



HAL
open science

Le tabac pendant la grossesse: Etude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que sur les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 100 femmes

Marine Mauchamp

► To cite this version:

Marine Mauchamp. Le tabac pendant la grossesse: Etude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que sur les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 100 femmes. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01844032

HAL Id: hal-01844032

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01844032>

Submitted on 19 Jul 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz Nancy

Le tabac pendant la grossesse :

Etude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que sur les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 100 femmes.

Mémoire présenté et soutenu par
MAUCHAMP Marine

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre supérieur enseignante

Expert : Mme le Dr WIRTH Nathalie

Responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy

Praticien attaché à la MRUN

Promotion 2014

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et qui m'ont soutenu tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Mme GALLIOT Laurence, Sage-femme cadre supérieur enseignante à l'école de Sages-femmes de Nancy et directrice de mon mémoire pour m'avoir guidée, conseillée et pour sa disponibilité.

Mme le Dr WIRTH Nathalie, Responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy, Praticien attaché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy et expert de mon mémoire, pour son aide précieuse, ses conseils, son soutien et sa disponibilité.

Les cadres et le personnel des services de suites de couches de la MRUN, ainsi que le personnel du Département d'Information Médicale.

Les Sages-femmes tabacologues de différents établissements avec lesquelles j'ai pu échanger sur le tabac chez les femmes enceintes.

Les patientes qui ont rempli le questionnaire afin de pouvoir réaliser notre étude.

J'adresse également toute ma reconnaissance à ma famille, mon compagnon et mes amis pour leur soutien, leurs conseils tout au long de mes études.

SOMMAIRE

Sommaire	2
Préface.....	4
Abréviations utilisées	5
Introduction	6
Partie 1	7
1. Tabac et grossesse : généralités.....	8
1.1. Epidémiologie en France.....	8
1.2. Physiopathologie du tabac.....	8
1.3. Effets du tabac sur la femme.....	9
1.4. Effets du tabac sur la grossesse.....	11
1.5. Tabac et accouchement	13
1.6. Les risques néonataux	14
1.7. Tabagisme pendant l'allaitement maternel	15
2. Les recommandations actuelles sur le tabagisme maternel	16
3. La prise en charge du tabagisme maternel	17
3.1. Premier obstacle : la dépendance tabagique.....	17
3.2. La prévention par le conseil minimal.....	19
3.3. La mesure du taux de monoxyde de carbone	20
3.4. Motivation de la patiente.....	21
3.5. Qu'est-ce qu'une consultation de tabacologie	23
3.6. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	24
3.7. Les traitements de substitution nicotinique (TSN) utilisables pendant la grossesse.....	24
3.8. Les rechutes.....	26
3.9. Prise en charge pendant l'accouchement	26
3.10. Prise en charge après l'accouchement.....	27
Partie 2	28
1. L'étude.....	29
1.1. La Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN)	29
1.2. Justification de l'étude	29
1.3. Hypothèses	30
1.4. Objectifs	31
1.5. Schéma général de l'étude	31
1.6. Population étudiée.....	31
1.7. Méthode de recueil des données et déroulement de l'étude	32
2. Résultats	33
2.1. Secteur d'hospitalisation.....	33
2.2. Renseignements généraux des patientes	34
2.3. Statut tabagique.....	38
2.4. Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse.....	42
2.5. Statut tabagique en salle de naissances (SDN)	52

2.6. Mode d'accouchement.....	53
Partie 3	54
1. Analyses des résultats et discussion.....	55
1.1. Secteur d'hospitalisation.....	55
1.2. Renseignements généraux des patientes	55
1.3. Statut tabagique des patientes	57
1.4. Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse.....	59
1.5. Statut tabagique en salle de naissances	63
1.6. Mode d'accouchement.....	64
1.7. Tableaux récapitulatifs	65
2. Propositions d'amélioration	66
Conclusion.....	68
Bibliographie	70
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	X
Annexe 3.....	XI
Annexe 4.....	XII

PREFACE

Lors de mes stages en consultations prénatales à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, je me suis interrogée sur le tabac pendant la grossesse. En effet, lors des anamnèses, beaucoup de femmes répondaient positivement à la question "fumez-vous ?". J'ai fait des recherches et j'ai découvert que le tabagisme féminin était devenu un problème majeur de Santé Publique qui touchait de plus en plus la population féminine, et ce, dès l'adolescence.

Souvent, je me suis retrouvée face à de nombreuses femmes fumeuses pendant leur grossesse et qui ne s'arrêtaient pas forcément de fumer. Je me suis alors posée plusieurs questions notamment pourquoi ces femmes continuaient-elles de fumer, savaient-elles les conséquences du tabagisme sur la grossesse et leur futur enfant et quelles étaient les solutions pour diminuer et arrêter la consommation de tabac pendant la grossesse ?

De plus, étant étudiante sage-femme, je me devais de connaître davantage ce problème de santé publique qui touche de plus en plus les jeunes femmes et donc en âge de procréer, afin d'accompagner et d'orienter au mieux les femmes enceintes fumeuses.

C'est pourquoi, j'ai décidé de faire mon mémoire sur l'évaluation du tabagisme à l'accouchement et la recherche des facteurs qui limitent l'arrêt du tabac.

Abréviations utilisées

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

CO : monoxyde de carbone

HbCO : carboxyhémoglobine

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

PMA : procréation médicalement assistée

GEU : grossesse extra-utérine

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : semaines d'aménorrhée

MAP : menace d'accouchement prématuré

HRP : hématome rétro-placentaire

RCIU : restriction de croissance intra-utérine

MFIU : mort fœtale in utéro

RCF : rythme cardiaque fœtal

MSN : mort subite du nourrisson

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

HAS : Haute Autorité de Santé

ppm : particules par millions

TCC : thérapies cognitivo-comportementales

TSN : traitement de substitution nicotinique

SN : substitut nicotinique

SDN : salle de naissances

Introduction

Le tabagisme féminin est en hausse depuis les années 1970 (1) et les femmes enceintes ne sont pas à l'abri de ce fléau car 24 % d'entre elles fument pendant leur grossesse (2). Le tabagisme féminin et notamment chez la femme enceinte est une priorité en terme de prévention car c'est un véritable problème de Santé Publique.

Les conséquences du tabagisme sur la femme (complications respiratoires, cardio-vasculaires)(4,8,11), la grossesse (diminution de la fertilité, fausses-couches, grossesse extra-utérine, rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré...)(4,6,8,9) et le fœtus (restriction de croissance intra-utérine, mort fœtale in utéro)(4,6,10,12) sont bien connues. Ainsi une grossesse d'apparence physiologique peut se transformer en grossesse pathologique, et ce, à cause du tabac.

Cependant, il existe différents moyens (thérapies cognitivo-comportementales, substituts nicotiques)(14,15) qui peuvent être mis en place pendant la grossesse pour commencer un sevrage tabagique et amener à un arrêt de la consommation de tabac qui est bénéfique quel que soit le stade de la grossesse. Malgré ces moyens, les femmes sont encore trop nombreuses à continuer de fumer pendant leur grossesse. Alors pourquoi ?

Il nous paraît intéressant d'évaluer la consommation des patientes enceintes fumeuses pendant leur grossesse et après leur accouchement, de savoir si elles étaient bien informées des risques du tabac pendant la gestation et de comprendre les raisons qui pouvaient freiner un arrêt du tabac pendant la grossesse.

La première partie de notre travail sera consacrée à une revue de la littérature concernant le tabagisme féminin, ses conséquences et sa prise en charge.

Une deuxième partie décrira l'étude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que sur les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Enfin, la dernière partie de notre réflexion sera consacrée à l'analyse des résultats en les comparant à ceux de la littérature afin de voir si notre population est similaire ou non. De plus, nous aborderons dans la discussion les éventuelles améliorations à apporter sur la prise en charge optimale des patientes.

Partie 1

1. TABAC ET GROSSESSE : GENERALITES

1.1. Epidémiologie en France

Depuis les années 1970, la consommation de tabac augmente chez le public féminin. La publicité faite autour du tabac cible prioritairement les femmes ainsi que les adolescentes. En effet, le tabagisme féminin est en hausse : 26,9 % de tabagisme chez les jeunes filles adolescentes et 30,5 % des femmes en âge de procréer fument (1). Dernièrement, les chiffres 2013 de l'Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives montrent que 24 % des femmes enceintes déclarent fumer tous les jours (2). La grossesse est la raison la plus importante pour arrêter de fumer. Certaines femmes y arrivent, d'autres échouent et culpabilisent. Elles tentent alors de diminuer leur consommation de tabac mais cela n'est pas suffisant, car il existe un phénomène de compensation qui se met en place.

Le tabagisme féminin touche le plus souvent des femmes jeunes, qui vivent seules, en situation économique faible voire de précarité (3). Nous verrons dans la deuxième partie si les résultats de notre enquête vont dans ce sens.

1.2. Physiopathologie du tabac

Fumer est un geste toxique. En effet, on compte plus de 4000 substances toxiques dans la fumée du tabac dont le monoxyde de carbone, la nicotine, les hydrocarbures, les métaux lourds comme le cadmium... Les concentrations inhalées dépendent du type de tabac et de la consommation. Les principales substances sont la nicotine et le monoxyde de carbone.

Lorsqu'une cigarette est allumée, son extrémité dégage du monoxyde de carbone ainsi que des goudrons.

La nicotine est une substance addictogène responsable de la dépendance du tabac. Elle atteint le cerveau en 5 secondes environ et stimule les récepteurs nicotiques de ce dernier. La demi-vie de la nicotine est courte, de 2 à 4 heures (4,5,6).

Le monoxyde de carbone (CO), gaz inodore qui s'échappe de la fumée de cigarette est quant à lui responsable de l'hypoxie chronique des organes. Son affinité

pour l'hémoglobine est 250 fois plus élevée que l'oxygène. Il forme ainsi une liaison HbCO (carboxyhémoglobine), ce qui diminue l'apport d'oxygène au niveau des organes maternels mais également fœtaux car le passage transplacentaire du CO est très rapide. La demi-vie du CO est de 4 à 6 heures (4,7).

D'autres substances comme les irritants et les goudrons sont responsables des méfaits du tabac en induisant des cancers et en diminuant les défenses immunitaires (4,5). Les métaux lourds comme le cadmium diminuent la motilité des spermatozoïdes et interféreraient donc dans la conception d'un enfant ainsi que sur le développement fœtal.

Bien évidemment, toutes les substances passent la barrière placentaire et on retrouve des taux de nicotine bien plus importants chez le fœtus que chez la mère, ainsi que des taux d'HbCO fœtaux plus élevés chez le fœtus que chez la mère du fait de l'affinité supérieure du CO à l'hémoglobine fœtale (8). La demi-vie de l'HbCO est de 4 heures chez la mère alors qu'elle est de 12 heures chez le fœtus car le métabolisme fœtal élimine plus lentement l'HbCO ! Plus le taux d'HbCO est élevé et moins le fœtus est oxygéné (8).

L'intoxication des organes dépend de la concentration de CO inhalé et donc directement lié à la façon dont chaque fumeur tire sur sa cigarette.

1.3. Effets du tabac sur la femme

Le tabac est la première cause de mortalité prématurée évitable, il est responsable de plusieurs pathologies chez la femme fumeuse (4,8,11).

1.3.1. Complications respiratoires

La fumée du tabac altère la structure et les fonctions des voies aériennes, des alvéoles, des capillaires. Le tabac est la première cause de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les infections respiratoires ainsi qu'une toux persistante sont responsables d'incontinences urinaires d'efforts.

1.3.2. Complications cardio-vasculaires

La nicotine et le CO sont responsables de l'augmentation de la tension artérielle, tachycardie, vasoconstriction, athérosclérose. Les risques d'infarctus du myocarde, de mort subite, d'affection coronarienne, d'accident vasculaire cérébral et d'artérite des membres inférieurs sont plus élevés.

1.3.3. Modifications biologiques

Il existe des modifications biologiques à type de diminution des défenses immunitaires, perturbation de l'hémogramme : les globules blancs et les globules rouges sont augmentés, ce qui entraîne une augmentation de la viscosité sanguine et ainsi il y a un risque plus élevé de maladies thromboemboliques, diminution de la durée de vie des plaquettes, augmentation de la coagulation, perturbation de la glycorégulation.

1.3.4. Cancers

Le cancer du poumon est quant à lui responsable chaque année de nombreuses morts.

90 % des cancers du poumon sont imputables au tabac. Il est en augmentation chez la femme.

Le tabagisme augmente également le risque d'autres cancers : voies aéro-digestives supérieures, vessie, pancréas, rein, estomac, col utérin.

Le risque de cancer du col de l'utérus est plus important chez les femmes fumeuses de moins de 45 ans.

1.3.5. Pathologies bucco-dentaires

Elles sont plus fréquentes et dues à une augmentation des bactéries anaérobies qui entraînent des gingivites et parodontites, ce qui chez une femme enceinte augmente le risque d'accouchement prématuré. L'hygiène bucco-dentaire est importante ainsi qu'un dépistage régulier chez le dentiste permettent de dépister et de traiter ces infections.

1.3.6. Problèmes cutanés

Problèmes de peau : acné, teint terne, vieillissement plus rapide de la peau, rides plus précoces et moins bonne cicatrisation lors d'une intervention chirurgicale. On note également des cheveux plus ternes et une chute des cheveux plus importante.

1.3.7. Modifications de la flore vaginale

Les vaginoses sont plus fréquentes, c'est-à-dire remplacement de la flore vaginale normale (lactobacilles) par des germes qui entraînent des pertes blanches plus importantes et malodorantes.

1.4. Effets du tabac sur la grossesse

La femme enceinte fumeuse est plus à risque de développer des complications obstétricales, cela dépend de la durée d'exposition au tabac, du degré d'intoxication et également de l'association ou non à d'autres toxiques comme l'alcool et les drogues (2,4,6,8,9,10,11).

1.4.1. Effets sur la fertilité

Les troubles de la fertilité sont importants : diminution d'un tiers de la fécondité avec un délai de conception allongé car le tabac diminue la réserve en ovocytes et induit une ovulation plus rare ainsi qu'un dysfonctionnement des trompes.

Le délai de conception peut être augmenté jusqu'à 60 % (méta-analyse de C. Augood et al –1998) chez les femmes fumeuses. Le tabac est responsable d'une altération au niveau des trompes qui diminue le battement des cils tubaires qui sont à l'origine de la progression de l'ovocyte. La fumée du tabac contient également des toxiques qui agissent sur le taux d'œstradiol qui est moins élevé, la réponse ovarienne est donc moins bonne.

Le tabac entraîne également des cycles irréguliers, des dysménorrhées, ce qui allonge le délai de conception.

En Procréation Médicalement Assistée (PMA), le taux de grossesse est diminué chez la femme fumeuse. La diminution de la fécondité dépend de la durée et de l'importance du tabagisme.

1.4.2. Effets du tabac après la conception

Fausses couches

Le risque de fausses couches spontanées est multiplié par 2 mais est également dose-dépendant. Il s'explique par une mauvaise qualité de l'endomètre, là où la nidation doit se faire, une altération de la qualité de l'ovocyte, ainsi qu'une diminution du flux sanguin utérin due à une vasoconstriction générale (la nicotine entraînant une vasoconstriction).

Grossesse extra-utérine (GEU)

Le risque de grossesse extra-utérine est multiplié par 2 et est également dose-dépendant. Ce risque s'explique par une moins bonne mobilité tubaire ainsi que par la diminution de l'œstradiol due à la nicotine.

Rupture prématurée des membranes (RPM)

Avant 34 SA, le risque moyen peut être multiplié par 3. Cela peut s'expliquer par une augmentation des infections qui est la conséquence d'une diminution des défenses immunitaires.

Menace d'accouchement prématuré (MAP)

Le risque relatif moyen est multiplié par 2. Le tabagisme chez la femme enceinte peut entraîner une prématurité induite par un accouchement prématuré avant 37 SA. Les MAP sont souvent induites par l'augmentation des complications obstétricales (RPM, placenta bas inséré, hématome rétro-placentaire).

Anomalies placentaires

Le tabagisme favorise l'implantation du placenta bas inséré (le risque est multiplié par 2) ainsi que le décollement du placenta qui peut aller jusqu'à l'hématome rétro-placentaire (HRP) avec un risque multiplié par 2 également.

Le placenta bas inséré peut s'expliquer par une altération de l'endomètre et l'HRP par un décollement au niveau de la jonction rétro-placentaire par rupture d'un vaisseau utérin due à une vasoconstriction.

1.4.3. Effets du tabac sur le fœtus : RCIU, MFIU...

Restriction de croissance intra-utérine (RCIU)

Le tabagisme pergravidique diminue le poids moyen de l'enfant à la naissance, cela est proportionnel à la quantité de cigarettes fumées quotidiennement ainsi qu'au degré d'intoxication par le CO. Il est démontré qu'une cigarette consommée par jour diminue de 11 grammes le poids de naissance. De plus, les femmes fumeuses et hypertendues ont un risque deux fois plus élevé de RCIU.

La croissance fœtale est en relation directe avec l'oxygénation, or le CO ayant plus d'affinité que l'oxygène pour l'hémoglobine, le fœtus est moins oxygéné et sa croissance en est altérée.

La RCIU s'explique par une hypoxie fœtale provoquée par l'intoxication chronique au CO et par la formation de carboxyhémoglobine, ainsi que par une diminution chronique du débit sanguin utéro-placentaire. La sévérité de la RCIU est donc corrélée au degré d'intoxication au CO.

Le poids de naissance est diminué de 200 à 350 grammes (4,6,12).

Mort fœtale in utéro (MFIU)

Le tabagisme est responsable de morts fœtales tardives in utéro, c'est-à-dire au cours du dernier trimestre de grossesse. Ces morts fœtales sont directement liées à la RCIU et/ou aux anomalies placentaires. Environ 11 % des morts fœtales tardives seraient dues au tabac. Le risque de MFIU est augmenté de 30 % chez la multipare après 35 ans (4,6, 7,8,9,10).

Effets cardio-respiratoires

Il est noté une tachycardie fœtale par augmentation du débit cardiaque 15 minutes après avoir fumé une cigarette, et ce pendant 30 minutes. Dans ce même intervalle, il y a une diminution des mouvements actifs fœtaux, ainsi que des mouvements respiratoires en salves. Le tabac entraîne également une vasoconstriction générale donc une hypoperfusion sanguine (6, 10).

Malformations

Les malformations fœtales ne sont pas directement liées au tabac, mais celui-ci associé à d'autres facteurs (alcool, drogues) peut entraîner des malformations survenant pendant l'organogenèse (fentes faciales, craniosténoses) (7).

Après avoir vu les méfaits du tabac cités ci-dessus, quant sera-t-il des antécédents et des complications pendant la grossesse de la population étudiée dans notre étude ?

1.5. Tabac et accouchement

L'accouchement est une période où le fœtus a particulièrement besoin d'oxygène pour pouvoir supporter les contractions utérines maternelles. Sachant que le CO de la fumée de cigarette se fixe sur l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine et que l'HbCO diminue trois fois moins vite chez le fœtus que

chez la mère, cela augmente le risque d'hypoxie fœtale. L'accouchement est donc une période à haut risque d'asphyxie pour l'enfant.

Les sages-femmes de salle de naissances de la MRUN prennent-elles en compte le statut tabagique de chaque patiente fumeuse ? Utilisent-elles un testeur de monoxyde de carbone pour mesurer le taux de CO dans l'air expiré de la mère ?

De plus, le tabagisme maternel augmente le risque d'avoir des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail. Ces anomalies peuvent être à type de diminution du rythme de base ainsi que la réduction des phases d'accélération.

Les études ne montrent pas d'augmentation significative du taux de césariennes chez les femmes enceintes fumeuses. Cependant il est démontré une augmentation des délivrances artificielles pour non décollement placentaire et une augmentation des hémorragies du post-partum (7,8).

1.6. Les risques néonataux

1.6.1. La prématurité

Nous avons vu que le risque d'accouchement prématuré est multiplié par 2 lorsque la femme fume pendant sa grossesse. La prématurité est donc directement liée à l'accouchement prématuré. Plus l'accouchement est tôt dans la grossesse, plus la prématurité est grande : on parle de très grande prématurité pour un accouchement avant 28 SA, de grande prématurité pour un accouchement entre 28 et 32 SA et de prématurité pour un accouchement entre 32 et 37 SA. Il en découle donc une moins bonne adaptation cardio-respiratoire à la vie extra-utérine.

