dès la première consultation prénatale.
- 1 sage femme préconise un suivi et un accompagnement plus régulier des femmes enceintes fumeuses et de « proposer tout le long de sa grossesse une aide au sevrage ».
- 1 sage femme pense qu'il faudrait prendre le temps d'expliquer à la patiente les conséquences de son tabagisme sur son bébé.
- 1 sage femme propose que chaque femme enceinte fumeuse reçoive différentes plaquettes informatives sur les effets néfastes du tabagisme à venir.
- 2 sages femmes conseillent l'homéopathie
- 1 sage femme conseille l'acupuncture

- *Avez –vous entendu parler de la mesure du monoxyde de carbone dans l’air expiré ?*

OUI : 40/42 NON : 2/42

La grande majorité des sages-femmes interrogées connaissent l'existence du test permettant de mesurer le taux de CO expiré chez les patientes fumeuses.

- *L’avez-vous déjà pratiquée ?*

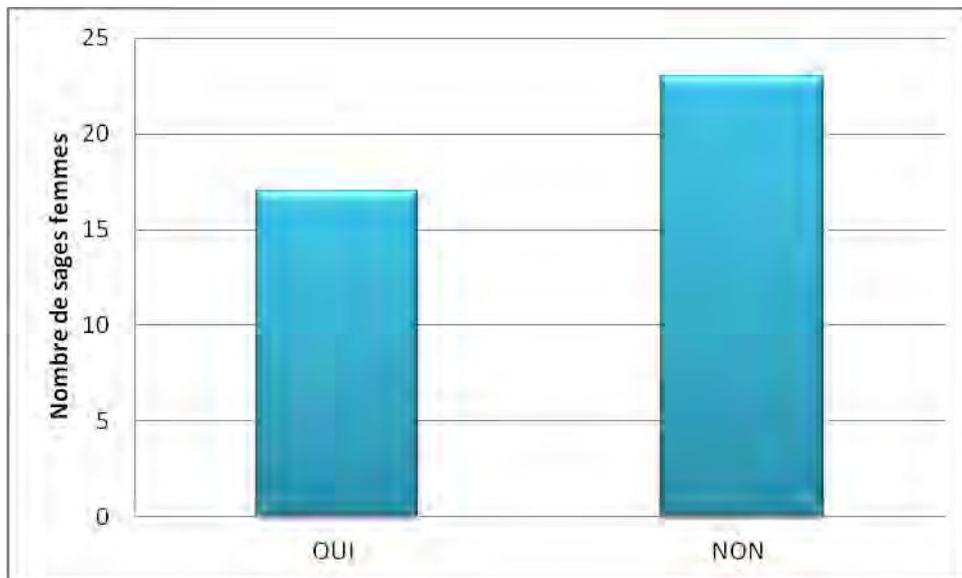


Fig. 8 Sages femmes ayant déjà utilisé le testeur de CO

Plus de la moitié des sages-femmes connaissant le testeur de CO ne l'a jamais utilisé.

➤ *Etait-ce :*

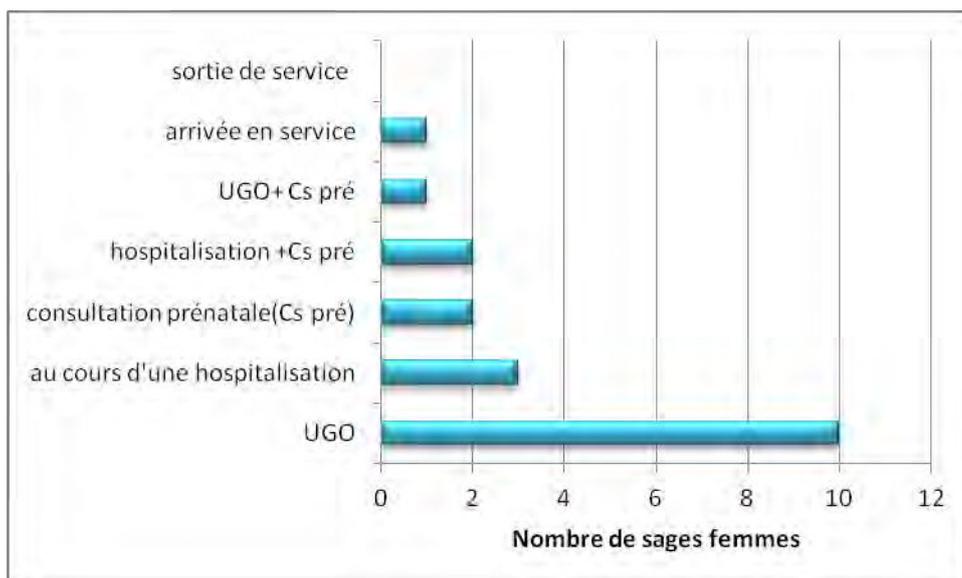


Fig. 9 Utilisation la plus fréquente du testeur à CO

Globalement, le dispositif permettant de mesurer le taux de CO expiré chez les femmes enceintes fumeuses a été le plus fréquemment utilisé lors d'une consultation aux Urgences Gynécologiques et Obstétriques et au cours de leur séjour hospitalier.

➤ *Savez-vous interpréter ce résultat ?*

OUI : 18/40 NON : 22/40

Plus de la moitié des sages-femmes connaissant l'existence du testeur au CO ignorent la signification des taux obtenus.

- Vous déterminez le dosage du traitement de substitution nicotinique à l'aide de :

35 sages femmes ont répondu à cette question.

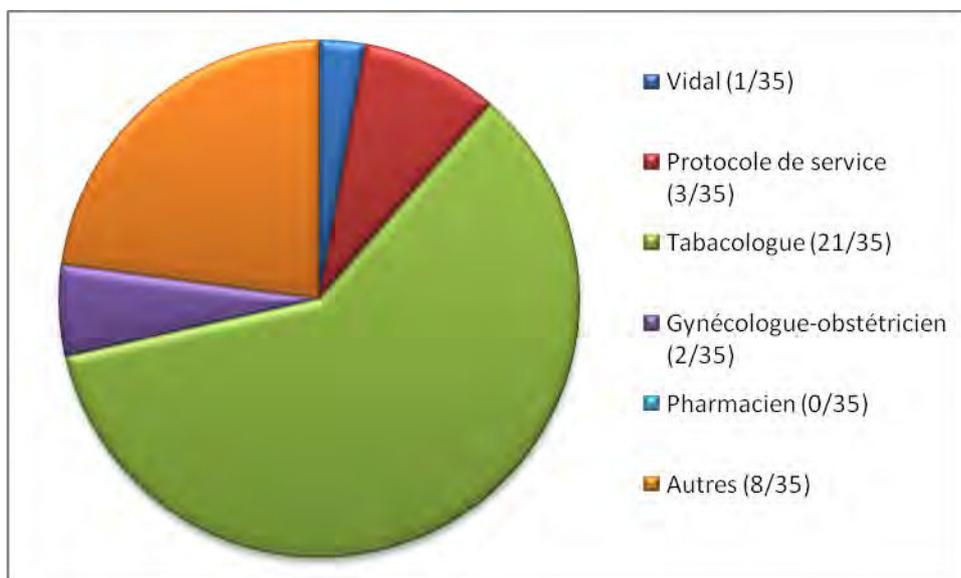


Fig. 10 Détermination de la dose de nicotine à prescrire en cas de sevrage tabagique

De façon générale, les sages-femmes ont presque toujours fait appel au tabacologue pour déterminer la dose de nicotine à administrer à une patiente fumeuse afin d'initier un sevrage tabagique. 8 sages femmes ont répondu « autres », 6 ont déclaré ne rien faire faute de savoir, 1 sage femme utilise le test de Fagerström combiné au taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré et 1 sage femme déclare faire appel à une de ses collègues.

- *Votre statut : fumeuse, ex-fumeuse, non fumeuse (à préciser)
vous aide t'il à accompagner ces patientes ?*

35 sages femmes sur 42 ont répondu à cette question.

-18 sages femmes ont déclaré être non fumeuse pour la moitié ce statut n'a pas d'influence pour la prise en charge de ces patientes, l'autre moitié déclare notamment « qu'il est difficile de comprendre le phénomène de dépendance », « ne pas comprendre qu'une femme enceinte continue à fumer alors qu'elle connaît les risques pour son enfant ». Deux sages femmes ont précisé qu'elles manquaient de temps pour faire une consultation d'aide au sevrage.

-5 sages femmes ont déclaré être ex-fumeuse, 4 d'entre-elles estiment être « plus tolérante par rapport au manque » et « accorder plus d'intérêt à la prise en charge », une sage femme a déclaré être encore moins tolérante depuis son sevrage vis-à-vis des patientes fumeuses.

-12 sages femmes ont déclaré être fumeuse, toutes ont répondu que ce statut les rendaient « plus sensibles au phénomène de manque », « plus compréhensive par rapport au besoin de fumer »

Partie 3

Discussion

1. DISCUSSION

1.1 La prise en charge initiale

Plusieurs études montrent que la prise en charge du tabagisme doit se faire le plus précocement possible.

L'enquête ESCAPAD, réalisée depuis le début des années 2000 au moment de la Journée d'Appel à la Défense (JAPD), révèle que 40,2% des jeunes femmes de 17 ans fument en 2000 et 37,2% en 2003. Ces chiffres nous dévoilent une diminution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes femmes mais ils demeurent, tout de même, relativement élevés. En 2003, la prévalence des fumeuses de 18 à 24 ans atteint 46%. Le tabagisme actif précoce rend plus difficile le sevrage car il provoque chez les fumeuse une dépendance plus forte et plus ancrée. Il conviendrait de renforcer les actions de prévention déjà existantes au sein des collèges et lycées ou de multiplier leur nombre afin de réduire la proportion des plus jeunes fumeuses. L'augmentation du prix des cigarettes de 6% chaque année, les signalétiques sur les paquets, les publicités ainsi que l'interdiction de fumer dans les lieux publics ont été mis en place afin de décourager les consommatrices. [34]. En 2004, selon la British Medical Association, ce sont justement les femmes en âge de procréer qui fument le plus. Il faut donc diminuer le taux de femmes fumeuses qui sont susceptibles d'adopter un comportement à risque pendant leur grossesse.

Le registre AUDIPOG, dont les éléments fournis sont rassemblés auprès de multiples maternités françaises, montre qu'entre 1994 et 2003, le nombre de femmes enceintes fumeuses a diminué. En effet, on passe de 23% en 1994 dont 8,25% fument plus de dix cigarettes par jour (7770 patientes interrogées) à 19,5% en 2003 avec 6,3% des femmes fumant plus de dix cigarettes par jour (7218 patientes interrogées). Cependant, ces résultats ne représentent pas forcément le taux réel du tabagisme de ces femmes au cours de leur grossesse car ils reposent sur leurs propres déclarations et sont à priori sous estimés. En janvier 2004, une étude menée (National Survey on Drug Use and Health) révèle qu'une proportion d'environ 18% de femmes fument durant leur grossesse.

Une information plus prononcée sur les méfaits du tabac dans la vie quotidienne et au cours de la grossesse ainsi qu'un renforcement de la prévention pourraient être effectué par les sages femmes qui interviennent tout au long de la vie des femmes (par exemple lors d'une consultation pour la prescription d'un contraceptif). Lors d'une première consultation de grossesse, lorsqu'un sevrage n'a pas pu être mis en place en amont, il est important d'interroger la patiente sur ses habitudes tabagiques au risque de provoquer des complications pouvant menacer leur santé. Même s'il est difficile de tout aborder en une seule consultation, il est nécessaire de donner des plaquettes d'informations, de discuter d'un éventuel sevrage ou même de rediriger vers un professionnel plus qualifié comme le tabacologue. Il existe pour cela, deux techniques très simples d'utilisation pour établir le contact et parler du sevrage avec les patientes. Ce sont le « conseil minimal » ou « l'intervention brève ». Il s'agit de poser deux questions (Fumez-vous ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ?) et de donner une information. Ces techniques ne prennent que très peu de temps et sont faciles à effectuer. Les résultats nous montrent que la majorité des sages femmes utilisent le conseil minimal et/ou l'intervention brève pour aborder la consommation tabagique (fig5). Ces actions répétées peuvent avoir une influence sur le comportement à risque de ces femmes de façon immédiate ou à plus long terme. Il est également important que toutes les sages femmes soient un minimum formées pour aider et prendre en charge efficacement les patientes car ¼ d'entre elles n'abordent pas le sujet de la consommation de tabac avec les patientes. (fig.5)

La prise en charge tabagique doit être effectuée le plus précocement possible pour soulager rapidement les patientes et leur éviter le stress lié au syndrome de manque. Si la sage femme prend connaissance du statut tabagique de la femme qu'en cours voire en fin de grossesse la prise en charge du sevrage doit tout de même se faire, il n'est jamais trop tard. En effet, même une infime réduction du nombre de cigarettes fumées par jour à tout moment de la grossesse, reste un élément positif pour le devenir de cette dernière. [11]. Il est donc évident qu'une aide à l'arrêt du tabac à n'importe quel moment de la grossesse est favorable. [8] On peut prendre l'exemple du RCIU dont l'incidence est la plus importante au troisième trimestre. L'impact sur le poids de naissance s'effectue donc à ce terme et un arrêt du tabac même à ce stade permet une amélioration du poids de naissance.