1.6.2. Mort subite du nourrisson (MSN)

Le tabagisme maternel pendant la grossesse et après la naissance multiplie par 2 le risque de mort subite du nourrisson. Il est noté que dans 42 % des cas de MSN, on retrouve le tabagisme maternel comme facteur évitable (6,8,10).

1.6.3. Infections respiratoires

Le risque de bronchites, d'asthme, d'infections des voies aériennes supérieures, d'otites est augmenté avec le tabagisme maternel. Les enfants sont plus vulnérables à développer des complications dans l'enfance (6,8,10).

1.7. Tabagisme pendant l'allaitement maternel

Il est recommandé de ne pas fumer pendant l'allaitement maternel. La consommation de tabac diminue la production de lait et donc la quantité de celui-ci. Cependant les bénéfices du lait maternel sont plus importants et certaines règles doivent être respectées.

Le tabac n'est pas une contre-indication à l'allaitement, une mère fumeuse peut tout à fait allaiter si elle le désire. L'allaitement est toujours bénéfique pour l'enfant. Une étude montre que le tabac influence le choix d'allaiter. Le taux d'allaitement varie de 76 % chez les non fumeuses à 47 % chez les fumeuses (18).

Il faut dans ce cas conseiller à la mère de ne pas fumer juste avant une tétée car la nicotine et ses dérivés passent dans le lait. La nicotine se lie peu aux protéines plasmatiques et passe donc rapidement dans le lait maternel. Il faut essayer de respecter un délai de deux heures entre la prise d'une cigarette et une tétée. Ne pas fumer en présence de l'enfant bien évidemment pour éviter le tabagisme passif qui augmente la morbidité et la mortalité périnatale, et diminuer le plus possible la consommation de tabac.

Il est démontré que le tabagisme conduit à une production inférieure de lait due à une diminution du taux de prolactine et le taux de nicotine dans le lait est proportionnel au nombre de cigarettes fumées. Cependant, la qualité nutritionnelle du lait ne semble pas affectée par le tabac. L'allaitement maternel est un facteur de protection naturelle pour l'enfant et c'est ainsi qu'il diminue par exemple l'incidence des maladies respiratoires même si la mère est fumeuse.

L'allaitement est compatible avec un sevrage tabagique, il faut cependant être plus vigilant quant à la prescription des traitements de substitution nicotinique afin de minimiser le passage de la nicotine dans le lait. (6,7)

2. LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES SUR LE TABAGISME MATERNEL

Le dépistage d'une femme enceinte fumeuse est fait systématiquement lors des consultations de grossesse.

La Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac » qui s'est déroulée à Lille les 7 et 8 octobre 2004 avec la participation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui est maintenant la Haute Autorité de Santé, a permis d'établir des recommandations sur la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte. Il faut d'abord évaluer la motivation à l'arrêt ainsi que la dépendance de chaque patiente par le test de Fagerström qui évalue la dépendance physique à la nicotine. La mesure du taux de CO dans l'air expiré de la patiente est mesuré à l'aide d'un appareil qui donne les résultats en particules par millions (ppm). Cette mesure est la seule utilisable en routine.

Seuls le test de Fagerström et la mesure du taux de CO permettent en fonction des résultats de proposer une aide médicamenteuse.

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise d'aborder la question de la consommation du tabac pour repérer une situation de dépendance afin de pouvoir mettre en place des moyens et/ou un traitement si la patiente désire arrêter de fumer.

Le conseil minimal qui se traduit par plusieurs questions : *fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour ? Voulez-vous arrêter de fumer ?* permet de dépister les femmes enceintes qui fument. Ces questions sont posées lors de chaque rendez-vous de consultation de grossesse, à l'élaboration du dossier médical de la patiente. Les femmes n'ont en général pas de tabou pour leur consommation de tabac et nous livrent facilement le nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Il est nécessaire d'adapter la prise en charge de chaque patiente désirant arrêter de fumer, en l'orientant vers des spécialistes du tabac comme des médecins ou sages-femmes spécialisés en tabacologie.

La prise en charge des femmes enceintes fumeuses par les professionnels de santé autres que les spécialistes reste encore faible malgré les moyens mis en place et l'utilisation de traitements de substitution nicotinique. (13)

La HAS recommande en première intention les thérapies cognitivo-comportementales et en deuxième intention le traitement pharmacologique par substituts nicotiniques (timbres, gommes...). (7)

3. LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME MATERNEL

3.1. Premier obstacle : la dépendance tabagique

La nicotine a des propriétés addictives bien connues qui peuvent être comparées à celles d'autres drogues comme la cocaïne par exemple.

L'interaction de la nicotine avec les récepteurs nicotiniques du cerveau et en particulier avec le système de récompense cérébrale permet au fumeur de retrouver des sensations de plaisir, d'anti-stress, d'apaisement, de coupe-faim, d'association café-cigarette... mais elle agit également au niveau de la concentration, des émotions, des fonctions cognitives... La nicotine passe donc par le sang et vient se fixer sur les récepteurs des neurones du cerveau, qui eux-mêmes stimulent les différents circuits cérébraux (11, 14).

La dépendance physique est corrélée aux effets positifs de la nicotine qui apportent les sensations de plaisir grâce au « shoot » de nicotine inhalée par le fumeur, et à l'augmentation de dopamine dans le système de récompense cérébrale.

La dépendance psycho-comportementale est à mettre en relation avec les habitudes tabagiques prises par le fumeur : association cigarette-café, cigarette-pause dehors...

Lors d'un sevrage tabagique, c'est-à-dire un arrêt de la consommation de tabac et donc un arrêt de l'apport en nicotine dans le cerveau, la dépendance à celle-ci se manifeste par des symptômes de sevrage. Le diagnostic de syndrome de sevrage est à évoquer en présence d'au moins quatre de ces symptômes :

- besoin impérieux de nicotine
- irritabilité, frustration, agressivité
- anxiété
- difficultés de concentration
- agitation
- impatience
- insomnie
- diminution de la fréquence cardiaque
- augmentation de l'appétit ou prise de poids (11,16)

La dépendance est donc double (physique et psycho-comportementale), c'est le premier obstacle à l'arrêt du tabac. Elle est due à la nicotine qui agit sur l'organisme comme une drogue, sans effet nutritif et non nécessaire à la vie. Elle est en grande partie liée à l'échec de l'arrêt du tabac.

Pour envisager la prise en charge d'un sevrage tabagique chez une femme enceinte fumeuse, il est donc nécessaire d'établir son degré de dépendance par l'intermédiaire du test de Fagerström. Ce test permet à l'aide de plusieurs questions d'établir la dépendance de la patiente. Un résultat supérieur à 7 signifie une dépendance très élevée (11, 15).

Test de Fagerström (11) :

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ? - dans les 5 premières minutes - entre 6 et 30 minutes - entre 31 et 60 minutes - après 60 minutes	Nombre de points 3 2 1 0
2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma etc.) - oui - non	1 0
3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ? - la première du matin - une autre	1 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? - 10 ou moins - 11 à 20 - 21 à 30 - 30 ou plus	0 1 2 3
5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ? - oui - non	1 0
6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ? - oui - non	1 0
Score de dépendance : .../10 Interprétation du score : 0 à 2 : dépendance faible ou nulle à la nicotine 3 à 4 : dépendance faible à la nicotine 5 : dépendance moyenne à la nicotine 6 à 7 : dépendance forte à la nicotine 8 à 10 : dépendance très forte à la nicotine	

Ce test est faussé pendant la grossesse car la femme diminue sa consommation de cigarettes en retardant la prise de la première cigarette. Il faut donc rester clinique sur les symptômes de sevrage. C'est un outil qui permet d'établir avec la clinique et la dépendance un plan de sevrage en utilisant les différents moyens mis à disposition.

La plupart des femmes enceintes fumeuses connaissent les risques du tabac sur elles-mêmes, sur le fœtus et leur motivation à l'arrêt du tabac n'est parfois pas suffisante pour un sevrage tabagique. Ce n'est souvent pas une motivation personnelle mais elles sont motivées par la grossesse et le bébé car elles diminuent leur consommation tabagique. Cependant, leur dépendance les empêche d'arrêter. Pour celles qui arrivent à arrêter de fumer pendant la grossesse, il y a souvent une reprise du tabac dès l'accouchement car la motivation du bébé in utero n'est plus là.

C'est pourquoi, il est nécessaire de leur proposer des consultations de tabacologie pour les accompagner au mieux dans leur démarche. Lors de la grossesse, les modifications hormonales, ainsi que la prise de poids et les modifications psychologiques peuvent également être un frein à l'arrêt de la consommation de tabac. Il est donc important de tenir compte de tous ces facteurs afin de proposer un sevrage tabagique adapté à chaque patiente.

La consommation de tabac des femmes varie-t-elle de la grossesse à l'accouchement ? Combien de femmes arrivent à arrêter de fumer ?

3.2. La prévention par le conseil minimal

Qu'est ce que la prévention ? C'est une attitude ou c'est l'ensemble des mesures prises pour éviter qu'une situation se dégrade ou qu'un accident, une épidémie ou une maladie ne survienne. Elle consiste à limiter le risque et à prévoir des mesures pour y remédier. En médecine, l'action la plus efficace est a priori celle qui limite le risque qu'il y ait des victimes.

Le conseil minimal énoncé à la patiente lors de la déclaration de grossesse et lors des consultations suivantes consiste en deux questions :

- fumez-vous ?
- si oui, voulez-vous arrêter de fumer ? (17)

Parfois, ces simples questions suffisent à la patiente pour prendre la décision d'arrêter de fumer. Si ce n'est pas le cas, ces questions entraînent d'autres dans la tête de la patiente et peuvent cheminer ensuite vers l'arrêt du tabac avec l'aide d'un spécialiste.

Le conseil minimal doit être intégré dans la pratique de chaque professionnel de santé afin de faire un minimum de prévention auprès des patientes. La prévention consiste également à informer les femmes enceintes fumeuses des risques qu'elles encourent ainsi que les risques subis par le fœtus et ce, sans les culpabiliser. Il faut leur énoncer clairement les méfaits du tabac pour leur santé, celle du fœtus, pour la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, le nouveau-né...

La grossesse est une période à laquelle les femmes sont sensibles et à l'écoute. C'est pourquoi, leur énoncer le conseil minimal leur permettent de réfléchir à un éventuel changement de comportement au niveau de leur consommation de tabac. Les bénéfices immédiats et à plus long terme d'un sevrage tabagique doivent également être évoqués avec la patiente afin qu'elle puisse prendre une décision en connaissance de causes. (7,17)

La compréhension des bénéfices d'un sevrage tabagique sur l'amélioration de l'état de santé de leur enfant et leurs efforts associés permettent lors d'un sevrage de voir des résultats rapides. Ces résultats peuvent être montrés à la patiente par la mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré de la patiente.

3.3. La mesure du taux de monoxyde de carbone

Parmi les 4000 composés toxiques de la fumée de cigarette, le monoxyde de carbone (CO) est le plus dangereux pour le fœtus. En effet, son affinité pour l'hémoglobine est 250 fois plus importante que celle de l'oxygène. Ce gaz est issu de la combustion incomplète et représente jusqu'à 5,5 % des gaz de la fumée du tabac (8). Il est facteur d'hypoxémie pour le fœtus. Le pourcentage de ce gaz dépend de la façon dont le fumeur tire sur la cigarette. L'intoxication du fœtus in utero est donc liée directement à cette pratique.

Pour pouvoir déterminer le pourcentage de CO dans l'air expiré de chaque patiente, les spécialistes en tabacologie utilisent un appareil nommé analyseur de monoxyde de carbone. L'analyseur exprime le taux de CO en particules par millions (ppm). La patiente doit prendre une grande inspiration, garder son air pendant quelques secondes

puis le souffler dans un embout à usage unique situé sur l'appareil. Celui-ci indique ensuite le degré d'intoxication de la patiente.

Interprétation des résultats (d'après le dépliant "Maternité sans tabac" Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues) :

- CO de 0 à 2 ppm : pas d'intoxication
- CO de 3 à 9 ppm : intoxication débutante (tabagisme actif, passif, pollution atmosphérique), risque d'hypoxie fœtale
- CO de 10 à 19 ppm : intoxication importante (tabagisme actif++, passif+++, intoxication au CO), risque d'hypoxie fœtale important
- CO \geq 20 ppm : intoxication très importante (tabagisme actif+++, intoxication au CO++), risque d'hypoxie fœtale très important

Les résultats ne reflètent que les dernières heures du tabagisme.

Cette mesure du taux de CO est déterminante chez la femme enceinte fumeuse car elle lui permet de prendre conscience des risques pour le fœtus et plus tard pour le nouveau-né. Elle permet également de renforcer voire de créer une motivation supplémentaire chez la patiente afin d'arrêter de fumer.

Cette mesure est répétée à chaque consultation auprès d'un spécialiste en tabacologie afin de voir les efforts de chaque patiente et ainsi d'adapter au mieux les aides au sevrage.

L'intérêt d'une telle mesure permet de modifier le comportement tabagique des futures mères car elles essayent de diminuer leur consommation tabagique voire d'arrêter complètement. Les efforts des femmes sont récompensés à chaque consultation car le taux de CO diminue significativement après une forte diminution ou un arrêt du tabac. Les professionnels encouragent toujours à un arrêt du tabac car en diminuant la consommation de tabac, la patiente modifie ses habitudes tabagiques et peut tirer plus sur sa cigarette donc l'intoxication est souvent la même, voire plus importante.

3.4. Motivation de la patiente

La motivation de la patiente est primordiale pour un arrêt du tabac. Avant toute prise en charge pour un sevrage tabagique, il convient donc d'évaluer cette motivation.

Pour cela, quelque soit le motif de la consultation, le professionnel de santé peut utiliser l'entretien motivationnel :

A. Pensez-vous que dans six mois : - vous fumerez toujours autant ? - vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? - vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? - vous aurez arrêté de fumer ?	Nombre de points 0 2 4 8
B. Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ? - pas du tout - un peu - beaucoup - énormément	0 1 2 3
C. Pensez-vous que dans quatre semaines... - vous fumerez toujours autant ? - vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? - vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? - vous aurez arrêté de fumer ?	0 2 4 6
D. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ? - jamais - quelques fois - souvent - très souvent	0 1 2 3
Interprétation du score : < 6 points : peu ou pas motivé 6 à 12 points : motivé mais à renforcer > 12 points : motivé Autour de 20 points : motivation élevée	

Test Q-MAT d'après l'échelle d'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac, de G. Lagrue et P. Légeron

Cette méthode permet d'évaluer la motivation de la patiente en quelques minutes en lui demandant d'évaluer elle-même sa motivation, puis à nous de renforcer celle-ci en l'informant par un entretien individuel. Elle nous permet également d'être renseignée sur le statut tabagique de la patiente ainsi que son environnement (conjoint, travail, proches...).

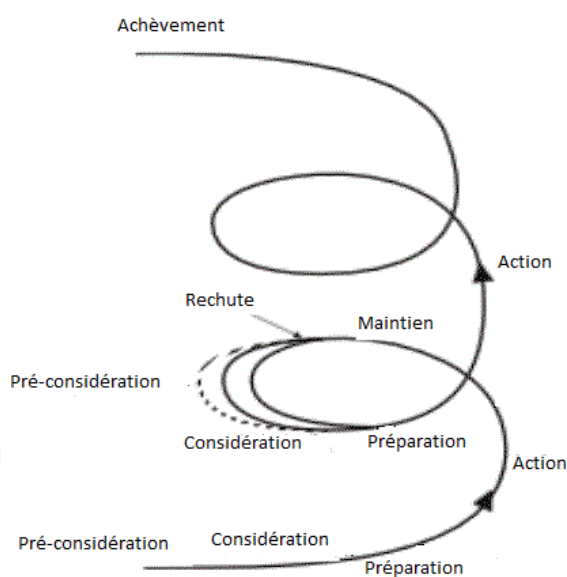
Pour renforcer la motivation de la patiente, l'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la stratégie des « 5 R » développée aux Etats-Unis par le National Cancer Institute (18) :

- Relevance : encourager le fumeur à indiquer les raisons personnelles qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer
- Risks : aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac
- Rewards : demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac

- Roadblocks : demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt
- Répétition : répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation

La motivation est essentielle dans le processus du sevrage tabagique et elle doit être renforcée à chaque occasion.

Pour préparer la patiente au changement, nous pouvons lui expliquer le schéma de Di Clemente et Prochaska qui permet de montrer que le fumeur passe par différents stades.



Modèle en spirale des différentes étapes de changement de comportement au cours d'une dépendance d'après Di Clemente et Prochaska. (11)

3.5. Qu'est-ce qu'une consultation de tabacologie

C'est une consultation qui se déroule avec un médecin ou une sage-femme formé en tabacologie/addictologie. La première consultation permet au professionnel d'avoir tous les renseignements nécessaires concernant la patiente. Celle-ci aura au préalable remplie un questionnaire (*cf. annexe 1*).

La consultation permet donc :

- d'évaluer la consommation tabagique
- d'évaluer et renforcer la motivation
- d'évaluer la dépendance tabagique par la mesure du taux de CO

- de faire un entretien avec la patiente sur ses antécédents d'anxiété et/ou de dépression et/ou psychiatriques, problème de poids, dépendances associées
- choisir un traitement et le prescrire.

En première intention, les thérapies cognitivo-comportementales sont toujours proposées. Elles peuvent être associées à la substitution nicotinique qui est indiquée dans le traitement de la dépendance nicotinique et qui s'insère dans une prise en charge globale.

La deuxième consultation permet une visite rapprochée pour faire le bilan initial sur les envies, les erreurs, les encouragements, le CO expiré et permettre le renforcement des conseils diététiques. Plusieurs consultations de suivi sont ensuite proposées pour assurer un suivi régulier, pour évaluer le sevrage tabagique et prévenir les rechutes.

3.6. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales permettent de modifier les comportements inadaptés du fumeur en les remplaçant par des comportements plus adaptés (14). Ceci impose que le fumeur veuille changer ses habitudes tabagiques et surtout les associations cigarette-café, cigarette-pause...

Pour pouvoir modifier son comportement, le fumeur doit bénéficier de l'aide d'un spécialiste afin de lui faire prendre conscience de ses habitudes tabagiques, de l'accompagner au mieux et de le soutenir dans l'apprentissage des changements. Il faut apprendre au fumeur à gérer différemment les envies de fumer, les émotions, certaines situations et lui montrer les bénéfices de l'arrêt du tabac.

3.7. Les traitements de substitution nicotinique (TSN) utilisables pendant la grossesse

Le comportement des femmes fumeuses pendant la grossesse varie : 31 % arrêtent avant d'être enceintes, 22 % à l'annonce de la grossesse et seulement 3 % pendant la grossesse, 40 % n'arrêtent pas (19).

Les femmes enceintes qui arrêtent de fumer le font souvent seules, sans traitements de substitution nicotinique. Ce sont souvent les femmes qui ne sont pas très dépendantes et qui ne ressentent pas le syndrome de manque, elles n'ont donc pas besoin de TSN. Certaines femmes qui veulent arrêter de fumer sont suivies en consultation de

tabacologie, d'autres ne sont pas informées qu'il est possible de prendre des traitements substitutifs pendant la grossesse, et d'autres encore n'en veulent pas. Beaucoup d'entre elles ressentent alors le syndrome de manque, il est donc important qu'elles soient informées sur la possibilité d'utiliser les TSN pendant la grossesse. Le but du traitement par TSN étant de contrôler les symptômes de manque.

C'est pourquoi, nous allons faire un rappel sur les traitements utilisables pendant la grossesse. Lors de la consommation d'une cigarette, il y a un shoot de nicotine qui arrive au cerveau en une dizaine de secondes et qui entraîne la dépendance. Les substituts nicotiques (SN) permettent une diffusion plus lente de la nicotine et les concentrations au niveau du cerveau sont plus faibles. Les SN suppriment donc en partie les symptômes de sevrage. La posologie des SN doit être adaptée en fonction de la dépendance du fumeur.(14,15)

Les TSN sont remboursés par la Sécurité Sociale à hauteur de 150 € pendant la grossesse. Les femmes utilisent-elles les SN mis à leur disposition en pharmacie ?