Il faut aussi mettre rapidement en place une aide et un suivi au sevrage pour palier les difficultés de ces patientes.

1.2 La formation des sages-femmes au sevrage tabagique

D'après l'analyse des résultats obtenus plus du tiers des sages-femmes (dix-sept sur quarante deux) n'a jamais eu, au cours de ses études ou dans le cadre de sa formation continue, d'enseignement relatif à la prise en charge du sevrage tabagique. Il est à retenir que trois quart de ces sages-femmes souhaiteraient en avoir un. Selon A. Stoebner-Delbarre et F. Letourmy (*Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôle des professionnels de santé* – Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie 2005) les professionnels de santé estiment ne pas être assez formés à la prise en charge tabagique chez les femmes fumeuses. De plus, il y est mentionné le fait que plus le corps médical est formé, plus il incite les patientes à initier un sevrage tabagique.

D'autres études de la littérature nous montrent également qu'une formation est utile et efficace. Les professionnels de santé formés sont plus enclins à soutenir les femmes enceintes fumeuses et à les entraîner vers une démarche de sevrage. Il existe un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de tabacologie, cependant une formation simple et courte où serait rappelé l'urgence que représente le tabagisme chez les femmes enceintes et l'importance de la mise en place d'une aide au sevrage précoce est nécessaire à l'ensemble des sages-femmes. La prise en charge initiale face à une femme enceinte qui fume pourrait rapidement être apprise.

Les résultats montrent que les sages-femmes font majoritairement appel au tabacologue pour déterminer la dose de substituts nicotiques à prescrire (fig.10). Cela peut être corrélé au fait que la moitié des sages-femmes ayant répondu estiment que leur propre prise en charge soient inutiles et inefficaces. On peut donc suggérer qu'il y a un manque de confiance dans leurs pratiques professionnelles qui pourrait être rétabli avec un enseignement spécifique. Certains écrits de la littérature comme le texte de

A.Stoebner-Delbarre et F. Letourmy (*Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôle des professionnels de santé* – Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie 2005) vont, par ailleurs, dans ce sens.

Il est important, la encore, de rappeler que l'aide au sevrage est un des rôles capital dans la profession de sage-femme et qu'il est donc de son devoir de pouvoir soutenir une patiente.

Si les patientes consentent à un sevrage, on pourra tenter plusieurs approches afin de les sensibiliser, les informer et les guider vers une prise en charge adaptée. Si une patiente refuse l'aide des professionnels de santé, il est tout de même nécessaire de réitérer ces interventions car elle pourra peut-être revenir sur sa première décision. Le texte de M. Adler explique que même si une patiente refuse une aide à l'arrêt, il convient de lui donner rendez-vous rapidement pour continuer l'effort de persuasion et inciter à stopper le tabagisme.[25] A. Stoebner-Delbarre et F. Letourmy (*Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer: rôles des professionnels de santé*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005) nous affirment que les entretiens motivationnels doivent être répétés car certaines fumeuses ont besoin de plusieurs tentatives avant de définitivement stopper leur tabagisme.

Par ailleurs, les résultats de notre étude montrent que le tabacologue est la première personne contactée afin de prendre en charge le sevrage (fig. 10). Il est dommage que les sages-femmes, qui ont pourtant le droit de prescrire des substituts nicotiques et qui possèdent une relation privilégiée avec les patientes, ne fassent pas partie des « figures emblématiques » de la prise en charge du sevrage tabagique. Nous devons, lorsque nous le pouvons, être les premières à amorcer ce mécanisme. Nous avons les compétences légales mais pas le sentiment d'être assez formées. Nos connaissances en matière de tabagisme pourraient être remises à jour. Une formation de base, avec un apprentissage des premiers gestes et conduites à tenir à effectuer serait utile pour une prise en charge plus efficace et rapide des femmes enceintes fumeuses. Une publication montre qu'un frein essentiel à la prise en charge du sevrage tabagique est le manque de formation ressenti par les professionnels de santé (Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. *Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer: rôles des professionnels de sante*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005) En effet, si par exemple une patiente est hospitalisée au milieu de la nuit, un vendredi soir, qu'elle fume

vingt cigarettes par jour (soit environ une par heure), faut-il attendre l'arrivée du tabacologue le lundi matin, pour soulager cette patiente alors qu'il y a des sages-femmes habilitées à débiter un sevrage ? Peut-on laisser une patiente, déjà angoissée par son état médical, s'installer dans un état de manque ?

Ce serait alors ignorer la souffrance de celle-ci ainsi que celle de son fœtus et ne pas agir en tant que soignant. Le statut et la place du tabacologue ne sont cependant pas remis en question et il faudra rediriger les patientes vers celui-ci si le besoin s'en ressent. [25] [24]

On note que plus du tiers des sages-femmes interrogées ne connaît pas le test de Fagerström. Il permet d'apprécier la dépendance au tabac des fumeurs et d'établir une posologie pour les TNS. En parallèle la quasi-totalité des sages-femmes connaissant ce test ne s'en sert pas. La encore, une formation est indispensable puisqu'une sage femme a le droit de prescrire des TNS à une patiente fumeuse. Nous devons donc connaître et apprendre à utiliser les outils nécessaires à cet acte.

1.3 L'information délivrée aux patientes

Tout d'abord, nous remarquons que trois quart des sages-femmes interrogées se sentent concernées par la prise en charge du sevrage tabagique mais modérément motivées à prendre en charge le sevrage tabagique des patientes (fig.2).