3.7.1. Dispositif transdermique à la nicotine

C'est ce que l'on appelle couramment un timbre ou patch. Il est à coller sur la peau glabre au niveau des faces externes des bras ou des hanches et il faut changer de localisation tous les jours pour éviter des irritations. La nicotine contenue dans le patch diffuse lentement, il n'y a pas de pic de nicotine comme avec une cigarette. Il est conseillé de mettre un timbre qui diffuse sur 16h en l'appliquant le matin et en le retirant avant de se coucher. Il existe trois dosages différents : 21, 14 et 7 mg/24h ou 25, 15 et 10mg/16h. On peut associer le patch à des formes orales si nécessaire.(14)

3.7.2. Gomme à mâcher, pastilles, tablettes

La gomme est dosée à 2 ou 4 mg et permet de contrôler la prise de nicotine par le fumeur. Elle se prend lors d'une envie impérieuse de nicotine. Il faut la mâcher une fois puis la laisser ramollir environ 30 minutes dans le creux de la joue pour permettre une diffusion lente de la nicotine à travers les muqueuses buccales. Il existe plusieurs parfums (menthe, menthe forte).

Les pastilles, les tablettes sublinguales et les comprimés à sucer ont le même rôle que les gommes à mâcher. La posologie est adaptée en fonction de la dépendance et de la consommation. (14)

3.7.3. Inhaleur à la nicotine

L'inhaleur permet de substituer la composante gestuelle du fumeur qui est de tenir et tirer sur la cigarette. Il est composé d'un embout buccal dans lequel on insère des cartouches de nicotine. Une bouffée de l'inhaleur correspond à 1/10 de la nicotine libérée en tirant une bouffée sur une cigarette. (14)

3.7.4. Spray buccal

Après la pulvérisation, la nicotine est rapidement absorbée à travers la muqueuse buccale, et réduit rapidement les envies irrésistibles de fumer.

3.8. Les rechutes

Elles font partie du sevrage tabagique, elles sont normales et doivent permettre à la patiente de ne plus tomber dans les pièges du tabac.

Il est donc important de prévenir la patiente sur les circonstances des rechutes (14) :

- symptômes de sevrage
- « craving » = besoin impérieux de fumer
- dépression
- prise de poids
- perte de motivation
- excès de confiance

D'autres facteurs peuvent entrer en jeu dans le processus de rechute comme le jeune âge, bas niveau socio-économique, consommation d'alcool, nombre élevé de cigarettes fumées...

Il convient donc de trouver avec la patiente des stratégies afin d'éviter les rechutes en modifiant son comportement, d'où la nécessité d'une TCC. Il ne faut pas culpabiliser la patiente en cas de rechutes mais plutôt la re-motiver et lui apprendre à gérer les situations difficiles.

3.9. Prise en charge pendant l'accouchement

Le statut tabagique de la patiente devrait être abordé systématiquement à l'arrivée en salle de naissances pour évaluer sa consommation de cigarettes et l'aider si elle ressent des symptômes de manque.

Qu'en est-il en salles de naissances à la MRUN ? Les résultats de notre étude permettront de savoir si cette question est abordée systématiquement et si les femmes désirent prendre des SN pendant le travail.

3.10. Prise en charge après l'accouchement

La HAS recommande une information sur l'allaitement et le tabac ainsi qu'une proposition d'aide à l'arrêt du tabac. Il est nécessaire de limiter l'exposition du nouveau-né au tabagisme passif, d'informer le père sur les aides à l'arrêt du tabac et de créer un environnement sain au retour à domicile.(7)

Il convient de continuer le sevrage tabagique après l'accouchement lorsque les femmes l'ont commencé pendant la grossesse ou de commencer un sevrage si celles-ci n'ont pas réussi pendant la grossesse et qu'elles le désirent. Cela s'effectue en poursuivant les consultations en tabacologie et en les soutenant pour éviter les rechutes. Dans le post-partum, beaucoup de patientes rechutent, environ 30 % (13). Elles n'ont souvent plus la motivation pour continuer le sevrage car leur grossesse est finie.

Partie 2

1. L'ETUDE

1.1. La Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN)

La Maternité Régionale de Nancy est une maternité de type III qui accueille des femmes de tous niveaux socio-économiques. Elle fait partie du Réseau Maternité Sans Tabac qui est un réseau de maternités publiques ou privées qui s'engage à adhérer à la « Charte Maternité sans tabac ». Cette charte oblige à se mettre en conformité avec la législation en vigueur pour prévenir le tabagisme passif dans les lieux collectifs et informer les femmes enceintes, les visiteurs et le personnel sur les dangers du tabagisme actif et/ou passif et sur les moyens de s'en protéger. Cette adhésion permet d'avoir un environnement sain, complètement non fumeur, en appliquant les recommandations de l'HAS lors de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de 2004.(20)

La MRUN propose des consultations de tabacologie individuelles faites par un médecin ou une sage-femme formé en tabacologie/addictologie. Elles permettent une écoute, des réponses aux questions des patientes et un accompagnement personnalisé du sevrage tabagique.

Des affiches apposées sur les murs des différents services ainsi que des dépliants (*cf. annexes 2 et 3*) sont à disposition dans la maternité pour informer les femmes enceintes mais aussi celles qui ont accouchées, les pères, les visiteurs et aussi le personnel sur la possibilité de consulter des professionnels de santé pour les aider à un arrêt du tabac.

Une évaluation de la prise en charge des femmes enceintes tabagiques de la MRUN permettrait de connaître les points forts et faibles de cette prise en charge.

1.2. Justification de l'étude

Nous avons vu précédemment que la prise en charge des femmes enceintes fumeuses commence dès la première consultation de suivi de grossesse par le conseil minimal recommandé par la HAS. La patiente doit être orientée vers un professionnel spécialisé en tabacologie si elle désire un sevrage tabagique afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa dépendance.

Tout arrêt de la consommation de tabac est bénéfique quel que soit le stade de la grossesse, aussi bien pour la mère que pour le fœtus (8).

Les recommandations de Santé Publique concernant le dépistage du tabagisme chez la femme enceinte semblent être bien suivies puisque d'après l'enquête du Baromètre santé 2010, la consommation de tabac pendant la grossesse diminue et la majorité des femmes qui s'arrêtent de fumer le font au premier trimestre de grossesse (1), ce qui correspond très souvent aux premières consultations du suivi de grossesse. Cependant, il y a encore 17,1 % des femmes enceintes qui fument au troisième trimestre de grossesse (1).

Alors pourquoi y a-t-il encore autant de femmes fumeuses à l'accouchement ? Le message de prévention par le conseil minimal est-il toujours abordé lors des consultations ? Tous les professionnels de santé ont-ils le même discours sur la diminution de la consommation et l'arrêt du tabac pendant la grossesse ? La patiente est-elle informée de l'existence d'une consultation de tabacologie à la MRUN ? Les femmes sont-elles pénalisées par manque d'informations sur les aides au sevrage ? Quels sont les facteurs qui limitent l'arrêt du tabac pendant la grossesse?

Autant de questions auxquelles nous aimerions répondre à travers notre étude afin de mettre en évidence les différents facteurs qui limitent l'arrêt du tabac chez la femme enceinte fumeuse et de permettre une meilleure prise en charge du traitement de la dépendance tabagique.

1.3. Hypothèses

Nos hypothèses sont :

- les patientes sont majoritairement primipares
- peu de femmes tentent un arrêt du tabac pendant la grossesse ; les femmes qui sont suivies en consultation de tabacologie arrêtent de fumer plus facilement
- les femmes savent qu'il est possible d'utiliser les substituts nicotiques pendant la grossesse
- elles sont informées de la possibilité de consulter une sage-femme ou un médecin spécialiste en tabacologie
- en salle de naissances, le statut tabagique n'est pas abordé.

1.4. Objectifs

Sachant que toutes les femmes enceintes sont dépistées pour le tabagisme lors des consultations de grossesse, nos objectifs sont :

- évaluer la consommation de tabac avant et pendant la grossesse ainsi qu'après l'accouchement (pendant le temps du séjour à la maternité) chez les femmes fumeuses hospitalisées en suites de couches à la MRUN

- apprécier les informations qu'elles ont reçues par les professionnels de santé sur les risques du tabac pour elle et le bébé

- identifier les facteurs, les raisons qui limitent l'arrêt de la consommation du tabac chez ces femmes pendant la grossesse

- essayer d'améliorer la prise en charge de ces patientes en fonction des résultats de l'étude.

De plus, notre objectif personnel est d'approfondir nos connaissances sur le tabagisme féminin, pour pouvoir conseiller au mieux les femmes enceintes qui décident d'un sevrage tabagique et les orienter vers un professionnel de santé spécialisé.

1.5. Schéma général de l'étude

C'est une étude descriptive prospective auprès des trois secteurs de suites de couches de la MRUN : Richon 1, Richon 2 et Vermelin 1. Cette étude a pour but d'évaluer le tabagisme pendant la grossesse et à l'accouchement de chaque accouchée fumeuse pendant la grossesse par le biais d'un questionnaire qui leur a été distribué pendant leur séjour en secteur mère-enfant.

1.6. Population étudiée

La population étudiée incluait l'ensemble des femmes fumeuses pendant la grossesse qui ont accouché durant la période déterminée au préalable, c'est à dire du 14 mai 2013 au 14 septembre 2013. Les femmes enceintes qui ont diminué leur consommation ou qui ont arrêté de fumer lors de leur grossesse ont été incluses dans l'échantillon. Les femmes qui fumaient avant la grossesse et qui ont arrêté leur consommation avant celle-ci ont été exclues de l'échantillon.

Pour savoir quelle femme fumait pendant sa grossesse, nous nous sommes basés sur le dossier médical de chaque accouchée à la rubrique « tabac avant grossesse et pendant grossesse ». Seules les femmes où la case « tabac pendant la grossesse » était cochée, ont été interrogées.

1.7. Méthode de recueil des données et déroulement de l'étude

1.7.1. Méthode de recueil

Notre étude est basée sur le recueil de données par le biais d'un questionnaire d'une feuille recto-verso (*cf. annexe 4*) qui a été distribué en secteur mère-enfant à toutes les accouchées fumeuses pendant leur grossesse. Ce questionnaire anonyme et facultatif comprend quatre grandes parties qui nous ont permis de cibler les questions afin de répondre à nos différents objectifs.

La première partie du questionnaire m'a permis de recueillir les renseignements généraux de la patiente.

La deuxième partie m'a permis de connaître le statut tabagique de la femme avant, pendant et après sa grossesse, ainsi que celui de son conjoint.

La troisième partie concerne le suivi obstétrical et tabagique, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées par la patiente.

Enfin, la quatrième partie concerne le statut tabagique en salle de naissances.

1.7.2. Déroulement de l'étude

Les questionnaires de notre étude ont été supervisés par le Dr Nathalie Wirth, médecin spécialiste en tabacologie/addictologie et expert de mon mémoire afin que les questions posées soient cohérentes avec l'étude et compréhensibles par les patientes. Ils ont également été lus par un interne en épidémiologie.

L'étude s'est déroulée sur une période déterminée de quatre mois, du 14 mai au 14 septembre 2013, afin de recueillir un maximum de questionnaires.

Les questionnaires ont été distribués pour la plupart par nos soins à chaque patiente hospitalisée en suites de couches incluse dans la population étudiée. Chaque patiente

incluse dans la population cible s'est donc vue remettre le questionnaire. Celui-ci était récupéré dans la même journée.

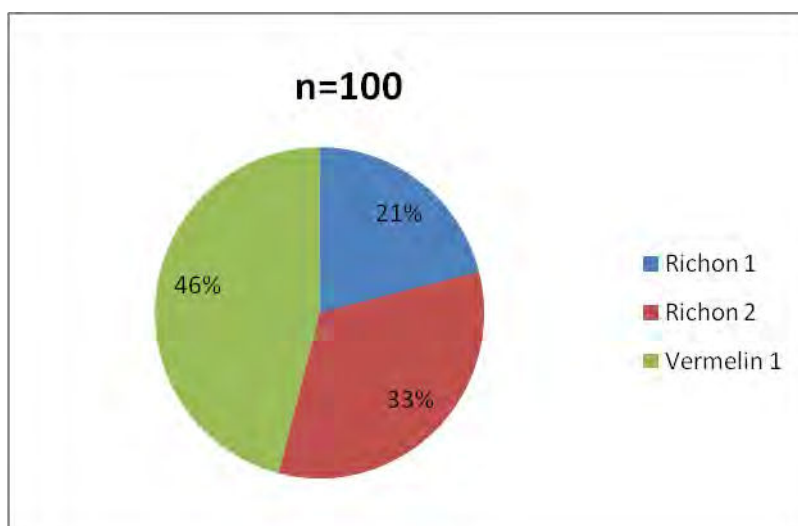
A la fin de la période déterminée, c'est-à-dire le 14 septembre 2013, nous avons récupéré 102 questionnaires. Il nous a fallu ensuite rentrer toutes les données sur le logiciel statistiques EpiInfo 7. Deux questionnaires n'ont pas pu être exploités du fait d'un nombre trop important de réponses non remplies. Au total, nous avons donc pu analyser 100 questionnaires avec EpiInfo 7 et les graphiques ont été réalisés avec le logiciel Excel 2007.

Les résultats de l'étude vont maintenant être présentés.

2. RESULTATS

100 questionnaires ont été analysés, $n = 100$. Les résultats sont présentés dans l'ordre des questions du questionnaire (*cf. annexe 4*).

2.1. Secteur d'hospitalisation



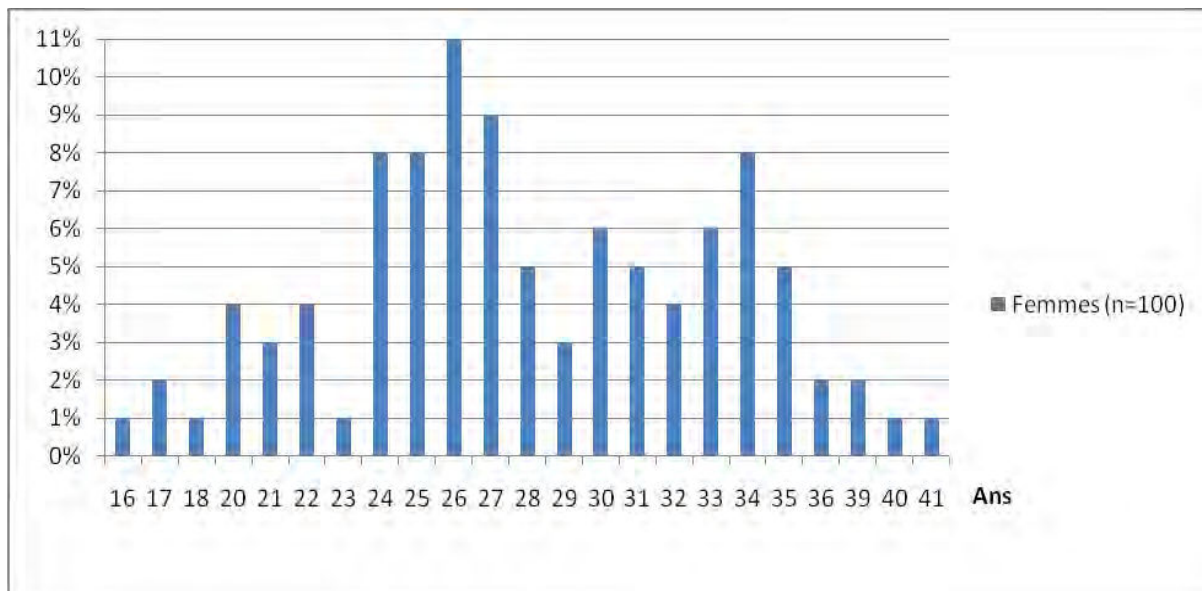
Graphique 1 : Répartition des femmes en secteur mère-enfant

46 % des patientes étaient hospitalisées dans le secteur Vermelin 1 qui est le secteur de suites de couches des patientes ayant accouchées voie basse avec ou sans extraction instrumentale.

33 % des patientes étaient hospitalisées à Richon 2 et 21 % à Richon 1 (secteur des patientes césariées).

2.2. Renseignements généraux des patientes

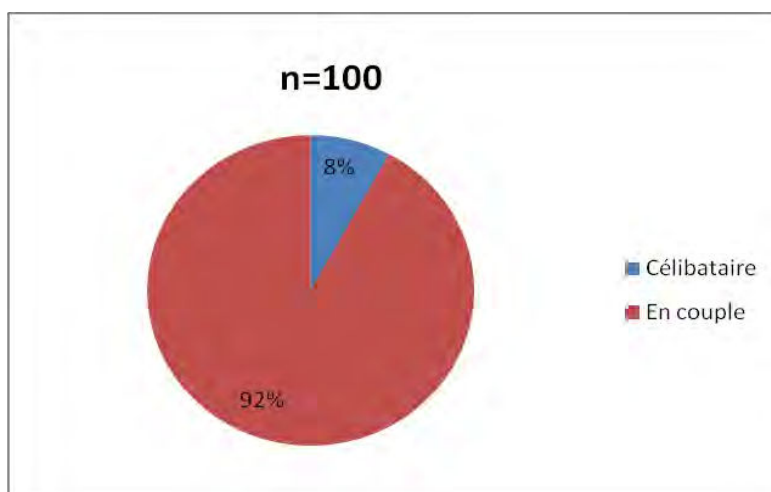
2.2.1. Age de la population étudiée



Graphique 2 : Age de la population étudiée

La majorité de la population étudiée était regroupée dans la tranche d'âge 24-34 ans. Quatre patientes avaient moins de 18 ans et deux avaient 40 ans ou plus. L'âge moyen des patientes était de 28 ans.

2.2.2. Situation personnelle

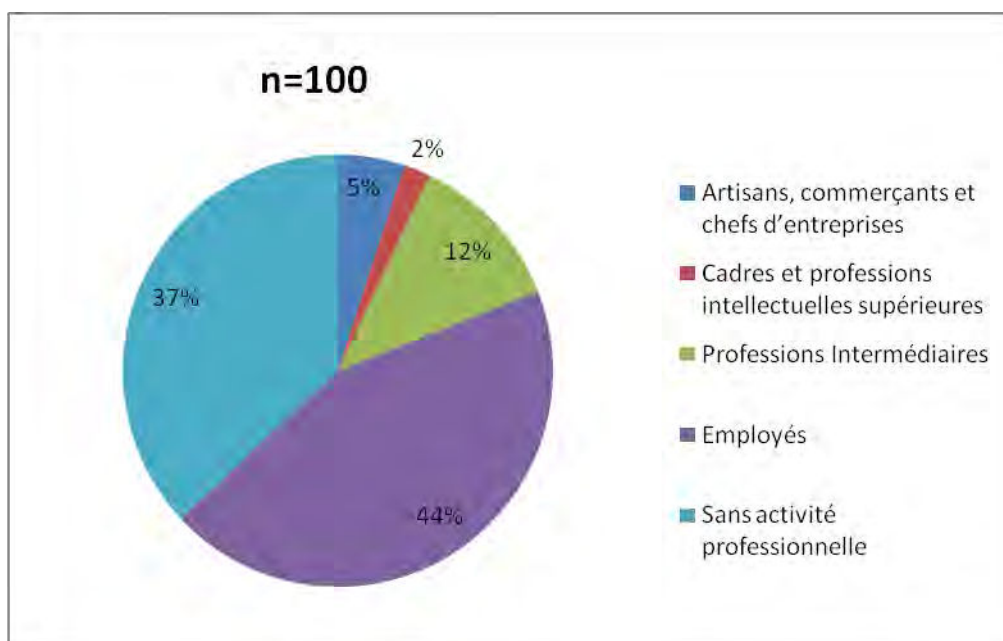


Graphique 3 : Situation personnelle

8 % de la population étudiée étaient des mères célibataires, 92 % étaient en couple.

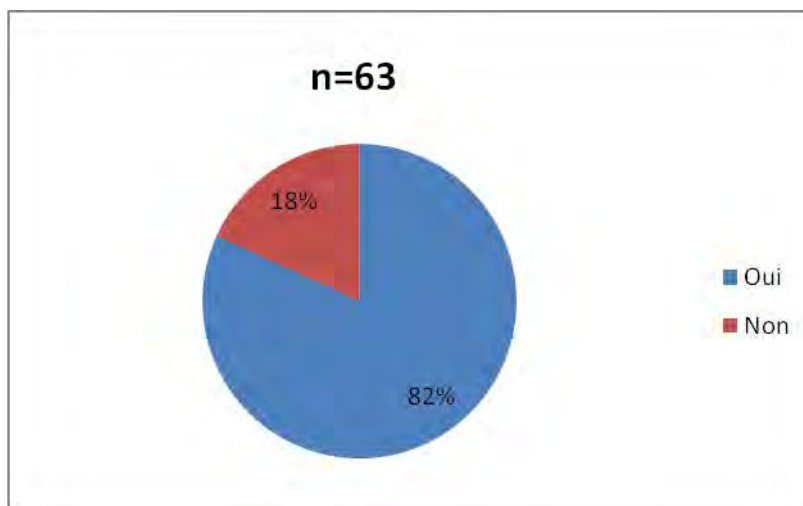
2.2.3. Situation professionnelle et niveau d'études

- Situation professionnelle



Graphique 4 : Situation professionnelle

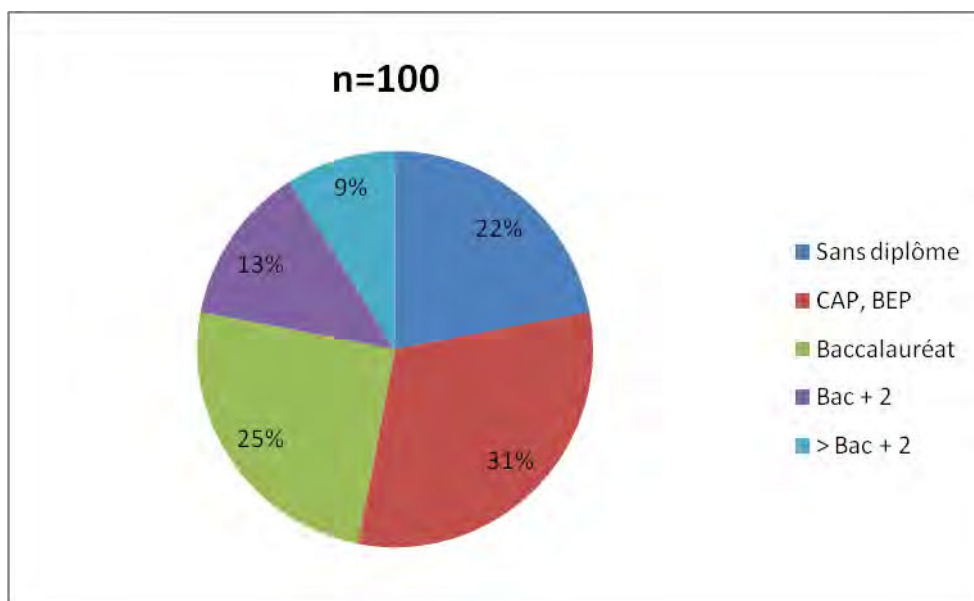
37 % des patientes étaient sans activité professionnelle. Parmi ces 37 %, deux patientes seulement étaient étudiantes, les autres étaient sans emploi. 63 % des femmes enceintes avaient une activité professionnelle.



Graphique 5 : Profession exercée pendant la grossesse

Parmi ces 63 % de patientes, 82 % travaillaient pendant leur grossesse.

- Niveau d'études

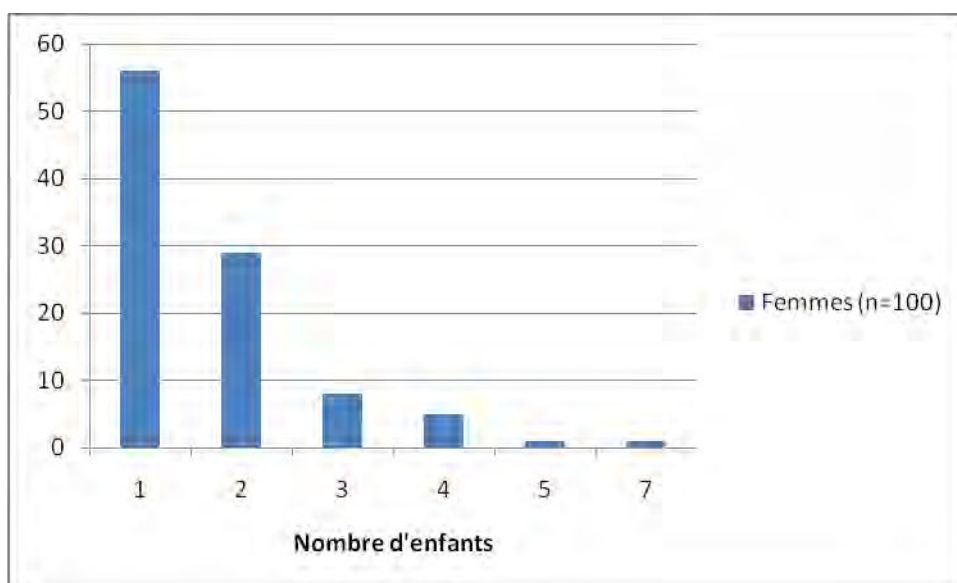


Graphique 6 : Niveau d'études

22 % des patientes interrogées n'avaient aucun diplôme. 56 % avaient un niveau CAP, BEP ou baccalauréat. 22 % seulement avaient un niveau d'études égal ou supérieur à baccalauréat + 2 ans.

2.2.4. Antécédents obstétricaux

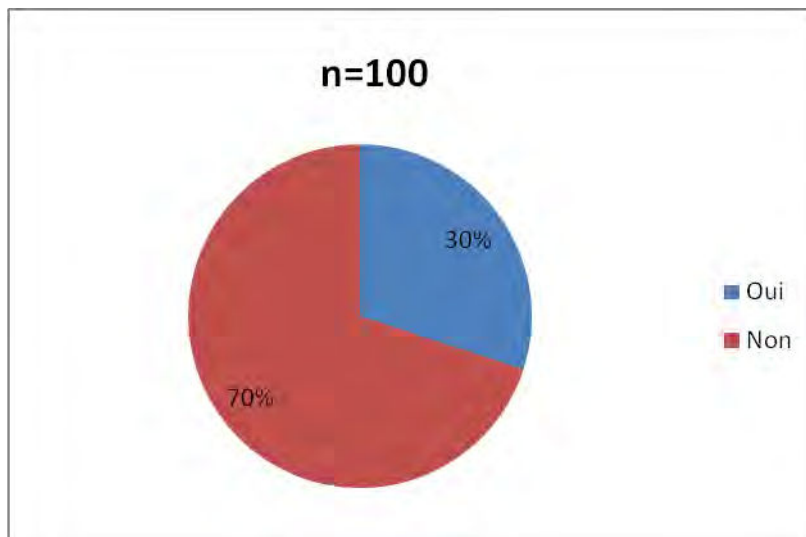
- Nombre d'enfants



Graphique 7 : Nombre d'enfants actuellement

56 femmes étaient primipares et 44 étaient multipares. La majorité des patientes accueillaient donc leur premier enfant et deux d'entre elles ont accouché de jumeaux.

- Antécédent de fausse-couche



Graphique 8 : Femmes ayant déjà eu une fausse-couche

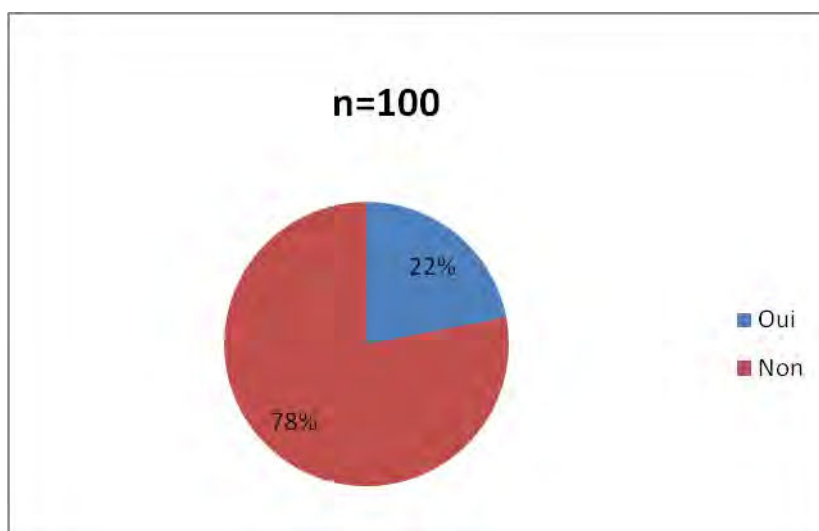
30 % des patientes ont déjà eu une fausse couche.

- Antécédent de grossesse extra-utérine

Aucune patiente n'a déjà eu une grossesse extra-utérine.

2.2.5. Complications pendant la grossesse

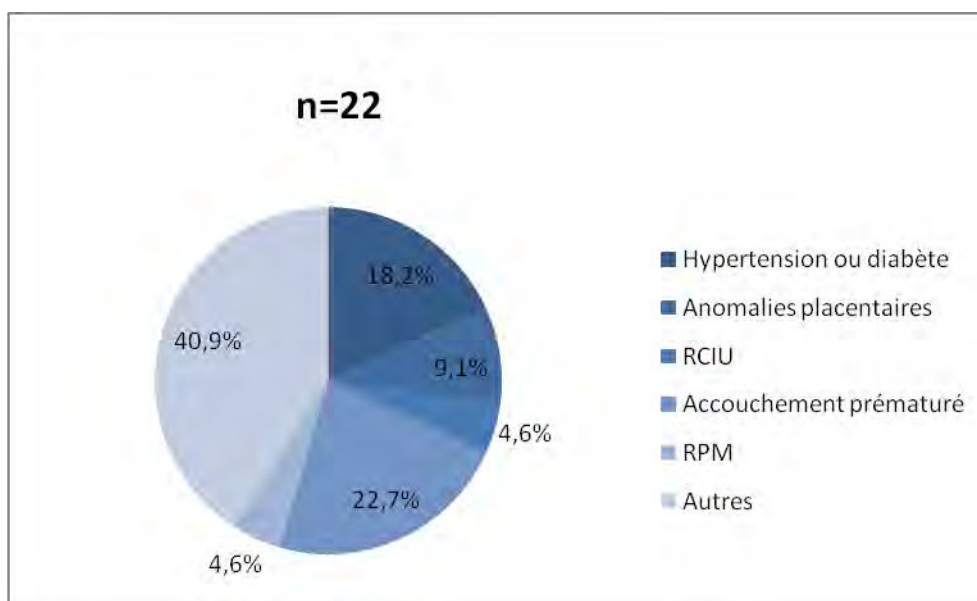
- Les patientes ont-elles eu des complications pendant la grossesse ?



Graphique 9 : Complications pendant cette grossesse

78 % des patientes interrogées n'ont pas eu de complications pendant leur grossesse. En revanche, 22 % des femmes ont eu des complications.

- Quelles étaient ces complications ?



Graphique 10 : Nature des complications pendant la grossesse

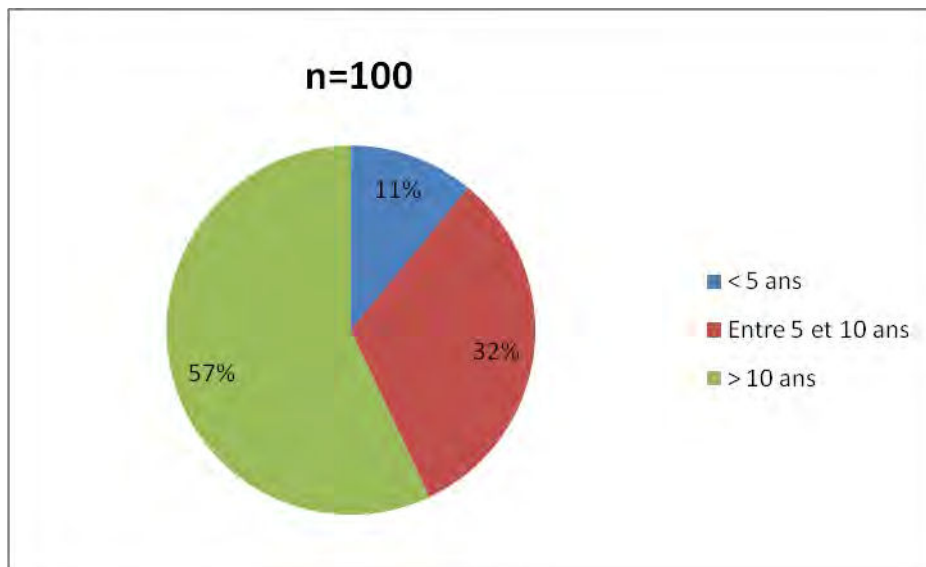
18.2 % des patientes ayant eu des complications ont eu soit de l'hypertension artérielle de grossesse, soit un diabète gestationnel pendant leur grossesse. 22.7 % des femmes ont eu un accouchement prématuré. La restriction de croissance intra-utérine (RCIU) avait touché les fœtus d'environ 4.6 % des patientes. 4.6 % des patientes ont eu une rupture prématurée des membranes et 9.1 % ont eu des anomalies placentaires.

40.9 % des patientes ont eu d'autres complications (prise de poids excessive, anémie, bride amniotique, hyperthermie).

2.3. Statut tabagique

Le statut tabagique des patientes ainsi que de leur conjoint était primordial pour notre étude. Nous avons donc évalué la consommation de tabac des femmes avant et pendant la grossesse ainsi qu'après l'accouchement.

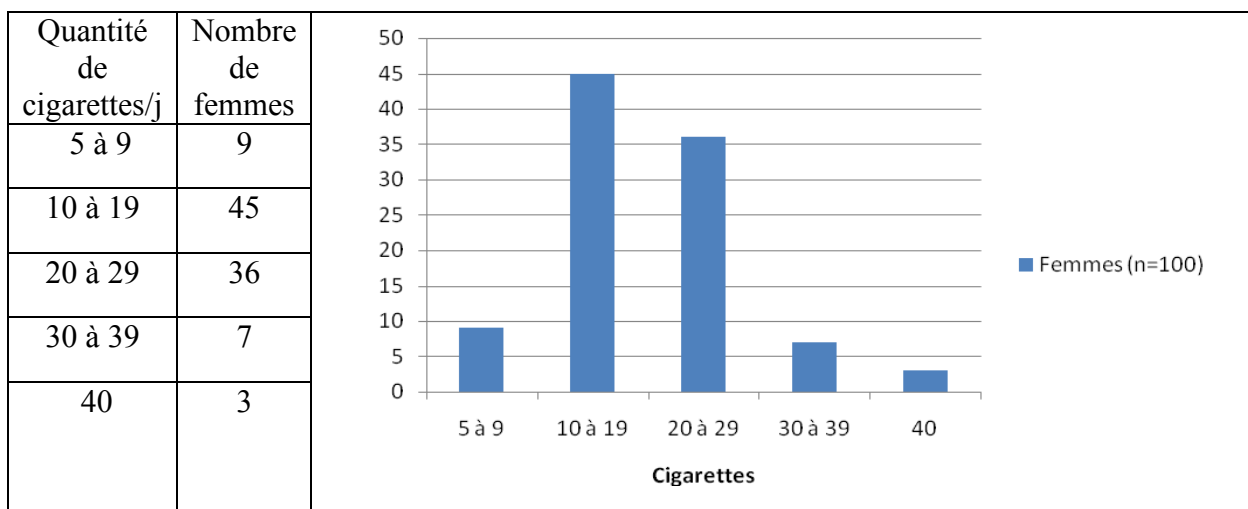
- Depuis combien d'années les patientes fumaient-elles ?



Graphique 11 : Nombre d'années de tabagisme actif

57 % des patientes interrogées fumaient depuis plus de 10 ans. 11% des femmes fumaient depuis moins de 5 ans. 32 % des patientes fumaient depuis 5 à 10 ans.

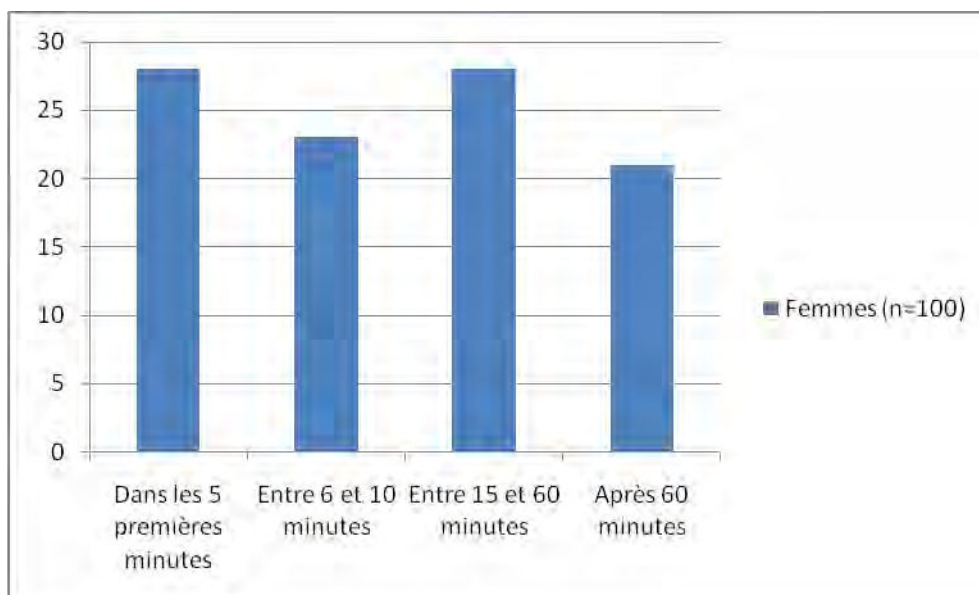
- Nombre de cigarettes fumées quotidiennement avant la grossesse



Graphique 12 : Quantité de cigarettes consommées avant la grossesse

Pour élaborer un graphique cohérent, nous avons dû regrouper les résultats en 5 classes. Deux groupes se détachent : 45 % des femmes fumaient 10 à 19 cigarettes par jour (dont 20 femmes fumaient 10 cigarettes et 22 fumaient 15 cigarettes par jour) et 36 % d'entre elles fumaient 20 à 29 cigarettes par jour, c'est-à-dire plus d'un paquet par jour.

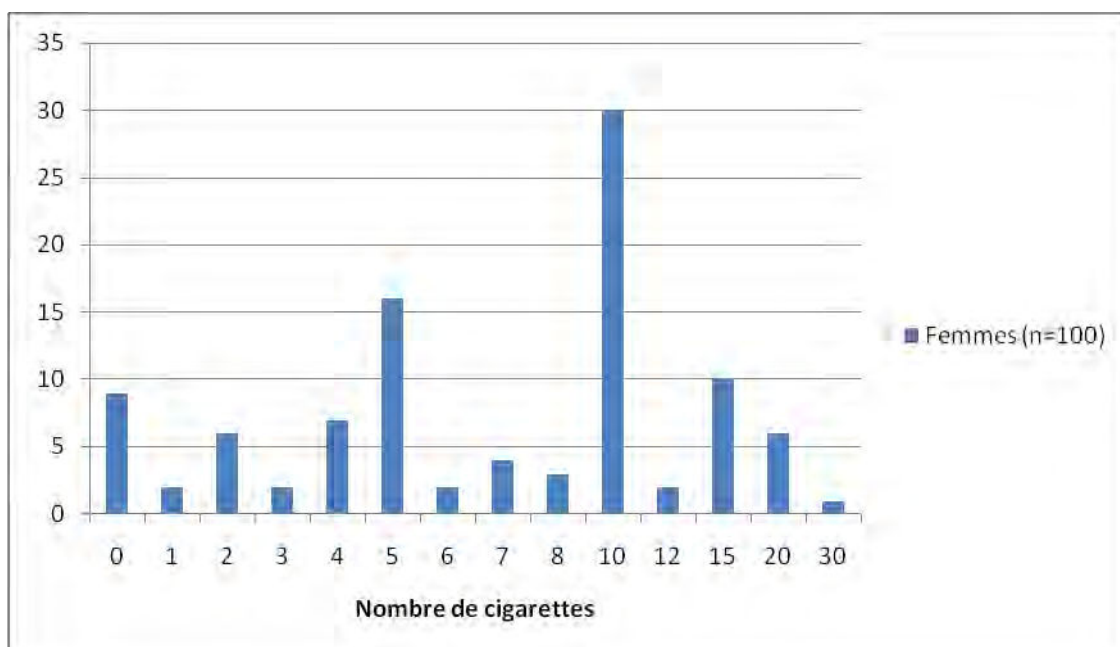
- Quel était le délai entre le réveil et la première cigarette fumée ?



Graphique 13 : Prise de la première cigarette après le réveil

28 % des femmes fumaient leur première cigarette dans les 5 minutes après leur réveil. 23 % des femmes fumaient leur première cigarette entre 6 et 10 minutes, 28 % entre 15 et 60 minutes. 21 % des femmes la fumaient au moins 1 heure après leur réveil.