Je me suis alors demandé si le propre statut tabagique de la sage femme pouvait avoir une influence dans la prise en charge du sevrage. Plus du tiers des sages femmes ayant répondu est fumeur ou ex fumeur et toutes déclarent que ce statut les aide à accompagner ces patientes. Cette différence de « sensibilité » et de « compréhension » du manque ressenti par ces femmes peut jouer un rôle dans la rapidité de la mise en place d'une aide au sevrage.

Nos résultats mettent en évidence qu'une sage-femme non fumeuse perçoit en premier lieu les risques fœtaux et obstétricaux liés au tabagisme mais pas la situation d'urgence qu'engendre le manque d'une cigarette chez une femme enceinte fumeuse. Sensibiliser et informer toutes les sages-femmes sur les conséquences psychologiques qu'entraîne le syndrome de manque amèneraient sûrement une prise en charge plus

précoce. Cela pourrait diminuer par exemple, lors d'une hospitalisation en grossesse pathologique, le niveau d'angoisse ressenti par les patientes fumeuses, la peur pour le devenir de leur grossesse ainsi que l'éloignement avec leurs proches.

1.4 L'accompagnement de la femme fumeuse

Le texte des recommandations de la conférence de consensus de 2004(*grossesses et tabac*) montre que seule une femme sur cinq a reçu, au cours de sa grossesse, une proposition d'aide à l'arrêt du tabac. Il est important que les patientes se sentent entourées et soutenues pour mener à bien leur sevrage. Cela peut poser problème car même si les patientes sont relativement motivées pour arrêter de fumer, un manque de soutien peut rapidement les décourager et faire échouer ou repousser toute tentative future de sevrage. Il faudrait ainsi établir un suivi régulier avec les professionnels de santé.

Il est important d'informer l'entourage pour évoquer avec lui les dangers du tabagisme actif ou passif ainsi que l'influence qu'il peut avoir chez la patiente. En effet, les études menées par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation en santé) montrent un taux de fumeurs de 33 % dans la population générale française en 2002-03. Ceux-ci sont donc susceptibles de côtoyer des femmes en âge de procréer. Le tabagisme passif réel appliqué aux femmes enceintes ne peut cependant pas être mesuré du fait de l'absence d'études spécifiques sur ce sujet. Le fait pour une femme enceinte d'arrêter de fumer est indépendant du risque d'exposition au tabagisme des autres, en particulier du compagnon. Les femmes qui arrêtent de fumer avant et après leur grossesse ont des partenaires plus souvent non fumeurs que celles qui poursuivent leur tabagisme. Le tabagisme du compagnon influence le résultat de la tentative d'arrêt de la femme, celle-ci présentant plus de difficultés à arrêter dans ce cas.

Sans appui fiable et soumises à la tentation, le sevrage ne peut qu'échouer. [25]
Un écrit de A. Stoebner- Delbarre et F. Letoutmy (*Conduites à tenir pour aider les*

femmes enceintes à arrêter de fumer : rôle des professionnels de santé) publié dans le Journal de Gynecologie-Obstetrique et Biologie en 2005, nous explique que des encouragements ainsi qu'un soutien prononcé peuvent favoriser le maintien à plus longue échéance du sevrage. Un autre texte également paru dans le Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie en 2005 et écrit par M. Adler, soutient que la prise en charge du conjoint est un élément primordial et que ce dernier doit intervenir dans toutes les étapes de la grossesse. [25] Son arrêt est bénéfique pour sa propre santé, celle de sa compagne et de son futur enfant.

L'accompagnement des patientes fumeuses vers un arrêt total du tabagisme est un devoir pour les professionnels de santé. Un texte de C.Meier, *Substituts nicotiniques et droits de prescription des sages-femmes* paru dans La Revue Sage-femme en 2009, démontre que de nombreux textes officiels autorisent et favorisent une prise en charge menée par les sages-femmes. Il est également prouvé que nous possédons une place de choix pour soutenir les femmes enceintes fumeuses. Nos multiples domaines d'activités (consultations en urgence et prénatales, hospitalisation...) nous permettent d'informer, dépister, aider, ou rediriger lorsque cela est nécessaire les patientes fumeuses. En effet, les bénéfices apportés par un sevrage et ce, à n'importe quel moment de la grossesse, ne sont en aucun cas négligeables. Ne pas proposer un soutien ou ne pas pouvoir le faire du fait d'un manque de connaissances est contraire au métier de sage-femme qui est, en partie, d'aider et d'accompagner la femme enceinte au cours de sa grossesse. Retarder ou sous-estimer la prise en charge du sevrage revient à sous-évaluer les dangers immédiats causés par le tabac puisque celui ci provoque des effets néfastes connus et indéniables sur le fœtus et sa mère.

Pour améliorer le système de suivi de ces patientes, une sage-femme tabacologue pourrait être attachée au service des consultations pour rencontrer spécifiquement les femmes enceintes ayant débuté un sevrage au sein de l'hôpital. Les femmes enceintes fumeuses auraient ainsi la possibilité de revenir régulièrement à l'hôpital pour poursuivre leur prise en charge. Une ordonnance de TNS fournie à la sortie des patientes ainsi que la création d'un « mini réseau interne » permettrait une continuité des soins et éviterait la sensation d'isolement des femmes fumeuses.

1.5 Le droit de prescription

La connaissance des traitements nicotiques prescriptibles par les sages-femmes, leur efficacité, la posologie à administrer est indispensable.

Notre devoir de nous informer continuellement sur nos nouveaux droits de prescription est tout à fait rempli puisque les résultats nous montrent que la quasi-totalité des sages femmes (quarante et une sur quarante deux) connaît son droit de prescription vis à vis de ces produits. Seulement, de façon parallèle il y a méconnaissance du mode d'utilisation des traitements de substitution nicotiques, or cela est bien évidemment nécessaire à la prise en charge pharmacologique du sevrage tabagique (on sait que la dose efficace à apporter à une femme enceinte fumeuse correspond environ au nombre de cigarettes fumées par jour). Dans nos résultats, nous avons observé que, les sages-femmes interrogées faisaient appel en priorité au tabacologue pour connaître la dose de substituts à administrer. Pour la moitié des sages femmes la conduite à tenir immédiate est de proposer une consultation tabacologique à une femme enceinte fumeuse.

De plus, seulement un tiers des sages femmes vont proposer des traitements nicotiques de substitution aux patientes. On note donc une certaine réticence de ces dernières à utiliser ces dispositifs et cet élément peut entraîner un retard dans la prise en charge du sevrage.

1.6 Les outils diagnostiques

L'utilisation du dispositif de mesure du CO maternel expiré est un point important à aborder. Normalement retrouvé au sein de toutes les maternités adhérentes au réseau et à la charte « Maternités Sans Tabac », on s'aperçoit qu'il n'est finalement que peu utilisé dans les différents services d'obstétrique. Celui-ci est pourtant simple à manier, peu coûteux et les taux obtenus sont immédiats. (D'après Gomez C, Marquis P : *Quelle est la place des marqueurs du tabagisme pendant la grossesse ?* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005). Il est démontré qu'il possède de nombreux avantages pour la prise en charge du sevrage tabagique. On peut, tout d'abord, énoncer le fait que cet

appareil permet à la patiente de visualiser le taux de monoxyde de carbone qu'elle inhale et qu'elle transmet directement à son enfant. Les patientes sous-estiment souvent les effets néfastes liés à leur consommation et ont ainsi un aperçu de la réalité du danger. Lors d'une revue de la littérature, Russel et al montrent qu'environ 52% des femmes enceintes fumeuses sous estiment leur statut tabagique.

De plus, le taux étant corrélé à l'importance du tabagisme, les professionnels de santé sont certains du nombre réel de cigarettes fumées par jour par les patientes et pourront donc plus facilement adapter la prise en charge du sevrage. Cette dernière repose parfois sur l'utilisation de traitements nicotiques de substitution, leur dosage étant calculé à partir du nombre de cigarettes fumées par jour (qui correspond au dosage du CO expiré). [21]

D'après les résultats du questionnaire, la majorité des sages-femmes interrogées connaît le dispositif de mesure du CO maternel expiré et seulement dix sept d'entre-elles (sur quarante) l'ont déjà utilisé (fig.8). Paradoxalement, plus de la moitié de ces dernières ignore la signification des taux obtenus. Le plus souvent, cet appareil est utilisé lors d'une consultation aux urgences gynécologiques et obstétriques. Pour les patientes hospitalisées en service de grossesses pathologiques, cet appareil est employé à leur arrivée ou au cours de leur hospitalisation. Aucune réponse ne mentionne un usage à l'approche de la sortie.

On constate une certaine incohérence à travers les résultats obtenus à la fin de notre étude et ceux issus des études de la littérature. En effet, les recherches relatives à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte, appuient fortement le rôle des sages-femmes dans cet accompagnement. Nous possédons une situation privilégiée de par la confiance que les patientes nous accordent et d'autre part, grâce à notre proximité avec celles-ci tout au long du suivi de la grossesse, lors d'une hospitalisation.... Nous pouvons et devons profiter de cette opportunité pour sensibiliser, informer ou même soutenir la femme enceinte fumeuse dans l'initiation d'un sevrage. De plus, cela fait partie intégrante de notre profession puisqu'il nous est possible de prescrire des TNS et donc de prendre en charge initialement ces patientes. Une réticence à utiliser ces produits apparait clairement et est probablement due à un manque de confiance dans nos pratiques, dans les résultats obtenus et à une méconnaissance des

techniques appropriées de prise en charge. Le dispositif mesurant le taux de CO maternel expiré est un élément jugé utile et efficace par les études de la littérature. Celui-ci est relativement bien connu par les sages-femmes interrogées mais n'est pas fréquemment employé. Par ailleurs, on note une ignorance des taux obtenus.

L'incertitude liée à l'efficacité réelle de ce dispositif résulte peut-être d'une mauvaise utilisation de la part des professionnels de santé due à un manque de formation. Un enseignement pour savoir comment établir une posologie efficace, quels TNS prescrire en première intention est indispensable. Aborder la question du testeur de CO est également nécessaire puisqu'il sert, entre autres, à mesurer la quantité nécessaire de TNS et qu'il fait partie des conditions d'adhésion à la charte « Maternité Sans Tabac ». D'après M. Adler, (*Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? Modalités de mise en œuvre des différentes techniques d'aide à l'arrêt du tabac*. Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie 2005) le personnel de santé doit être formé à son utilisation et ce dispositif doit être présent et utilisé de façon systématique. Ainsi, à tout moment, que ce soit lors d'une hospitalisation ou d'une consultation urgente, les patientes pourraient souffler dans cet appareil. Il va de soi que cette action doit être effectuée par les sages-femmes et qu'elle doit être reliée à une information claire sur les effets néfastes du tabac.

Pour résumer, il est donc nécessaire que les sages femmes pouvant prescrire des substituts nicotiques soient formées à son utilisation afin de proposer rapidement une prise en charge adaptée et efficace aux femmes enceintes fumeuses. Nous proposons pour cela de former, d'informer ou d'actualiser les connaissances des sages femmes. Chaque secteur du service de maternité (urgences gynécologiques et obstétriques, grossesses pathologiques, consultations prénatales par exemple) pourrait disposer d'un appareil permettant de mesurer le taux de CO expiré pour améliorer la qualité de prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte. Ainsi, à chaque visite, que ce soit lors d'une consultation obligatoire, urgente ou d'une hospitalisation, il serait désormais possible de sensibiliser les patientes. La mesure du taux de CO expiré devrait être aussi naturelle que la prise des constantes. [25]

2. PROPOSITIONS

2.1 Formation des sages femmes

- ✓ Proposer une journée de formation des sages femmes effectuée par du personnel qualifié (sage femme tabacologue ou tabacologue) pour établir une première approche ainsi qu'uniformiser les pratiques et le savoir de chacun. Le droit de prescription relatif aux traitements nicotiques de substitution, les différentes modalités de prise en charge, les informations à donner aux patientes enceintes fumeuses et les premiers gestes à effectuer pour initier un sevrage seraient abordés. On enseignerait également aux professionnels l'utilisation correcte du dispositif de mesure du CO expiré ainsi que la signification des taux obtenus.

2.2 Information des patientes

- ✓ Renforcer les actions de prévention au niveau des consultations prénatales ou gynécologiques à l'aide de signalétiques, brochures, posters, informations directement données par la sage femme.
- ✓ Organiser des séances de groupe réalisées par la sage-femme tabacologue et les effectuer en présence du conjoint pour une sensibilisation plus efficace aux dangers du tabac dans la vie quotidienne.
- ✓ Informer les familles sur les effets néfastes du tabagisme actif et passif et distribuer des brochures de renseignements lors des visites en service de grossesses pathologiques.