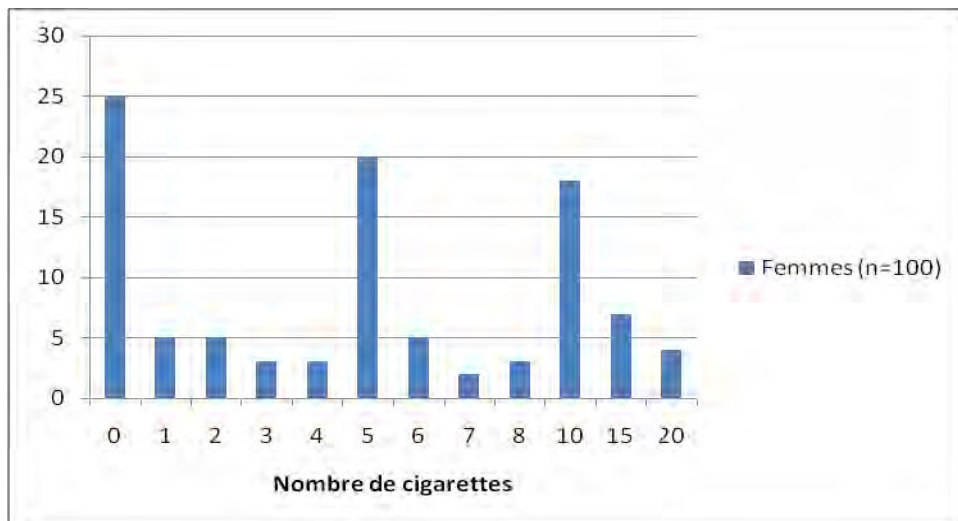
- Nombre de cigarettes fumées quotidiennement pendant la grossesse



Graphique 14 : Quantité de cigarettes consommées pendant la grossesse

9 femmes ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse. 16 femmes fumaient 5 cigarettes par jour, 30 femmes fumaient 10 cigarettes, 10 femmes fumaient 15 cigarettes, 6 femmes fumaient encore 20 cigarettes soit un paquet par jour et 1 fumait 30 cigarettes.

- Nombre de cigarettes fumées quotidiennement pendant le séjour en suites de couches

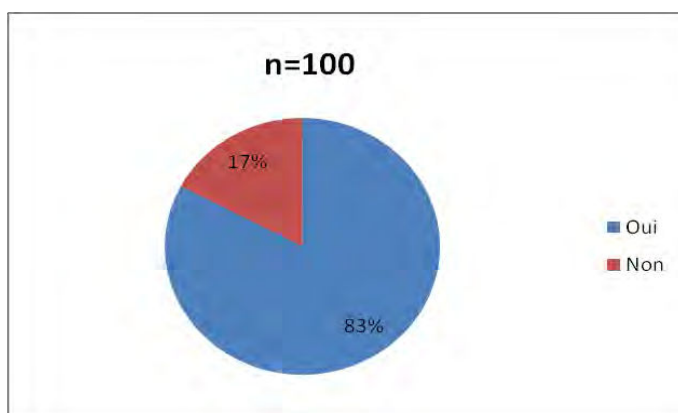


Graphique 15 : Quantité de cigarettes consommées après l'accouchement

25 % des patientes ont réussi à arrêter le tabac après leur accouchement.

36 % des femmes fumaient entre 1 et 5 cigarettes par jour dont 20 % d'entre elles fumaient 5 cigarettes, 18 % fumaient 10 cigarettes et 11 % en fumaient entre 15 et 20 par jour après leur accouchement.

- Statut tabagique du conjoint



Graphique 16 : Conjoint fumeur ?

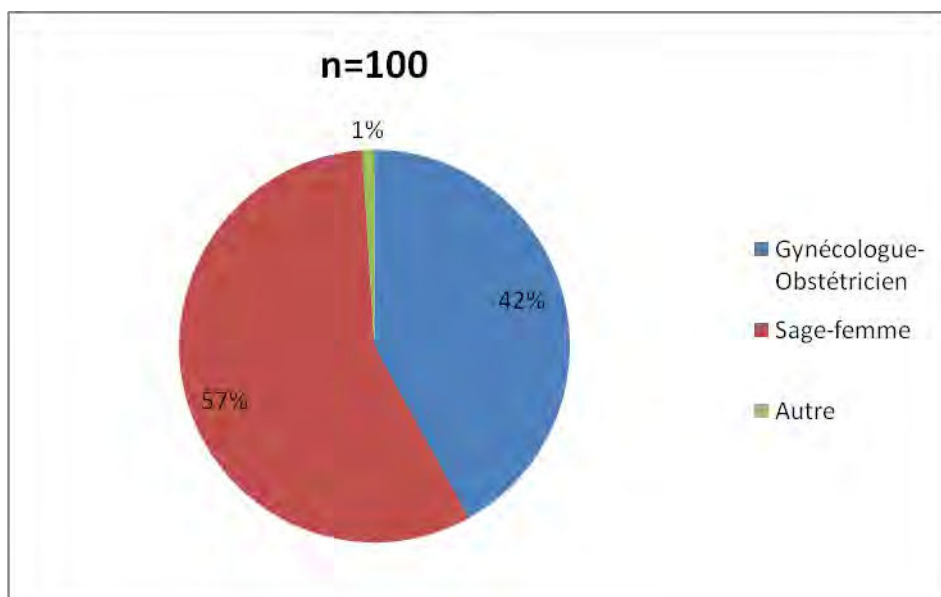
83 % des patientes avaient un conjoint fumeur.

2.4. Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse

2.4.1. Suivi obstétrical des patientes

Il était important de connaître qui suivait la patiente tout au long de sa grossesse pour savoir si les différents professionnels de santé appliquaient les recommandations relatives au tabac pendant la grossesse.

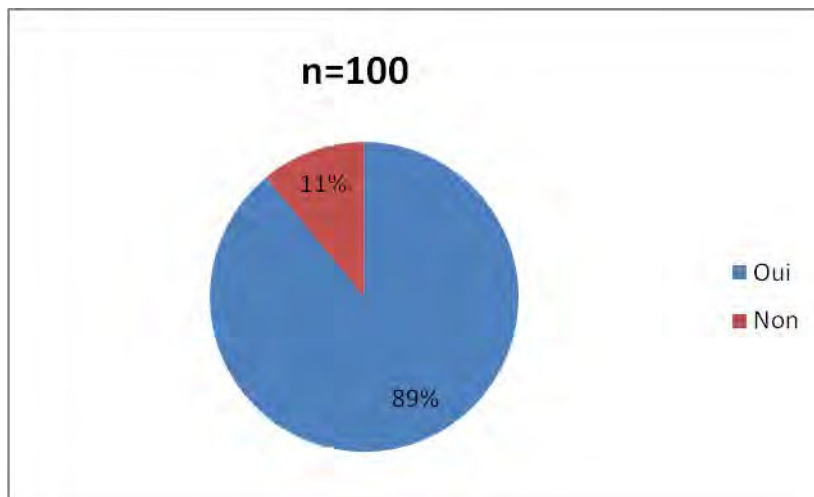
- Quel professionnel de santé a suivi la patiente pendant sa grossesse ?



Graphique 17 : Professionnel ayant suivi la patiente pendant sa grossesse

57 femmes ont été suivies tout au long de leur grossesse par une sage-femme, 42 par un gynécologue-obstétricien et une seule par un médecin généraliste.

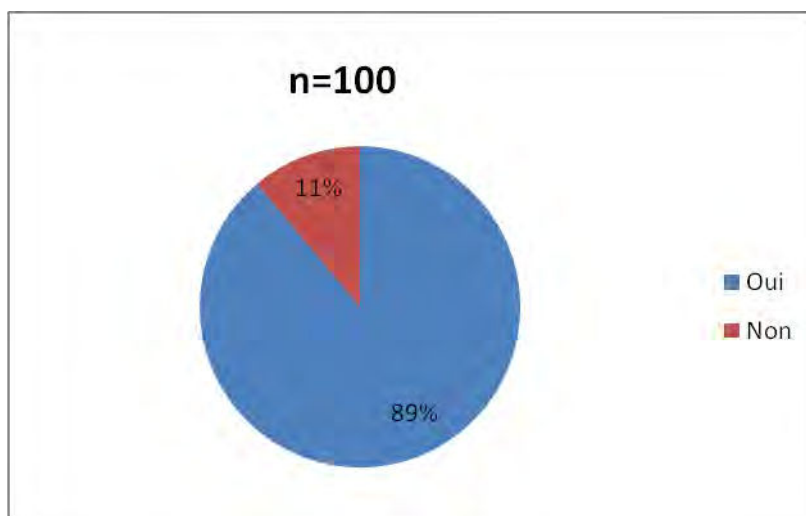
- Informations sur les risques du tabac sur la santé du bébé



Graphique 18 : Informations données sur les risques liés au tabac sur la santé du bébé

89 % des patientes ont reçu les informations concernant les risques du tabac sur la santé de leur enfant par le professionnel de santé qui les suivait. 11 % n'ont apparemment pas reçu ces informations.

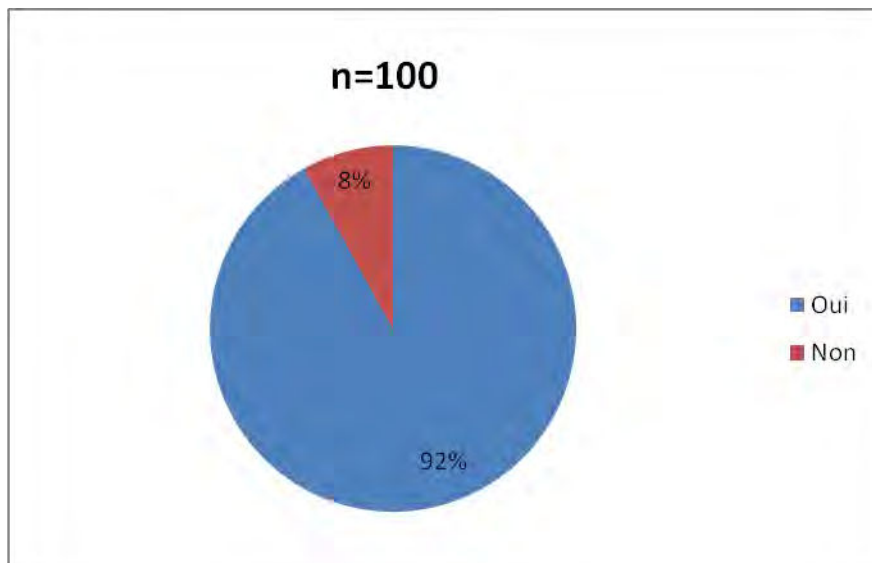
- Informations sur les risques du tabagisme passif



Graphique 19 : Informations données sur les risques du tabagisme passif

89 % des patientes ont eu les informations relatives au tabagisme passif et 11 % n'ont pas eu ces informations.

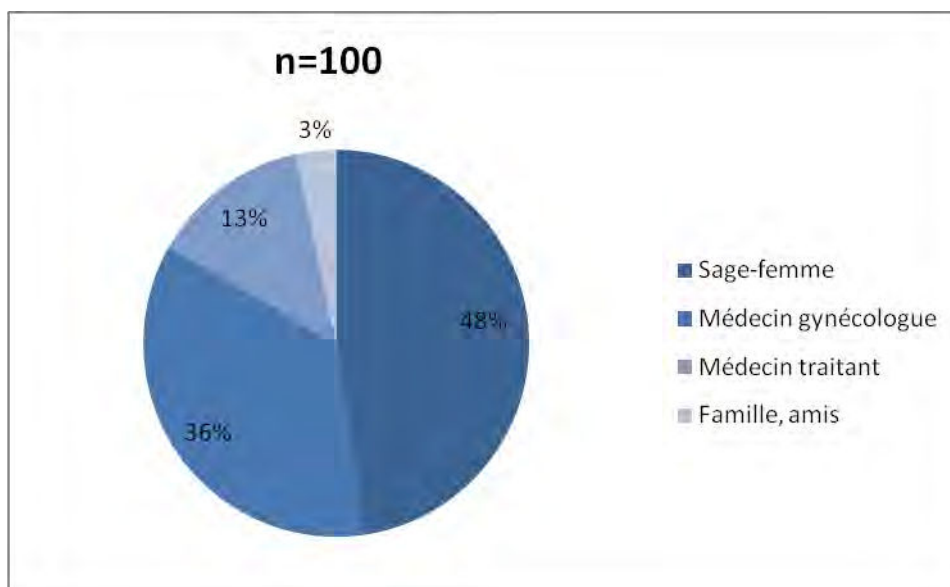
- Recommandation de diminuer la consommation de tabac



Graphique 20 : Recommandation donnée quant à la réduction de la consommation de tabac pendant la grossesse

92 % des patientes ont été informées de l'intérêt de réduire leur consommation de cigarettes pendant la grossesse. 8 % n'ont pas été informées.

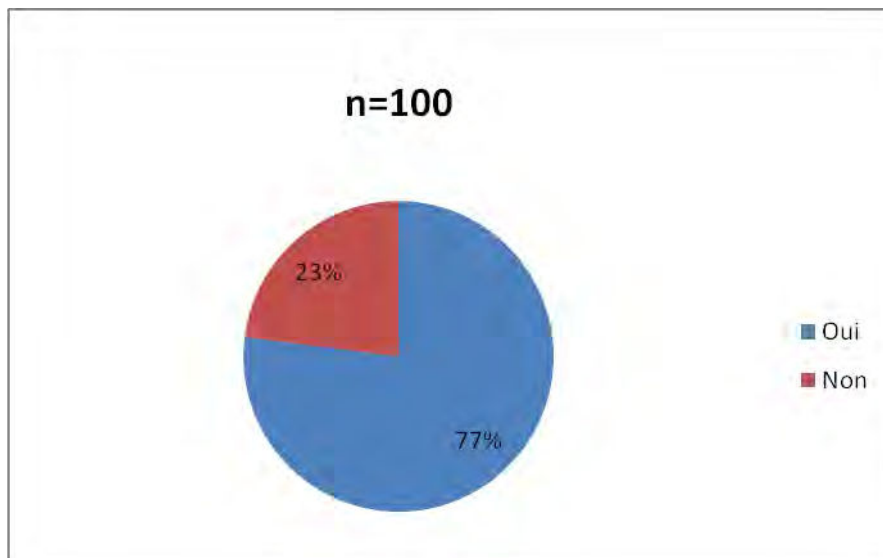
- Qui a recommandé cette diminution ?



Graphique 21 : Personne ayant recommandé de réduire la consommation de tabac

Les professionnels de santé ont recommandé la réduction du tabac pendant la grossesse à 97 patientes. 3 patientes ont eu cette recommandation par leur famille ou leurs amis.

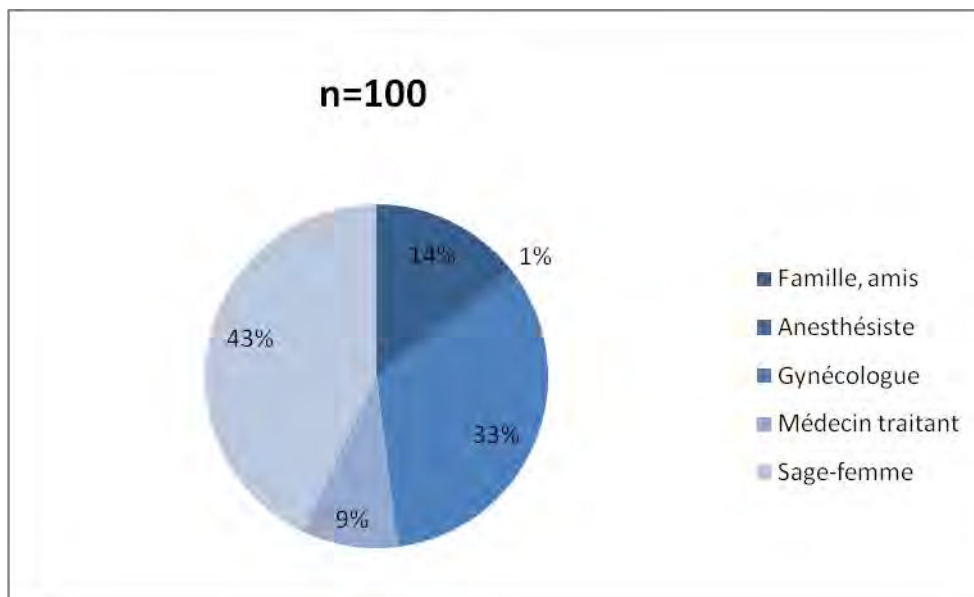
- Recommandation d'un arrêt du tabac



Graphique 22 : Recommandation donnée quant à l'arrêt du tabac pendant la grossesse

77 % des patientes ont été informées que l'arrêt du tabac pendant la grossesse était bénéfique pour leur grossesse, leur bébé et leur santé. 23 % des patientes n'ont pas eu l'information sur l'arrêt du tabac pendant la grossesse.

- Qui a recommandé l'arrêt du tabac ?



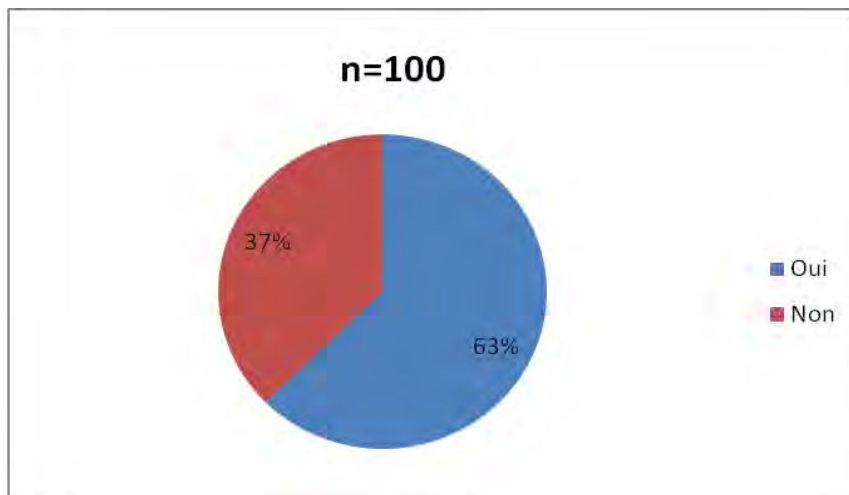
Graphique 23 : Personne ayant recommandé l'arrêt du tabac

Les professionnels de santé ont recommandé à 86 % des patientes d'arrêter de fumer pendant leur grossesse. Les gynécologues l'ont recommandé à 33 patientes, les sages-

femmes à 43 patientes, les anesthésistes à une patiente et les médecins traitants à 9 patientes. 14 patientes ont eu cette information par leur famille ou leurs amis.

2.4.2. Suivi tabagique des patientes

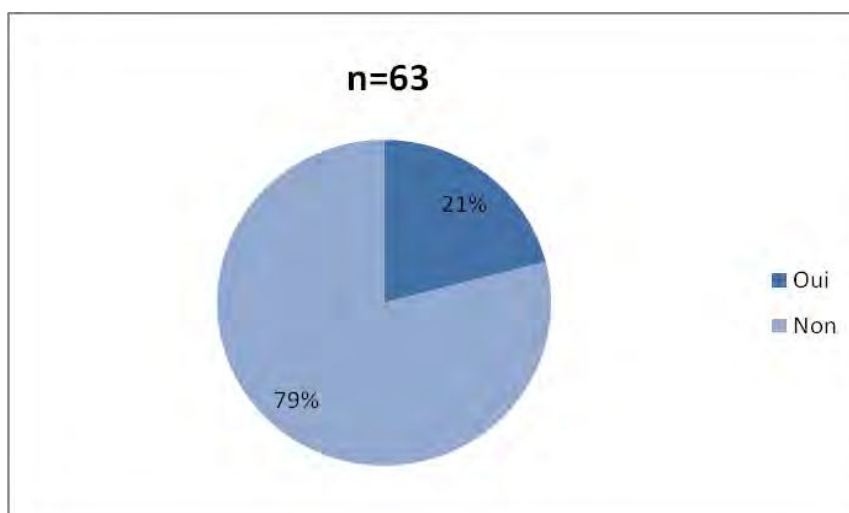
- Possibilité de consulter un spécialiste en tabacologie



Graphique 24 : Information donnée sur la possibilité de consulter un spécialiste en tabacologie

63 % des patientes ont été informées de la possibilité de consulter un médecin ou une sage-femme de la MRUN spécialiste en tabacologie. 37 % n'ont pas été informées.