- ✓ Renforcer les signalétiques relatives au décret n° 2006-1386 interdisant de fumer dans les lieux publics.

- ✓ Ne pas hésiter à réitérer les propositions d'aide à l'arrêt lorsqu'il y a eu un premier refus.

2.3 Organisation du service

- ✓ Intégrer des horaires de consultation de tabacologie dans le service des consultations de gynécologie-obstétrique pour allier le suivi gynécologique ou celui de la grossesse à la prise en charge du sevrage tabagique. Ces consultations seraient ouvertes à toutes les femmes pour les sensibiliser et ce, quelque soit le moment de leur vie génitale.

- ✓ Rédiger une fiche d'aide à la prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses. Nous nous proposons de réaliser une ébauche de cette fiche de conseils.

- ✓ Multiplier le nombre de dispositifs de mesure du CO maternel expiré et systématiser son utilisation.

- ✓ Joindre, à la sortie de la patiente, et lorsque cela s'avère nécessaire une ordonnance de substituts nicotiques.

Conclusion

« Quelle est la prise en charge de la sage femme quant à l'aide au sevrage tabagique de la femme enceinte ? ». De nombreux éléments de la littérature nous ont permis de nous documenter sur les pratiques recommandées et efficaces pour la prise en charge du sevrage tabagique. Grâce à ces connaissances et les réponses des sages femmes nous avons pu mettre en évidence, dans nos résultats et dans la discussion, plusieurs points importants à exploiter. Nous pouvons affirmer qu'il existe bel et bien une prise en charge des patientes enceintes fumeuses mais celle-ci est incomplète. Les professionnels de santé présents dans les différents secteurs du service d'obstétrique n'ont, pour la plupart, pas les connaissances nécessaires et requises à la prise en charge d'un sevrage tabagique efficace et rapide des femmes enceintes fumeuses. En premier lieu, il est donc important de former les sages femmes sur les modalités de prise en charge du sevrage ainsi que sur les différentes possibilités de prescription de substituts nicotiniques. Le second point essentiel à évoquer est la prise en charge des patientes. Il faut les soutenir et les inciter à initier un sevrage en multipliant les propositions d'aide à l'arrêt, en les encourageant et en continuant le suivi tout le long de la grossesse ainsi qu'en post partum pour maintenir les efforts accomplis et les bienfaits du sevrage. Enfin, il est important de fournir aux différents services d'obstétrique (consultations de grossesse et en urgences, grossesses pathologiques...) les outils indispensables à la bonne prise en charge du sevrage comme l'utilisation du test de Fagerström et du dispositif de mesure du CO expiré, et créer des consultations avec du personnel qualifié. Enfin, de façon générale, la multiplication des messages d'informations est primordiale afin de sensibiliser les patientes et leur entourage. La formation, l'information et l'organisation du service sont les maîtres mots de nos propositions pour permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité du sevrage proposé aux patientes enceintes fumeuses.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre Santé 2000. Résultats.
2. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Que sais-je ? 4eme ed. Paris 2007
3. Ducret L. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1
4. Martinet Y, Bohadana A, Andolfatto D, Barthelemy L, Beguinot E. Le tabagisme: de la prévention au sevrage. 3eme ed. Paris: Masson; 2004
5. Gourlain H, Galliot-Guilley M. Quels sont les outils diagnostiques chez le nouveau-né de l'exposition anténatale au tabagisme ? Experience Toxicologique. J gynecol Obstet Biol Reprod 2005
6. Delcroix M, Gomez C, Thomas D, Jacquetin B, Marquis P. Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses. Gynecol; Traite EMC
7. Le Houezec J. Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005
8. Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utéro. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005
9. Institut national de prévention et d'éducation en santé. La composition de la fumée du tabac [consulté le 20/09/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1022.pdf>
10. Dautzenberg B. Le tabagisme. 1ere ed. Toulouse: Privat; 1996
11. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guibert J. Tabac, fertilité et grossesse.
12. Beugniez A, Duquesne D, Fontaine B. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005
13. <http://dnf.asso.fr/-Avertissements-sanitaires-.html> [consulté le 09/09/2012]
14. <http://www.tabac.gouv.fr/rubrique-56539.php> [consulté le 09/09/2012]

15. <http://www.tabac.gouv.fr/rubrique-28171.php> [consulté le 09/09/2012]
16. <http://www.leparisien.fr/economie/nouveau-plan-antitabac-ce-que-prepare-le-gouvernement-05-09-2012-2151462.php> [consulté le 05/09/2012]
17. http://www.lexpress.fr/actualite/societe/hausse-de-6-du-prix-des-cigarettes_934158.html [consulté le 05/09/2012]
18. <http://www.tabac.gouv.fr/rubrique-15637.php> [consulté le 05/09/2012]
19. <http://www.appri.asso.fr/reseau-maternite-sans-tabac/le-rmst/comment-adherer>
20. Delcroix M, Gomez C. Référentiel pour devenir une maternité sans tabac. Démarche Maternité Sans Tabac. Les référentiels Maternité Sans Tabac 2006
21. Marinez M. Pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique dans un service de grossesses à haut risque. Revue Sage-Femme 2009;8
22. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-substituts-nicotiniques.php> [consulté le 12/09/2012]
23. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-medicaments/les-medicaments-autorises-a-la-prescription.php> [consulté le 12/09/2012]
24. Conférence de consensus Grossesse et tabac; 7 et 8 octobre 2004; Lille, France
25. Adler M, Dautzenberg E, Garelik D, Nguyen P. Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? Modalités de mise en œuvre des différentes techniques d'aide à l'arrêt du tabac. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005
26. Cournot MP, Assari-Merabtene F, Vauzelle-Gardier C, Elefant E. Quels sont les risques d'embryo-foetopathie liés à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005.
27. Gourlain H, Galliot-Guilley M. Quels sont les outils diagnostiques chez le nouveau-né de l'exposition anténatale au tabagisme ? Expérience Toxicologique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005.
28. <http://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/Les-risques-du-tabagisme-actif> [consulté le 27/12/2012]

29. Granger G, Pannier E. Conséquences foetales du tabagisme sur les modes d'accouchement, l'hypoxie et l'acidose per-partum. J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 /Volume 34, Hors série n°1, 2005
30. Gomez C, Marquis P. Quelles est la place des marqueurs du tabagisme pendant la grossesse ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005
31. http://arreter-de-fumer.comprendrechoisir.com/infos/patch_tabac [consulté le 13/01/2013]
32. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-substituts-nicotiniques.php> [consulté le 13/01/2013]
33. <http://www.lepharmacien.fr/fevrier-2010/conseil-les-traitements-nicotiniques-de-substitution.html> [consulté le 16/01/2013]
34. <http://www.leparisien.fr/economie/prix-du-tabac-une-hausse-de-30-centimes-avant-la-fin-de-l-annee-16-09-2010-1070999.php> [consulté le 15/02/2013]

ANNEXE I

Questionnaire destiné aux sages-femmes

1) Dans quel service travaillez vous ?