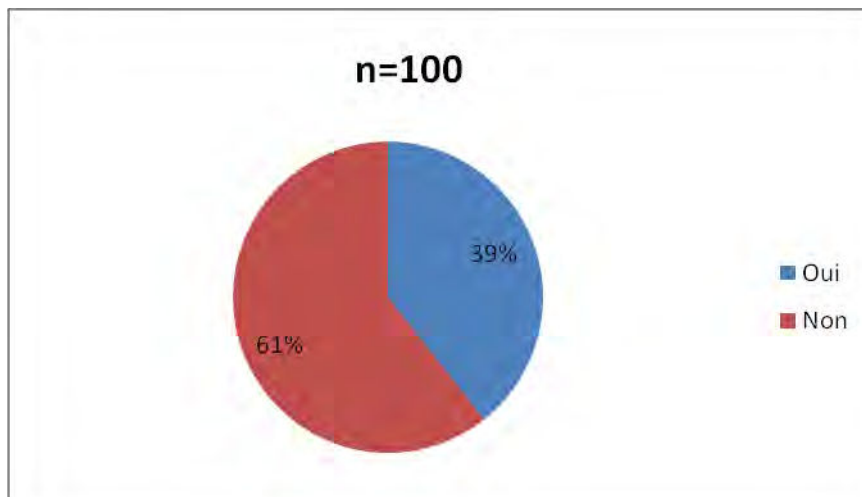
- Combien de patientes ont été suivies en consultation de tabacologie ?



Graphique 25 : Suivi en consultation de tabacologie

Sur les 63 patientes informées, seules 21 % soit 13 patientes ont pris rendez-vous pour une consultation de tabacologie et ont été suivies par un spécialiste en tabacologie.

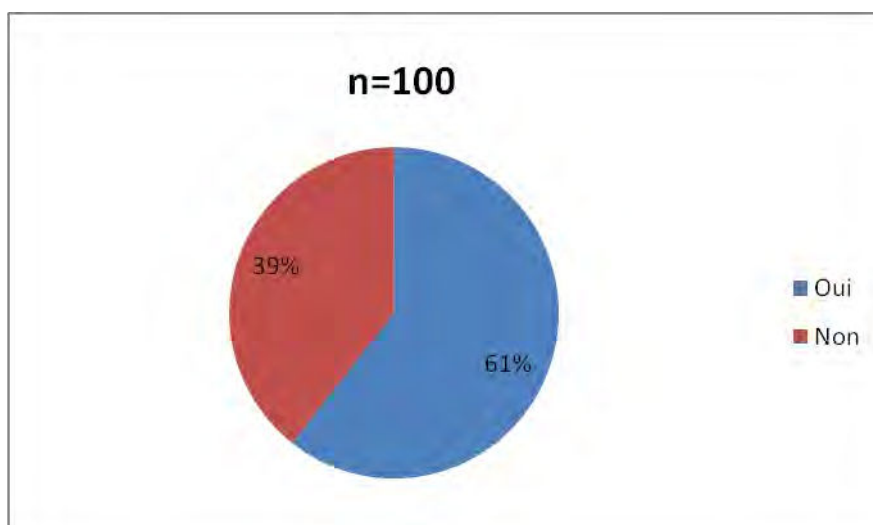
- Réduction de la consommation de tabac avant la grossesse



Graphique 26 : Tentative de réduction du tabac avant la grossesse

39 % des patientes ont essayé de réduire leur consommation de cigarettes avant la grossesse. 61 % des femmes n'ont pas essayé de réduire leur consommation de tabac.

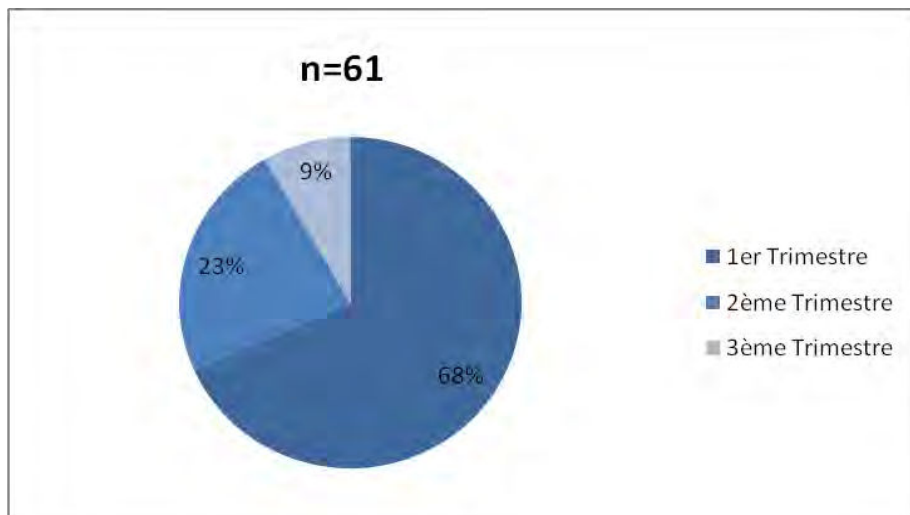
- Combien de patientes ont essayé d'arrêter de fumer pendant la grossesse ?



Graphique 27 : Tentative d'arrêt du tabac pendant la grossesse

61 % des femmes interrogées ont essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse mais 39 % n'ont même pas essayé !

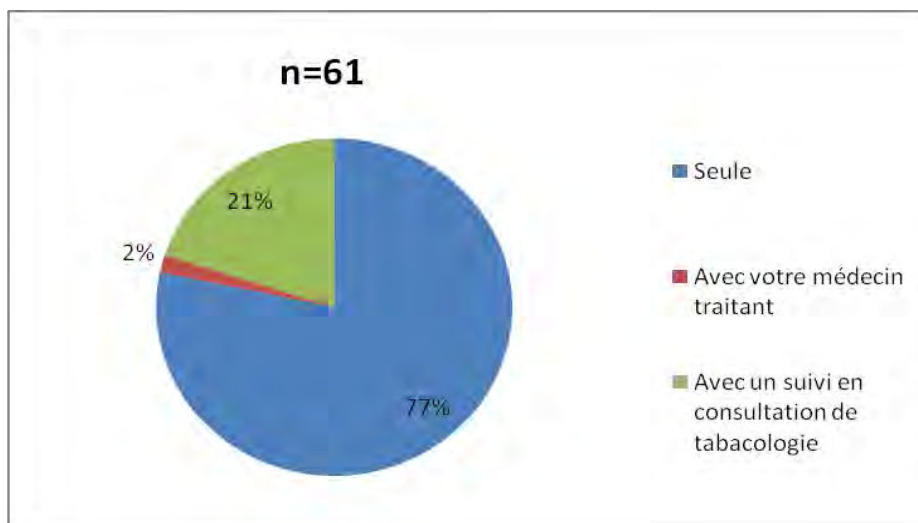
- A quel trimestre de la grossesse les femmes ont-elles essayé d'arrêter de fumer ?



Graphique 28 : Période de la tentative d'arrêt du tabac pendant la grossesse

Parmi les 61 femmes qui ont essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse, 68 % soit 41 femmes l'ont fait au premier trimestre, 23 % soit 14 femmes l'ont fait au deuxième trimestre et 9 % soit 5 femmes l'ont fait au troisième trimestre de grossesse.

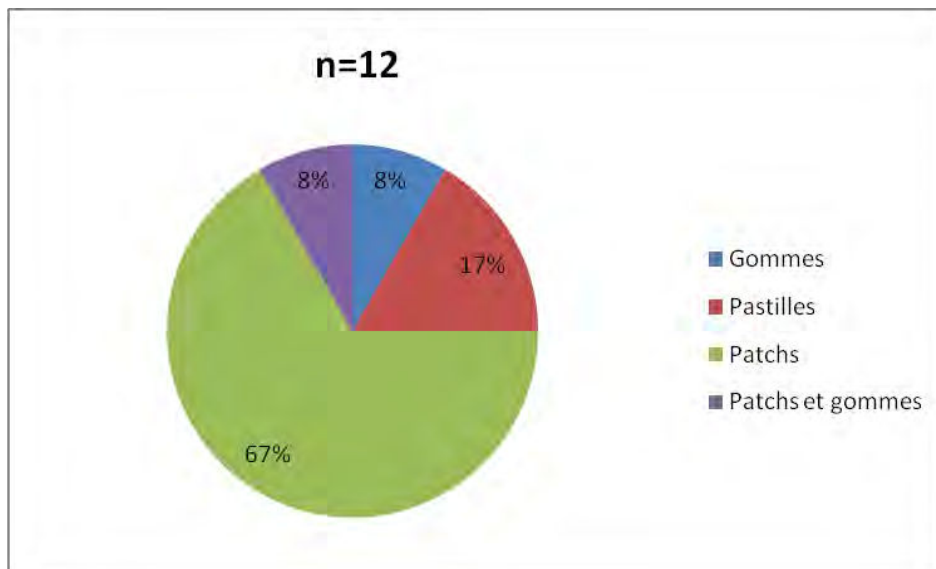
- Les patientes ont-elles arrêté de fumer avec l'aide de quelqu'un ?



Graphique 30 : Modalités de l'arrêt du tabac

Parmi les 61 patientes qui ont essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse, 77 % soit 47 patientes ont essayé d'arrêter de fumer seules, 21 % soit 13 patientes ont essayé d'arrêter avec un suivi en consultation de tabacologie, 2 % soit une seule patiente a arrêté avec l'aide du médecin traitant. Aucune patiente n'a arrêté avec les conseils d'un pharmacien. Aucune patiente qui a arrêté seule n'a utilisé de substituts nicotiques.

- Substituts nicotiniques utilisés pour les femmes suivies en consultation de tabacologie

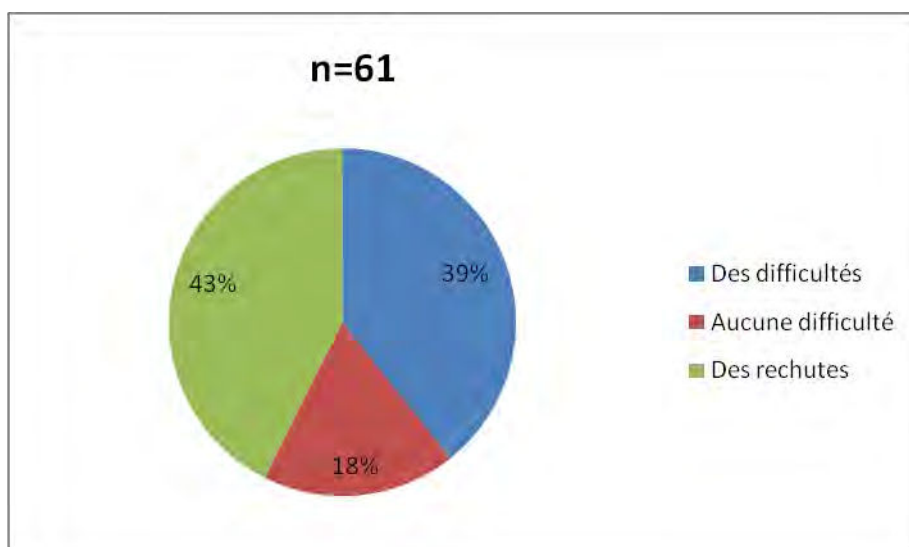


Graphique 31 : Traitements utilisés dans l'arrêt du tabac

Parmi les 13 patientes ayant eu un suivi en tabacologie, 12 patientes ont eu des substituts nicotiniques.

Dans 67 % des cas les patientes ont eu des patchs, 17 % ont eu des pastilles, 8 % ont eu des gommes et 8 % ont eu l'association de patchs et de gommes.

- Les femmes ont-elles eu des difficultés, des rechutes durant le sevrage ?

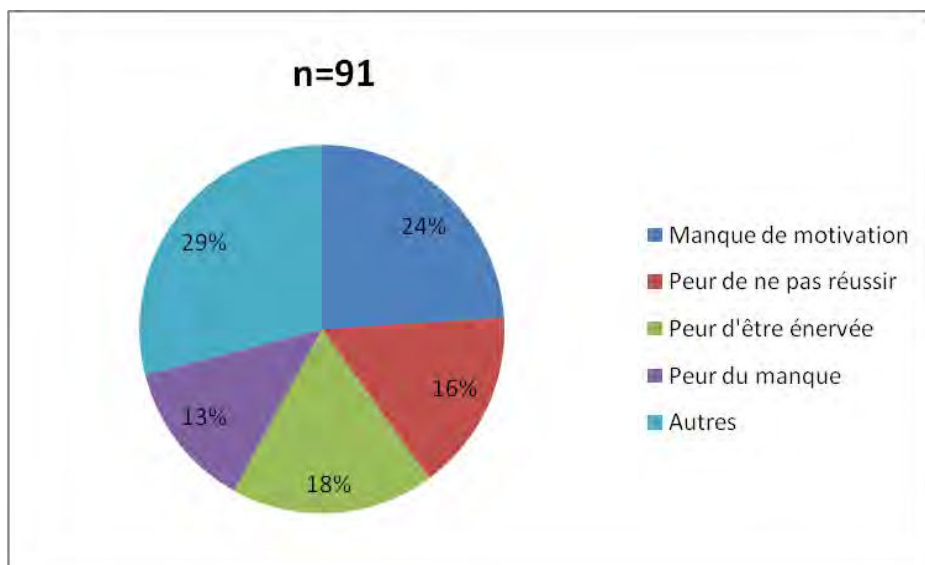


Graphique 32 : Obstacles rencontrés au cours de l'arrêt

Sur les 61 patientes qui ont essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse, 43 % soit 26 patientes ont rencontré des rechutes à l'arrêt. 39 % soit 24 patientes ont eu des difficultés à l'arrêt et enfin 18 % soit 11 patientes n'ont rencontré aucune difficulté.

- Quelles sont les raisons d'un non arrêt du tabac pendant la grossesse ?

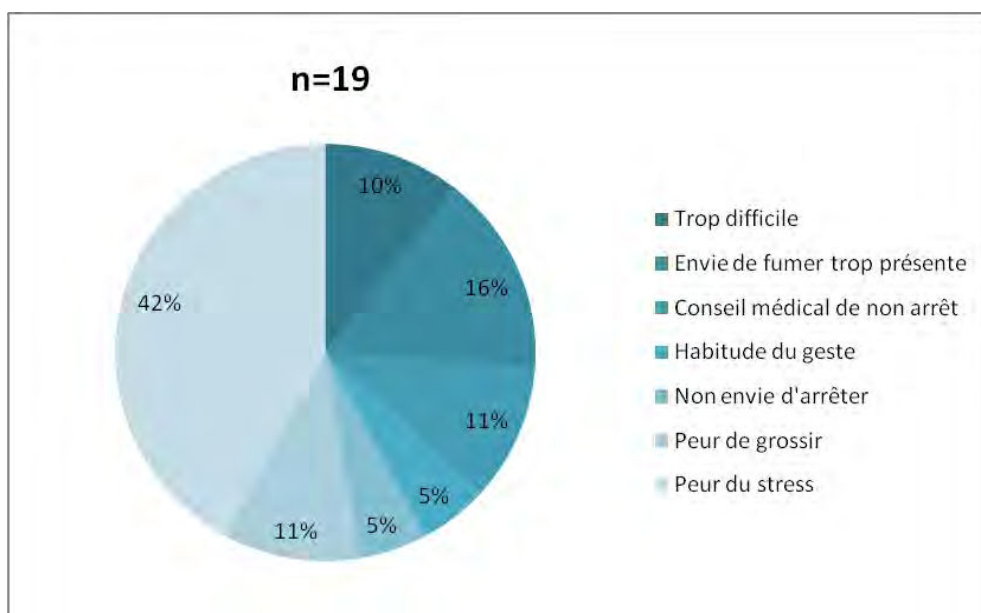
Nous allons maintenant présenter les raisons des femmes qui ne s'étaient pas arrêtées de fumer ou qui avaient essayé d'arrêter mais qui n'y étaient pas arrivées.



Graphique 33 : Raisons d'un non arrêt du tabac pendant la grossesse

Les raisons évoquées par les femmes qui ne s'étaient pas arrêtées de fumer étaient les suivantes : 24 % d'entre elles n'étaient pas motivées, 16 % avaient peur de ne pas réussir, 18 % avaient peur d'être énervées, 13 % avaient peur du manque et 29 % ont évoqué d'autres raisons. Aucune femme n'a évoqué le manque d'informations.

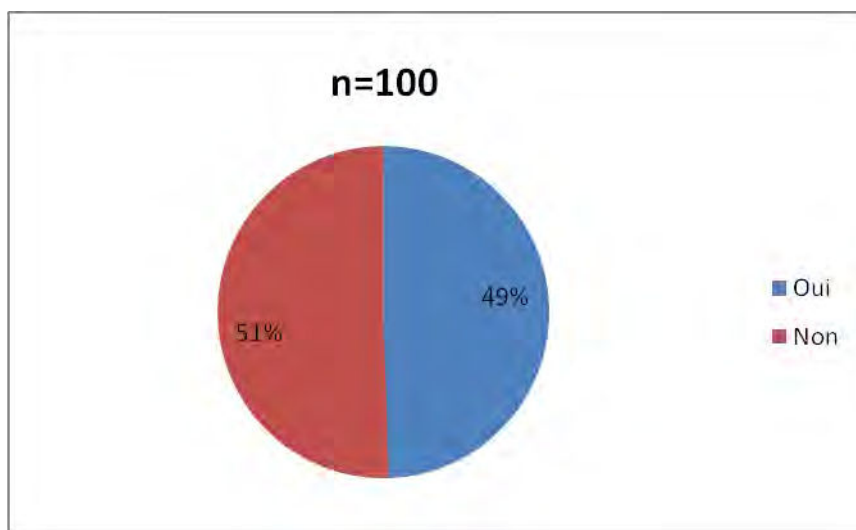
- Autres raisons évoquées



Graphique 34 : Autres raisons d'un non arrêt du tabac

Les autres raisons évoquées par les femmes étaient qu'un arrêt du tabac était trop difficile, que l'envie de fumer était trop présente, que l'habitude du geste était difficile à supprimer, qu'elles n'avaient tout simplement pas envie d'arrêter, qu'elles avaient peur de grossir et peur d'être stressées et plus inquiétant, qu'un professionnel de santé leur ait dit qu'il ne fallait pas arrêter de fumer.

- Les femmes connaissent-elles la possibilité d'utiliser les substituts nicotiniques pendant la grossesse ?

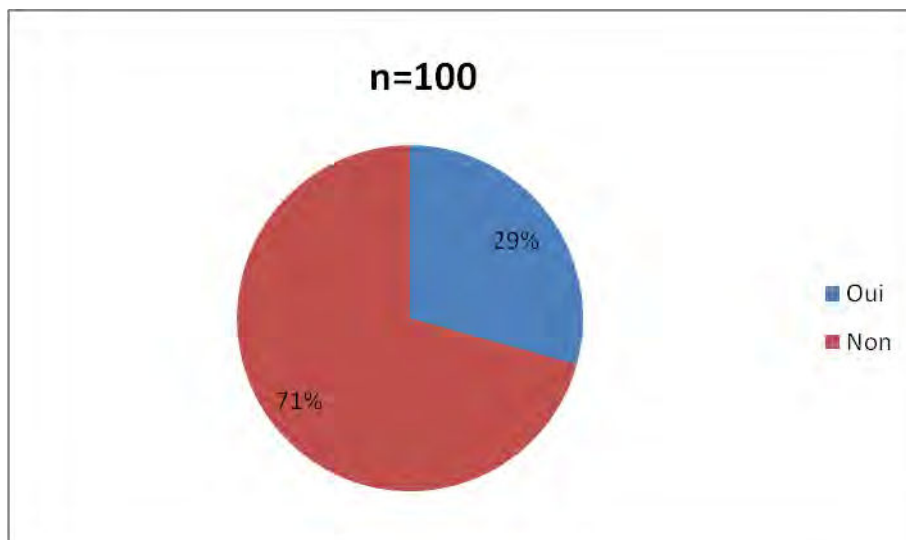


Graphique 35 : Connaissance de la possibilité d'utilisation des substituts nicotiniques pendant la grossesse

Quasiment la moitié des patientes interrogées savaient qu'il était possible d'utiliser les substituts nicotiniques pendant la grossesse et l'autre moitié l'ignorait.

2.5. Statut tabagique en salle de naissances (SDN)

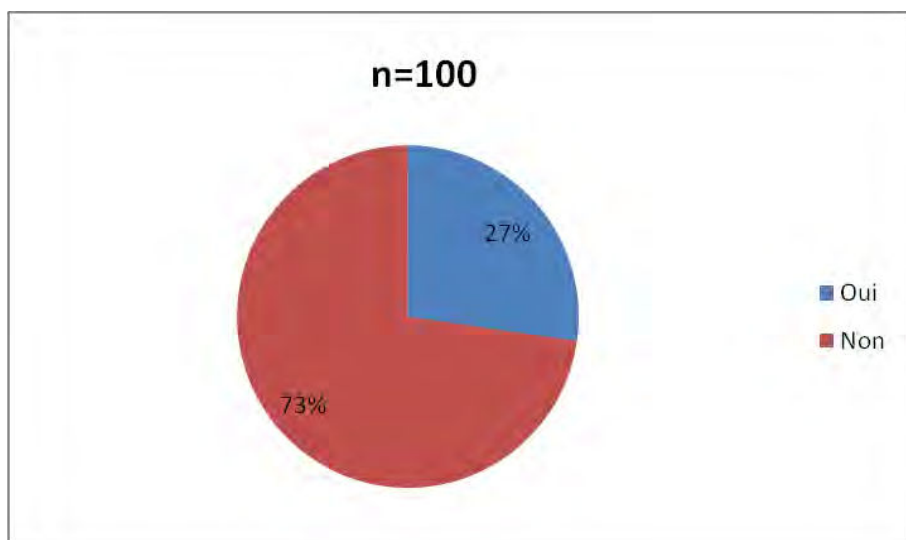
- Statut tabagique en salle de naissances



Graphique 36 : Patientes interrogées sur leur statut tabagique à l'arrivée en SDN

Seulement 29 % des patientes ont été interrogées sur leur consommation de tabac à leur arrivée en salle de naissances. Pour 71 % d'entre elles, la question n'a pas été posée.

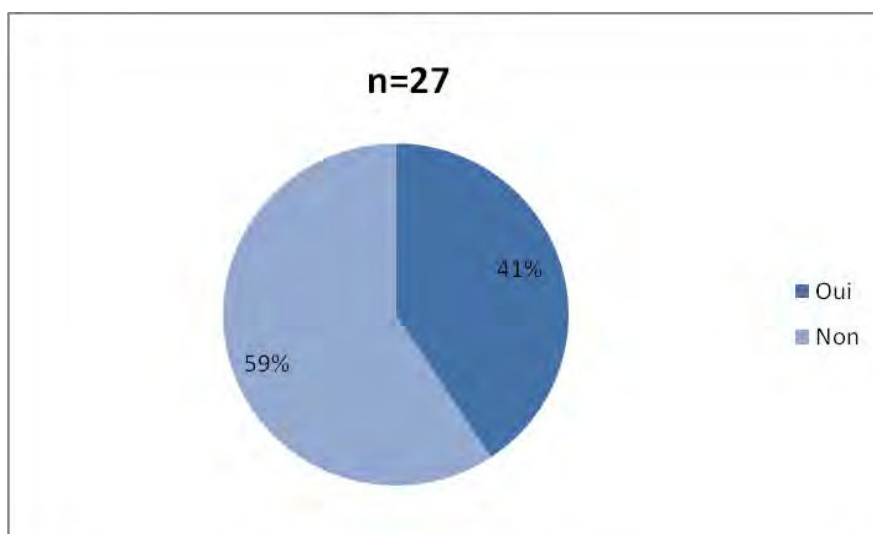
- Les patientes ont-elles eu envie de fumer pendant la durée du travail en SDN ?



Graphique 37 : Envie de fumer en SDN

27 % des patientes ont ressenti l'envie de fumer pendant la durée du travail en salle de naissances. 73 % n'ont pas ressenti cette envie.

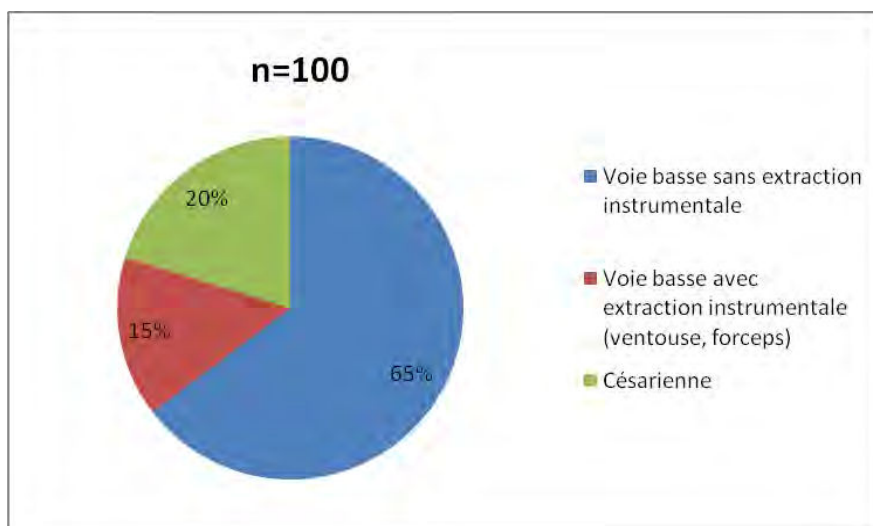
- Des substituts nicotiques devraient-ils être proposés aux patientes pendant la durée du travail en SDN ?



Graphique 38 : Patientes souhaitant qu'on leur propose un substitut nicotinique

Parmi les 27 patientes qui ont ressenti l'envie de fumer en SDN, 41 % soit 11 patientes auraient souhaité que la sage-femme leur propose des substituts nicotiques pendant la durée du travail. Au contraire, 59 % soit 16 patientes n'auraient pas voulu qu'on leur propose des substituts nicotiques.

2.6. Mode d'accouchement



Graphique 39 : Mode d'accouchement

65 % des patientes ont accouché voie basse sans aucune aide, 15 % des patientes ont accouché voie basse avec extraction instrumentale, soit avec l'aide d'une ventouse ou d'un forceps et 20 % des patientes ont eu une césarienne.

Partie 3

1. ANALYSES DES RESULTATS ET DISCUSSION

1.1. Secteur d'hospitalisation

Nous voulions savoir si le tabac pouvait influencer le mode d'accouchement et l'hospitalisation qui en découlait. C'est pourquoi, nous avons voulu connaître la provenance de chaque questionnaire (Richon 1, Richon 2 et Vermelin 1).

Avant la réorganisation des secteurs mère-enfant, les patientes qui avaient eu une césarienne étaient hospitalisées à Richon 1, celles qui avaient eu un accouchement voie basse avec extraction ou non étaient hospitalisées à Vermelin 1 et celles qui avaient eu un accouchement physiologique étaient hospitalisées à Vermelin 2.

Avec la réorganisation, le secteur de suites de couches Vermelin 2 a été fermé et déplacé dans le secteur Richon 2. Les trois secteurs ont donc été quelque peu modifiés et Richon 1 s'est retrouvé avec des lits pour le pré-travail et moins de lits pour les patientes césarisées. Certaines patientes de notre étude ayant eu une césarienne ou une extraction instrumentale auraient dû être respectivement hospitalisées à Richon 1 ou Vermelin 1 mais se sont retrouvées dans un autre secteur de suites de couches. La provenance du questionnaire étant faussée par rapport au mode d'accouchement, nous avons décidé de ne pas croiser les résultats obtenus afin de ne pas les biaiser.

1.2. Renseignements généraux des patientes

1.2.1. Age de la population étudiée

Nous avons vu que 73 de nos patientes interrogées avaient entre 24 et 34 ans. L'âge moyen au premier enfant est de 28 ans et l'âge moyen de la mère à l'accouchement quel que soit le rang de naissance de l'enfant est de 30 ans en 2010 d'après l'Insee (30), ce qui place notre population dans la moyenne d'âge. Le tabagisme touche tous les âges confondus (6,12), nous l'avons vu avec notre plus jeune patiente (16 ans) et la plus âgée (41 ans).

1.2.2. Situations personnelle et professionnelle des patientes

- Situation personnelle

Plus de 90 % des patientes vivaient en couple, ce qui montre que la population étudiée était majoritairement dans une dynamique familiale et non de mère célibataire contrairement aux données de la littérature. (3,19)

- Situation professionnelle et niveau d'études

On a vu précédemment que 63 % des patientes exerçaient une profession et que 37 % des femmes étaient sans activité professionnelle, ce qui peut pour certaines les placer dans une situation financière difficile. De plus, 22 % des patientes avaient un niveau d'études égal ou supérieur à Bac + 2, ce qui les place dans un niveau socio-économique favorable et 22 % des patientes interrogées avaient aucun diplôme, ce qui montre un niveau socio-économique faible. (3,8,19)

Cependant, le tabagisme chez la femme enceinte touche tous les niveaux socio-économiques et à tous les âges. (6,12)

1.2.3. Antécédents obstétricaux

Nous pensons qu'il était important de cibler les antécédents obstétricaux des patientes. Dans notre étude, la majorité des patientes étaient primipares alors que l'enquête nationale périnatale de 2010 montre que les femmes fumeuses ont plus souvent une parité élevée (21).

De plus, 30 femmes sur 100 avaient déjà eu une fausse-couche. En France métropolitaine, en 2012, il y a eu 790290 naissances vivantes (22) et il y a environ 200000 fausses-couches par an. Le taux de fausses-couches est estimé à 15-20 % des grossesses (23). Lorsqu'un couple désire une grossesse, une fausse-couche est souvent difficile à gérer psychologiquement surtout quand on n'a pas encore d'enfant et les résultats obtenus ne sont pas négligeables car le taux de notre étude est supérieur au taux national. Dans la population étudiée, le tabac semble donc augmenter ce risque.

Aucune femme de notre étude n'a déjà eu une grossesse extra-utérine même si le tabac augmente de 1.5 fois le risque lorsqu'une femme consomme moins de 10 cigarettes par jour et de 5 fois le risque si elle consomme plus de 30 cigarettes par jour (24).

1.2.4. Complications pendant cette grossesse

Nous avons vu que 22 % des patientes de notre étude ont eu des complications au cours de leur grossesse. Parmi ces 22 %, plus de la moitié des patientes ont eu des complications attribuables au tabac : hypertension artérielle de grossesse, diabète gestationnel, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, anomalies placentaires et restriction de croissance intra-utérine. Plusieurs études et méta-analyses ont démontré que le tabac jouait un rôle plus ou moins important dans les complications citées précédemment (9). Il y a donc une part non négligeable de complications imputables au tabac.

Les autres complications ne sont pas forcément liées au tabac (prise de poids excessive, anémie, bride amniotique, hyperthermie).

1.3. Statut tabagique des patientes

Il était primordial de connaître le statut tabagique des patientes avant, pendant la grossesse et juste après leur accouchement, ainsi que celui de leur conjoint. Nous avons donc évalué cette consommation.

1.3.1. Années de tabagisme actif

Plus de la moitié des patientes interrogées fumaient depuis plus de 10 ans. Sachant que la moyenne d'âge de la population étudiée était de 28 ans, les patientes ont commencé à fumer avant 18 ans donc pendant leur adolescence. Il est donc important d'informer dès l'adolescence des méfaits du tabac et des complications possibles lors d'une future grossesse.

11% des femmes fumaient depuis moins de 5 ans et c'était pour la plupart les patientes les plus jeunes de l'étude.

1.3.2. Quantité de cigarettes consommées

- Avant la grossesse

45 % des femmes fument 10 à 19 cigarettes par jour (dont 20 femmes fument 10 cigarettes et 22 fument 15 cigarettes par jour) et 36 % d'entre elles fument 20 à 29 cigarettes par jour, c'est-à-dire plus d'un paquet par jour. La quantité de cigarettes fumées par jour avant la grossesse est donc importante. Voyons si cette quantité a diminué pendant la grossesse.

- Pendant la grossesse

9 femmes ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse, ce qui était bénéfique pour elles et leur bébé.

Au total, 72 femmes fumaient de 1 à 10 cigarettes par jour alors qu'avant la grossesse, elles n'étaient que 29 femmes à fumer entre 5 et 10 cigarettes par jour (toutes les autres fumaient plus de 10 cigarettes par jour avant la grossesse).

Les femmes ont donc modifié leur comportement tabagique pendant leur grossesse, en diminuant leur consommation journalière de cigarettes.

La majorité des patientes a réussi à réduire sa consommation de tabac, ce qui montre qu'elles ont fait des efforts pour essayer de diminuer l'intoxication au tabac du bébé pendant leur grossesse. En outre, les femmes qui ont diminué leur consommation seules, sans suivi en consultation de tabacologie, ne savaient pas forcément qu'elles « tiraient » plus sur les cigarettes, c'est le phénomène de compensation. L'intoxication pouvait donc être identique voire supérieure à celle avant la grossesse.

19 % des patientes fumaient encore plus de 10 cigarettes par jour et pour certaines jusqu'à 30, ce qui est encore trop à l'heure où les dangers du tabac sont connus.

- Après l'accouchement, c'est-à-dire pendant le séjour en suites de couches

25 % des patientes ont réussi à arrêter le tabac après leur accouchement, c'est-à-dire à la naissance de leur enfant, alors qu'elles n'étaient que 9 % à avoir arrêté pendant la grossesse. Parmi ces 25 patientes, il y a les 9 femmes qui ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse.

Pour beaucoup de femmes, la décision de l'arrêt du tabac est plus facile lorsque le bébé est né, elles arrivent mieux à diminuer voire à arrêter de fumer. Pour certaines, au contraire, la naissance peut leur permettre de réaugmenter leur consommation de tabac en pensant que les risques sont évités. Cependant, toutes les femmes interrogées ont réussi à diminuer leur consommation après l'accouchement. Certaines patientes nous ont évoqué oralement qu'elles avaient moins de temps pour aller fumer du fait qu'elles devaient s'occuper de leur bébé. Sachant que nous avons distribué les questionnaires aux patientes pendant leur séjour à la maternité, nous avons évité de le distribuer à J0 car souvent les femmes étaient fatiguées de leur accouchement et leur consommation de tabac ne reflétait pas leur consommation réelle. Nous avons donc distribué les questionnaires à J1, J2 ou J3 en fonction de nos passages en suites de couches pour avoir des résultats plus cohérents.

Deux études d'étudiantes sages-femmes sur 30 et 35 femmes montrent que la consommation tabagique des femmes réaugmente après l'accouchement et que les femmes rechutent deux mois après celui-ci (25,26). Cependant le nombre de femmes étudié étant faible, nous ne pouvons généraliser ces résultats.

cf. Tableaux récapitulatifs page 66.

1.3.3. Quel est le délai entre le réveil et la première cigarette consommée?

Nous avons vu que 28 % des femmes fumaient leur première cigarette dans les 5 premières minutes après leur réveil, ce qui montre une dépendance très importante à la nicotine. Pour ces femmes, une aide médicamenteuse permet souvent de limiter les symptômes de manque lors du sevrage tabagique.

1.3.4. Conjoint fumeur

83 % des patientes avaient un conjoint fumeur, ce qui ne facilitait pas la diminution de la consommation de tabac si le couple ne faisait pas ensemble des efforts pour changer leurs habitudes tabagiques. Le conjoint joue un rôle primordial dans le sevrage de sa femme ou dans la poursuite de la consommation de tabac de celle-ci en fonction de son changement de comportement ou non.

Le père du futur enfant devrait donc modifier son comportement tabagique à la maison (fumer dehors, ne plus fumer en voiture) afin de ne pas exposer son futur enfant au tabagisme passif. Une fois le retour à la maison, le nouveau-né ne devrait donc plus subir les mêmes risques qu'avec le tabagisme maternel.

1.4. Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse

1.4.1. Suivi obstétrical

Nous avons vu que 57 % des patientes étaient suivies par une sage-femme et que 42 % l'étaient par un gynécologue-obstétricien.

- Concernant les informations données sur les risques liés au tabac sur la santé du bébé

Nous avons vu que 89 % des patientes ont eu ces informations. Parmi ces 89 femmes, les sages-femmes ont informé 55 patientes sur les 57 qu'elles suivaient et les

gynécologues ont informé 34 patientes sur les 42 qu'ils suivaient. La seule patiente qui était suivie par un médecin généraliste a également eu ces informations.

11 % des patientes n'ont apparemment pas reçu ces informations, ce qui nous questionne sur notre devoir d'informer les patientes. Pourquoi ces patientes n'ont-elles pas eu ces informations ? Par manque de temps, par oubli du professionnel ou parce qu'il n'a pas osé aborder le sujet ? La patiente ne se rappelle plus que nous l'avons informée ? Elle a reçu ces informations mais les a occultées ? Nous ne pouvons malheureusement pas répondre à ces questions.

Les patientes devraient avoir en mains toutes les informations nécessaires pour décider d'arrêter de fumer ou non.

- Concernant les informations données sur les risques du tabagisme passif

Nous avons vu que les mêmes 11 % de femmes qui n'ont pas eu l'information précédente n'ont pas eu non plus l'information sur les risques de tabagisme passif.

Chaque professionnel de santé informait donc les patientes des risques du tabac sur la santé du bébé et des risques du tabagisme passif ou ne les informait sur aucun des deux. Or, cela nous interpelle car nous professionnels de santé connaissons les dangers du tabac sur la grossesse et le fœtus et nous devons informer les patientes de ces dangers. 100 % des patientes devraient avoir reçu ces informations.

- Recommandations sur la réduction de la consommation de tabac et arrêt du tabac

Nous avons vu que 97 % des patientes avaient eu la recommandation de réduire la consommation de tabac par un professionnel de santé, ce qui prouve que le conseil minimal est abordé pendant la consultation.

En ce qui concerne la recommandation de l'arrêt du tabac pendant la grossesse, nous faisons un peu moins bien, car 86 % des patientes ont eu cette recommandation par un professionnel de santé. Ceux-ci appliquent donc dans plus de 80 % des cas les recommandations de la HAS qui préconise de dépister le statut tabagique de toutes les femmes enceintes par le conseil minimal (7,13). Cependant, nous devrions atteindre les 100 %.

1.4.2. Suivi tabagique

Nous avons vu que seulement 63 % des patientes ont été informées sur la possibilité de consulter une sage-femme ou un médecin de la MRUN spécialiste en

tabacologie. Sur ces 63 % de patientes, 43 % ont été informées par une sage-femme et 20 % l'ont été par un gynécologue-obstétricien.

Beaucoup trop de femmes s'étaient vu privées de cette information qui nous semble tout à fait nécessaire pour prendre en charge le tabagisme de chaque patiente. Pourquoi 37 % des femmes n'ont pas eu cette information ?

- Suivi en consultation de tabacologie

Seulement 13 patientes ont pris rendez-vous et ont été suivies en consultation de tabacologie. On constate donc que peu de patientes ont eu un suivi.

Une patiente nous a écrit en commentaire, en bas du questionnaire : « j'aurai aimé bénéficier d'une consultation en tabacologie proposée par le service gynéco de la maternité. Cependant, on m'a proposé un rendez-vous avec un délai de six semaines ! Beaucoup trop long quand on cherche une aide efficace. [...] J'ai fais sans, mais un substitut m'aurait été très bénéfique car l'arrêt a été très difficile ! »

Un délai d'attente trop long pour avoir un rendez-vous peut en effet décourager certaines patientes à être suivies par un spécialiste en consultation de tabacologie.

Après les résultats des questions précédentes sur les informations données quant aux effets néfastes du tabac, il nous a semblé judicieux de demander aux patientes si elles avaient essayé de réduire leur consommation de tabac avant la grossesse et si elles avaient essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse.

- Réduction de la consommation de tabac avant la grossesse

39 % des patientes avaient essayé de réduire leur consommation de cigarettes avant la grossesse, ce qui prouve qu'elles avaient conscience des effets néfastes du tabac sur la conception d'un enfant et sur la grossesse en général. Cependant, nous savons que le phénomène de compensation apparaît lorsque les femmes diminuent leur consommation de tabac car elles « tirent » plus sur les cigarettes. Cette réduction n'est pas suffisante pour la santé et le bénéfice-risque est encore important.

- Arrêt du tabac pendant la grossesse

61 % des femmes interrogées avaient essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse.