2) Vous sentez-vous concerné par la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ?

Oui Non

➤ Quel est votre degré de motivation par rapport à cette prise en charge ?
(entourez la réponse)

-faible
-moyen
-fort

3) Au cours de vos études ou actuellement en tant que professionnelle, avez-vous eu des formations relatives à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ?

Oui Non

Si non, aimeriez-vous en avoir une ?

Oui Non

4) Connaissez -vous le conseil minimal ?

Oui Non

Si oui, l'utilisez-vous ?

Oui Non

5) La sage femme a t'elle un droit de prescription dans le cadre du sevrage tabagique ?

Oui Non

6) Quels outils utilisez-vous pour aborder la consommation de tabac pendant la grossesse avec vos patientes ?

- Conseil minimal
- Intervention brève (conseil minimal+ information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac avec remise éventuelle de documents.)
- Entretien motivationnel (méthode des « 5A »)
- Rien dans l'immédiat
- Autres

7) Connaissez-vous le test de FAGERSTRÖM ? (Test permettant de mesurer la dépendance pharmacologique ou physique au tabac)

Oui Non

Si oui, avez-vous l'habitude de vous en servir ?

Oui Non

8) Quelles prises en charge et accompagnement leur proposez-vous ?

- Test de dépendance physique (test de Fageström)
- Prescription de substituts nicotiniques:
 - Patches
 - Inhalateurs de nicotine
 - Comprimés sublinguaux
 - Gommages à mâcher
- Consultation avec un Tabacologue
- Consultation avec un Psychologue
- Rien dans l'immédiat

9) Pensez-vous que cela soit efficace et suffisant ?

Oui Non

Si non, que proposeriez-vous d'autre pour améliorer la prise en charge ?

10) Avez vous entendu parler de la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré ?

Oui Non

➤ **L'avez vous déjà pratiquée ?**

Oui Non

➤ **Etait ce :**

- Lors d'une consultation prénatale ?
- Lors d'une échographie ?
- Lors d'une consultation aux urgences ?
- A l'arrivée dans le service ?
- Au cours d'une hospitalisation ?
- A la sortie ?

➤ **Savez-vous interpréter ce résultat?**

Oui Non

11) Vous déterminez le dosage du traitement de substitution nicotinique à l'aide de :

- Vidal
- Protocole de service
- Tabacologue
- Gynécologue-Obstétricien
- Pharmacien
- Autres (précisez)

12) Votre statut : fumeuse, ex fumeuse, non fumeuse (à préciser) vous aide t'il à accompagner ces patientes ?

ANNEXE II

Charte maternité sans tabac

1/ Sensibiliser tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme maternel et familial 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 nicotiniques substitutifs à la disposition des femmes enceinte 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 ».

ANNEXE III

Recommandations de Bonne Pratique de l' AFSSAPS de Mai 2003 concernant les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac

Principaux messages :

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Tous les professionnels de santé doivent intervenir en ce domaine en adaptant le type d'intervention aux caractéristiques du tabagisme de chaque fumeur.

Une dépendance résulte de la conjonction de trois éléments sur lesquels il est indispensable d'agir :

- Une substance à effet psycho-actif, la nicotine, présente dans la feuille de tabac
- Un individu avec sa vulnérabilité
- Des facteurs d'ordre socioculturel et économique

En complément des actions générales, les stratégies individuelles d'aide à l'arrêt du tabac sont nécessaires pour prévenir les complications du tabagisme. Elles doivent prendre en compte des effets psycho-actifs de la nicotine, la vulnérabilité psychologique et des facteurs environnementaux. Tous les sujets ne sont pas égaux devant le risque de devenir dépendant.

L'approche du fumeur est donc différente des soins traditionnels. Il s'agit d'une aide que tout professionnel de santé peut et doit apporter à un sujet confronté à une dépendance.

Les stratégies à utiliser sont différentes suivant le degré de motivation et selon l'intensité des dépendances. Rien n'est possible si le sujet n'est pas réellement motivé pour une tentative d'arrêt du tabac. L'évolution de la motivation à l'arrêt est, en effet, un lent processus de maturation toujours progressif.

L'aide à l'arrêt du tabac comprend plusieurs étapes :

- Le premier temps permet d'évaluer et de renforcer la motivation

- La deuxième étape est la période de « sevrage » proprement dite. Cette période de sevrage peut durer plusieurs mois. Elle comporte d'une part, l'évaluation des dépendances, des troubles psychologiques associés et des autres conduites addictives et d'autre part, la prise en charge de la dépendance à la nicotine.

- La troisième phase consiste à prévenir et à traiter les fréquentes rechutes de tabagisme dont les causes sont multiples. Ces reprises du tabagisme ne doivent pas être considérées comme des échecs, mais comme une étape vers le succès final.

En pratique courante, lors de la prise en charge d'un sujet tabagique, il convient de toujours :

- Evaluer la dépendance à la nicotine par le test de Fagerström

- Dépister un alcoolisme concomitant, d'éventuels troubles anxieux et dépressifs, une addiction au cannabis.

Il convient d'utiliser les approches thérapeutiques ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité pour les fumeurs dépendants.

Thérapeutiques médicamenteuses

- Le traitement nicotinique de substitution (TNS) ; à condition d'être adapté au degré de dépendance, il permet de réduire le syndrome de sevrage, rendant ainsi l'arrêt « confortable ». Le traitement nicotinique de substitution est la thérapeutique la plus ancienne et la mieux évaluée et présente un rapport bénéfice/risque particulièrement élevé. Il doit être privilégié.

- Le bupropion LP qui a une action sur le syndrome de sevrage et sur l'arrêt du tabac en agissant sur le système nerveux central.

- Le suivi et l'accompagnement psychologiques doivent toujours être associés à la prescription des médicaments du sevrage.

Psychothérapies comportementales et cognitives (TCC)

Associées le plus souvent à la prise en charge pharmacologique, cette forme de psychothérapie nécessite une formation spécifique. Les praticiens doivent en connaître les bases et les principes généraux.

L'importance des dépendances et des difficultés à l'arrêt sont en fait très variables d'un fumeur à l'autre :

- Les actions de politique générale, complétées par le conseil minimal donné par tout professionnel de santé, peuvent suffire à obtenir l'arrêt chez les fumeurs les moins dépendants.

- L'automédication (TNS) peut présenter une étape initiale chez de nombreux fumeurs peu dépendants

- En cas de dépendance moyenne, l'aide des divers professionnels de santé (sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...), ayant reçu une formation élémentaire est efficace avec le recours aux substituts nicotiniques (TNS).

- Pour les fumeurs ayant une forte dépendance, une aide médicalisée est indispensable

(Médecins généralistes le plus souvent, ayant acquis une formation et une expérience dans l'aide à l'arrêt du tabac). La prise en charge pharmacologique de la dépendance à la nicotine est importante chez ces patients.

- Enfin l'intervention des tabacologues doit être réservée aux formes les plus sévères, avec dépendances très importantes, comorbidité anxiodépressive et conduites addictives associées.

ANNEXE IV

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

1/ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2/ Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui	1
Non	0

3/ À quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?

La première le matin	1
N'importe quelle autre	0

4/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

5/ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi?

Oui	1
Non	0

6/ Fumez-vous lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Faire le total des points

Score de 0 à 2 : Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques. Si toutefois le sujet redoute cet arrêt, les professionnels de santé peuvent lui apporter des conseils utiles.

Score de 3 à 4 : Le sujet est faiblement dépendant à la nicotine.

Score de 5 à 6 : Le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotique va augmenter ses chances de réussite. Le conseil du médecin/ sage-femme ou du pharmacien sera utile pour l'aider à choisir la galénique la plus adaptée à son cas.

Score de 7 à 10 : Le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.

ANNEXE V

Test de Horn, évaluation des habitudes tabagiques

Entourer le chiffre correspondant :

5 = Toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| a. Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace | 5 4 3 2 1 |
| b. C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts | 5 4 3 2 1 |
| c. Fumer est pour moi une détente | 5 4 3 2 1 |
| d. J'allume une cigarette quand je suis soucieux (se), contrarié(e) | 5 4 3 2 1 |
| e. Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter | 5 4 3 2 1 |
| f. Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique | 5 4 3 2 1 |
| g. Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme | 5 4 3 2 1 |
| h. Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir | 5 4 3 2 1 |
| | |
| i. Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer | 5 4 3 2 1 |
| j. Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e) | 5 4 3 2 1 |
| k. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas | 5 4 3 2 1 |
| l. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier | 5 4 3 2 1 |
| | |
| m. Je fume pour retrouver mon entrain | 5 4 3 2 1 |
| n. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée | 5 4 3 2 1 |
| o. Je fume quand je me sens bien et détendu(e) | 5 4 3 2 1 |
| p. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard | 5 4 3 2 1 |
| q. Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible | 5 4 3 2 1 |
| r. Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche | 5 4 3 2 1 |

Stimulation a + g + m =

Plaisir du geste b + h + n =

Relaxation c + i + o =

Anxiété – soutien d + j + p =

Besoin absolu e + k + q =

Habitude acquise f + l + r =

ANNEXE VI

Test de HAD : échelle d'anxiété-dépression utilisée à l'hôpital

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)

A Je me sens tendu ou énervé :

- 3** La plupart du temps
- 2** Souvent
- 1** De temps en temps
- 0** Jamais

D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0** Oui, tout autant
- 1** Pas autant
- 2** Un peu seulement
- 3** Presque plus

A J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3** Oui, très nettement
- 2** Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1** Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0** Pas du tout

D Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0** Autant que par le passé
- 1** Plus autant qu'avant
- 2** Vraiment moins qu'avant
- 3** Plus du tout

A Je me fais du souci :

- 3** Très souvent
- 2** Assez souvent
- 1** Occasionnellement
- 0** Très occasionnellement

D Je suis de bonne humeur :

- 3** Jamais
- 2** Rarement
- 1** Assez souvent
- 0** La plupart du temps

A Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0** Oui, quoi qu'il arrive
- 1** Oui, en général
- 2** Rarement
- 3** Jamais

D J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- 3** Presque toujours
- 2** Très souvent
- 1** Parfois
- 0** Jamais

A J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- 0** Jamais
- 1** Parfois
- 2** Assez souvent
- 3** Très souvent

D Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- 3** Plus du tout
- 2** Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- 1** Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- 0** J'y prête autant d'attention que par le passé

A J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- 3** Oui, c'est tout à fait le cas
- 2** Un peu
- 1** Pas tellement
- 0** Pas du tout

D Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- 0** Autant qu'avant
- 1** Un peu moins qu'avant
- 2** Bien moins qu'avant

3 Presque jamais

A J'éprouve des sensations soudaines de panique :

3 Vraiment très souvent

2 Assez souvent

1 Pas très souvent

0 Jamais

D Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

0 Souvent

1 Parfois

2 Rarement

3 Très rarement

La prise en charge du sevrage tabagique de la femme enceinte

Afin de connaître les modalités de prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses nous avons réalisé une étude au sein de plusieurs centres hospitaliers lorrains. Nous présentons, tout d'abord, les données de la littérature sur le sujet pour faire un point sur les recommandations en cours. Par la suite, nous exposons notre méthodologie de recherche ainsi que les résultats que nous avons obtenus. Les éléments pris en compte ont été recueillis à partir d'un questionnaire pour les sages-femmes en exercice dans les différents services d'obstétrique. Les résultats ont révélé plusieurs points importants à prendre en compte et à améliorer tels que l'information des patientes, la formation des professionnels de santé ainsi que le manque de matériel adéquat pour coordonner l'organisation de la prise en charge du sevrage tabagique.