Parmi ces 61 femmes, 41 patientes (68 %) avaient essayé d'arrêter de fumer au premier trimestre de grossesse, 14 patientes (23 %) avaient essayé au deuxième trimestre et 5 patientes (9 %) avaient essayé au dernier trimestre de grossesse. Nos résultats

concordent avec ceux de la littérature où l'arrêt du tabac est majoritaire au premier trimestre de grossesse (1).

Plus la consommation de tabac est arrêtée tôt, plus les bénéfices sont importants aussi bien sur la santé du bébé que celle de sa mère. Cependant, un arrêt à n'importe quel moment de la grossesse est toujours bénéfique pour le couple mère-foetus et doit être encouragé.

- Modalités d'arrêt et traitements utilisés

Parmi les 61 patientes qui avaient essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse, 47 patientes (77 %) avaient essayé d'arrêter seules, sans aucune aide. 13 patientes (21 %) avaient essayé d'arrêter avec un spécialiste et donc un suivi en consultation de tabacologie. Une patiente (2 %) avait essayé d'arrêter de fumer avec l'aide de son médecin traitant.

Parmi les 13 patientes ayant eu un suivi en consultation de tabacologie, 12 ont eu un traitement par substituts nicotiques : 8 patientes (67 %) ont eu des patchs, 2 patientes (17 %) ont eu des pastilles, 1 patiente (8 %) a eu des gommes et 1 patiente (8 %) a eu l'association de patchs et de gommes. L'utilisation des substituts nicotiques montre une dépendance à la nicotine qui peut être gérée avec ces différents moyens. Aucune patiente ayant arrêté seule de fumer n'a eu recours à des SN.

Qu'en est-il de la cigarette électronique qui n'est pas un substitut nicotinique mais qui est devenue en quelques mois un phénomène de mode et qui se propage à grande vitesse au sein de la population ? Et bientôt peut-être chez nos femmes enceintes...

Un sevrage tabagique n'est pas un long fleuve tranquille, il y a des obstacles que les patientes ne peuvent parfois pas éviter mais qui permettent l'apprentissage.

- Difficultés et rechutes

Sur les 61 patientes qui avaient essayé d'arrêter de fumer pendant la grossesse, 26 patientes (43 %) avaient fait des rechutes, ce qui est tout à fait normal lors d'un sevrage tabagique. 24 patientes (39 %) avaient eu des difficultés à l'arrêt et 11 patientes (18 %) n'avaient eu aucune difficulté.

Pour toutes les patientes qui avaient un suivi en consultation de tabacologie, les difficultés et les rechutes rencontrées ont été abordées et ont pu être gérées par des substituts nicotiques, une aide, un soutien et des encouragements afin de les prendre

en charge de la meilleure façon. Un suivi en consultation de tabacologie permet donc d'effectuer un sevrage tabagique dans les meilleures conditions possibles.

- Quelles sont les raisons d'un non arrêt du tabac ?

Parmi les items proposés (peur du manque, peur d'être énervée, peur de ne pas réussir, manque d'informations, manque de motivation), aucune femme n'avait répondu par manque d'informations. Ce qui prouve que les professionnels de santé ainsi que l'entourage des patientes les informent des dangers du tabac pendant la grossesse et qu'elles se sentent suffisamment informées sur ses méfaits. Nous ne pouvons pas agir efficacement sur la motivation propre des patientes mais nous pourrions essayer de les motiver davantage lors des consultations de grossesse pour les encourager à tenter un sevrage. Une étude de G. Grangé et al. montre que l'échographie du premier trimestre serait un moyen supplémentaire de motiver la femme pour un sevrage tabagique (27).

Parmi les raisons évoquées par les patientes (arrêt trop difficile, envie de fumer trop présente, habitude du geste, pas envie d'arrêter, peur de grossir, peur d'être stressée et un professionnel m'a dit de ne pas arrêter), nous avons été interpellés par la dernière raison « un professionnel de santé m'a conseillé de ne pas arrêter de fumer ». En effet, cette raison est d'autant plus inquiétante que nous connaissons les risques du tabac. Pour les femmes qui ont évoqué les raisons « peur de ne pas réussir », « peur d'être énervée », « peur du manque », « habitude du geste », « envie de fumer trop présente », le suivi en consultation de tabacologie aurait pu les aider à surmonter ces difficultés. Ce qui aurait permis d'avoir un taux de tentatives d'arrêt plus important.

- Connaissance des femmes sur l'utilisation de substituts nicotiques pendant la grossesse

Nous avons vu dans les résultats que quasiment la moitié des patientes interrogées savaient qu'il était possible d'utiliser les substituts nicotiques pendant la grossesse mais que l'autre moitié l'ignorait. Il faudrait informer davantage les femmes sur cette possibilité de traitement pendant la grossesse même si nous ne savons pas si les SN aident davantage les femmes à arrêter de fumer pendant la grossesse (28).

1.5. Statut tabagique en salle de naissances

Nous avons vu que pour 71 patientes, la question n'a pas été posée à l'arrivée en salle de naissances alors que leur dossier médical indiquait qu'elles étaient fumeuses pendant la grossesse. Le professionnel de santé, en l'occurrence la sage-femme prenant

en charge la patiente en SDN devrait systématiquement demander le statut tabagique de celle-ci afin de gérer au mieux le travail de chaque patiente.

Dans certaines maternités, comme celle de Neufchateau (maternité de type I), une mesure du monoxyde de carbone au CO testeur est réalisée à l'entrée de toutes les patientes fumeuses en SDN. Cette valeur est ensuite notée sur le dossier médical. Ainsi, les femmes fumeuses et l'hypoxie foetale sont dépistées et le résultat du test permet de refléter la consommation de tabac des dernières heures.

La salle de naissances de la MRUN ne dispose pas à ce jour de testeur de CO.

Nous avons également vu que 27 % des femmes avaient eu envie de fumer pendant leur travail en salle de naissances. Parmi ces femmes, seulement 11 auraient souhaité que la sage-femme leur propose des substituts nicotiques pendant la durée du travail. La généralisation des substituts nicotiques pour toutes les patientes ayant des symptômes de manque en SDN n'est donc pas à envisager. La délivrance de substituts doit plutôt se faire au cas par cas.

1.6. Mode d'accouchement

Les résultats de notre étude montrent que 65 % des patientes ont accouché voie basse sans aucune aide, 15 % des patientes ont accouché voie basse avec extraction instrumentale, et 20 % des patientes ont eu une césarienne.

En 2012, à la MRUN, sur tous les accouchements de l'année, soit 3354 accouchements, il y a eu 21.8 % de césariennes et 18.4 % d'accouchements voie basse assistés¹. De plus, le taux national de césariennes en 2010 était de 21 % (29). Nous avons un taux d'accouchements par césarienne quasiment équivalent et un taux d'accouchements voie basse avec extraction instrumentale légèrement inférieur. Nous ne pouvons pas conclure que le tabac influence le mode d'accouchement.

¹ Données du Département d'Information Médicale de la MRUN

1.7. Tableaux récapitulatifs

Tableau 1 : Consommation journalière de cigarettes chez les 100 femmes de notre étude.

	0 cig/j	1 à 5 cig/j	6 à 10 cig/j	11 à 15 cig/j	16 à 20 cig/j	21 à 25 cig/j	26 à 30 cig/j	31 à 35 cig/j	36 à 40 cig/j
Avant la grossesse (n=100)	0	3	26	24	33	4	7	0	3
Pendant la grossesse (n=100)	9	33	39	12	6	0	1	0	0
Après l'accouchement (n=100)	25	36	28	7	4	0	0	0	0

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des tentatives d'arrêt et des arrêts du tabac des 61 femmes qui ont essayé d'arrêter de fumer et qui ont bénéficié d'un suivi en tabacologie.

	Arrêt du tabac pendant la grossesse				Arrêt du tabac après l'accouchement				Echec d'arrêt du tabac pendant la grossesse ou après l'accouchement				Total
	n=9				n=16				n=36				n=61
	n=9+16=25												
Suivi en consultation de tabacologie parmi le nombre n de femmes	0				3				10				n'=13
Nombre de femmes en fonction du niveau de dépendance	2	4	1	2	5	9	1	1	0	2	4	4	

	<i>Dépendance faible à la nicotine : 1ère cigarette fumée après 60 minutes après le réveil</i>
	<i>Dépendance moyenne à la nicotine : 1ère cigarette fumée entre 15 et 60 minutes après le réveil</i>
	<i>Dépendance forte à la nicotine : 1ère cigarette fumée entre 6 et 10 minutes après le réveil</i>
	<i>Dépendance très forte à la nicotine : 1ère cigarette fumée dans les 5 minutes après le réveil</i>

2. PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Plusieurs de nos hypothèses de départ sont confirmées notamment les patientes sont majoritairement primipares, peu de femmes entreprennent un sevrage tabagique pendant la grossesse et le statut tabagique n'est pas abordé par la sage-femme ou le médecin en SDN. L'information sur les consultations avec un spécialiste en tabacologie n'a été confirmée qu'à 63 %. Les autres hypothèses sont infirmées notamment les patientes suivies en consultation de tabacologie arrêtent plus facilement que les autres et les femmes savent qu'elles peuvent utiliser des SN.

Nous proposons plusieurs pistes pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

- Informer, encourager davantage les patientes vers un sevrage tabagique et les orienter systématiquement vers une consultation de tabacologie.

Il est nécessaire de continuer de dépister les femmes enceintes fumeuses par le conseil minimal mais également de prendre en charge ces patientes en considérant le tabac comme une maladie associée à la grossesse.

Toutes les patientes fumeuses devraient donc être toutes suivies en consultation de tabacologie à la MRUN pour débiter un sevrage et les guider dans cette épreuve difficile. Les conjoints peuvent également bénéficier des consultations de tabacologie et cette information devrait être relayée davantage.

- Rappeler aux médecins et aux sages-femmes des consultations externes les bénéfices d'un arrêt du tabac et les inciter à informer systématiquement les patientes fumeuses des bénéfices d'un suivi en consultation de tabacologie pour débiter un sevrage tabagique.

- Possibilité d'utiliser les substituts nicotiques pendant la grossesse et l'allaitement.

Nous avons vu que la moitié des patientes ne savaient pas que les substituts nicotiques pouvaient être utilisés pendant la grossesse. Il faudrait favoriser cette pratique en informant les patientes de cette possibilité d'aide.

- Informer les patientes et leur conjoint sur les dangers du tabac sur la santé du bébé et sur le tabagisme passif, puisque nous avons vu que ces informations n'étaient

apparemment pas toujours dispensées. Si la patiente est suivie par un médecin et une sage-femme, mieux vaut l'informer deux fois plutôt que zéro. Le conjoint devrait être plus impliqué dans la démarche de sevrage de sa femme car il peut jouer un rôle clé en l'encourageant et en changeant lui aussi ses habitudes tabagiques.

- Améliorer le délai d'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous.

Nous avons vu que le délai pour obtenir un rendez-vous en consultation de tabacologie pouvait être long. Des créneaux horaires supplémentaires pourraient être la solution à ce délai d'attente. Cette solution a été mise en place pendant notre étude, puisqu'en plus des consultations du Dr Wirth, une sage-femme spécialiste en tabacologie propose d'autres créneaux horaires depuis fin avril-début mai. Ce qui, nous pensons a permis de diminuer le délai d'attente.

- Mesure du taux de monoxyde de carbone

Le taux de CO, reflet de l'intoxication maternelle et de l'hypoxie fœtale, devrait être mesuré à chaque consultation de suivi de grossesse pour les patientes fumeuses, ce qui les inciterait à prendre davantage conscience de leur intoxication et de celle du bébé, car cette mesure n'est effectuée qu'en consultation de tabacologie.

Cette mesure permettrait un échange autour du tabagisme et faciliterait peut-être la discussion sur les dangers du tabac. Il serait alors nécessaire de former tout le personnel médical à prendre cette mesure.

- Aborder le statut tabagique en salle de naissances dès l'instant que la femme fume pendant sa grossesse afin que son travail se déroule dans de meilleures conditions (si symptômes de manque, lui proposer des substituts nicotiniques).

Instaurer en SDN la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré de la mère avec le testeur de CO afin de connaître l'intoxication de la patiente reflétant le tabagisme des dernières heures. Ensuite, il faut retranscrire le résultat dans le dossier médical.

Il serait judicieux de réaliser d'autres études et de renouveler la nôtre après avoir mis en place les propositions précédentes, et ce, afin de comparer les résultats. Nous pourrions de cette façon, voir si ces améliorations ont favorisé un taux plus important de sevrages, ainsi qu'un plus grand nombre de suivis en consultation de tabacologie.

Conclusion

Nous avons vu précédemment toutes les difficultés que peuvent rencontrer les femmes enceintes fumeuses pour entreprendre un sevrage tabagique.

C'est pourquoi, les sages-femmes et les obstétriciens qui ont un contact régulier avec les patientes enceintes fumeuses sont dans une position privilégiée pour aborder le tabagisme, motiver et encourager un arrêt du tabac pendant et après la grossesse. Les patientes doivent être orientées systématiquement chez un spécialiste dès lors qu'elles présentent une pathologie associée à la grossesse, le tabac en faisant partie.

Notre étude avait pour but d'évaluer la consommation de tabac à l'accouchement et d'identifier les facteurs qui limitaient un arrêt du tabac. Elle a permis de mettre en évidence plusieurs points faibles dans la prise en charge de ces femmes : les patientes n'étaient pas toujours bien informées sur la possibilité d'être suivies en tabacologie, le statut tabagique était peu abordé en SDN, les patientes ne savaient pas qu'il était possible d'utiliser les substituts nicotiques pendant la grossesse. Ceux-ci pouvant être améliorés en sensibilisant davantage le personnel médical sur les bénéfices d'un sevrage chez la femme enceinte, ainsi qu'en per-partum et post-partum.

Les informations sur le tabagisme gestationnel et le tabagisme passif devraient être délivrées au couple pour qu'il engage mutuellement un changement de comportement vis à vis du tabac.

Cependant, nous avons vu que globalement les professionnels de santé appliquaient les recommandations de la HAS et qu'ils informaient les patientes des méfaits du tabac. Il faut donc poursuivre dans cette voie afin de favoriser davantage l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Motiver, encourager et orienter les patientes sont les maîtres mots pour initier un sevrage tabagique.

L'instauration de la mesure du taux de CO dans l'air expiré en dehors des consultations de tabacologie permettrait aux femmes de prendre conscience de leur propre intoxication ainsi que celle du bébé, et ce, sans les culpabiliser, puisque le résultat du test reflète la réalité du tabagisme des dernières heures.

Le tabac est un fléau et un problème de Santé Publique majeur qu'il faut combattre par une formation continue des professionnels et une prise en charge pluridisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) DREES. La situation périnatale en France en 2010 [en ligne]. Disponible sur http://perinat-France.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2010_premiers_resultats_situation.pdf [consulté le 4 décembre 2012]
- (2) Tabac : une Française enceinte sur quatre fume, quelles conséquences ? [en ligne]. Disponible sur <http://www.linternaute.com/actualite/societe-France/tabac-une-femme-enceinte-sur-quatre-fume-en-France-0513.shtml> [consulté le 28 mai 2013]
- (3) Labroye-Signoret C. Réflexions autour de la prise en charge du tabagisme des femmes enceintes en situation de précarité. Profession Sage-Femme. Août 2011 ; (177) : 25-30.
- (4) Delcroix M, Gomez C. Conduites addictives et grossesse. In : Marpeau L, Lansac J, Teurnier F, Nguyen F, Collège Nationale des Sages-Femmes (France), Association des sages-femmes enseignantes françaises. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, p.332-337.
- (5) Morel A, Chappart P, Couteron J-P. L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions. Paris : Dunod ; 2012, p. 152-157.
- (6) Courbière B, Carcopino X. Gynécologie ;Obstétrique. Paris : Vernazobres-Greggo ; 2008, p. 189-192.
- (7) ANAES. Conférence de Consensus – 7 et 8 octobre 2004 – Lille – « Grossesse et tabac » Texte des recommandations (version longue). Profession Sage-Femme. Février 2005 ; (112) : 19-34.
- (8) Delcroix M. La grossesse et le tabac. Paris : Puf ; 2011, 127 p.
- (9) Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2005 ; (34) HS1 : 353-369.
- (10) CHU de Nîmes. Tabagisme chez la femme enceinte : le CHU peut vous aider ! Dossier mis à jour le 30.03.2011 [en ligne]. Disponible sur <http://www.chu-nimes.fr/prevention-sante-tabagisme-chez-la-femme-enceinte.html> [consulté le 4 décembre 2012]
- (11) Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme : de la prévention au sevrage. Paris ; Milan ; Barcelone : Masson ; 2001, p. 115-159, 227-231.
- (12) Colau J-C, Delcroix M, Guibert J, Rougaignon C. Tabac et grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2000 ; (235) : 1-10.

- (13) HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence. Recommandations de bonne pratique. Mars 2012. [en ligne] Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240995/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-note-de-cadrage [consulté le 4 décembre 2012]
- (14) Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, Spinoso A. Le traitement de la dépendance au tabac : guide pratique. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2007, p. 50-81, 86-92.
- (15) Dautzenberg B. Le tabagisme de la clinique au traitement. Paris : Ed. Med'Com ; 2010, p. 17-19, 35-41, 53-61, 175-179, 198-201.
- (16) Le Maître B, Ratte S, Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique des clés indispensables pour les praticiens. Rueil-Malmaison : Doin, Groupe Liaisons ; 2005, p. 77-86.
- (17) Gomez C, Delcroix M. Le sevrage tabagique pendant la grossesse. Les Dossiers de l'Obstétrique. Août-septembre 2012 ; (418) : 10-17.
- (18) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MP : US Department of Health and Human Service, Public Health service;2000.
- (19) Paul C. Tabac et allaitement maternel. Les Dossiers de l'Obstétrique. Mars 2005 ; (336) : 19-20.
- (20) Association Périnatalité Prévention Recherche Information. [en ligne]. Disponible sur <http://www.appri.asso.fr/reseau-maternite-sans-tabac/le-rmst/> [consulté le 22 avril 2013]
- (21) 6e Congrès de la Société française de tabacologie. 2012. Saurel-Cubizolles MJ. et al. Inserm unité 953. Consommation de tabac pendant la grossesse : données de l'enquête nationale périnatale 2010. p. 31-32. [en ligne] Disponible sur <http://.societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html> [consulté le 15 décembre 2012]
- (22) Institut national de la statistique et des études économiques Insee. [en ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/bsweb/serie.asp?idbank=000436391> [consulté le 31 octobre 2013]
- (23) Lansac , Magnin . Obstétrique pour le praticien. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2008, p. 282.
- (24) Wirth N. Tabagisme et aide au sevrage tabagique. Cours donnée aux étudiants sages-femmes de 2ème année le 20 septembre 2011.
- (25) Clause A. Maternité + Tabac : Un environnement sain restreint. Un sevrage tabagique pendant la grossesse permet-il un arrêt du tabac à l'accouchement et à long terme. Mémoire de Sage-Femme. Metz, 2006, 81 p.

- (26) Jacquemin M, Simon D, Tasson F. Le devenir des arrêts du tabagisme initiés pendant la grossesse. Etude sur un échantillon de 35 femmes. [en ligne]. Disponible sur http://www.lesentretiensdebichat.com/Media/publications/sf-p59-64-jacquemin_v3_wmk.pdf [consulté le 29 novembre 2013]
- (27) rangé , Borgne A, Ouazana A, Valensi P, L'Huillier -P, Aubin H-J. Échographies obstétricales et motivation à l'arrêt du tabac. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;(34)Cahier1:674-678.
- (28) Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: The Cochrane Collaboration, Coleman T, éditeurs. Cochrane Database of Systematic Reviews [en ligne]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010078> [consulté le 19 décembre 2012]
- (29) Webzine de la HAS. [en ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1165579/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee [consulté le 02 décembre 2013]
- (30) Institut national de la statistique et des études économiques. [en ligne]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419 [consulté le 31 octobre 2013]

TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Préface.....	4
Abréviations utilisées	5
Introduction.....	6
Partie 1	7
1. Tabac et grossesse : généralités.....	8
1.1. Epidémiologie en France.....	8
1.2. Physiopathologie du tabac.....	8
1.3. Effets du tabac sur la femme.....	9
1.3.1. Complications respiratoires.....	9
1.3.2. Complications cardio-vasculaires	9
1.3.3. Modifications biologiques.....	10
1.3.4. Cancers.....	10
1.3.5. Pathologies bucco-dentaires.....	10
1.3.6. Problèmes cutanés.....	10
1.3.7. Modifications de la flore vaginale.....	10
1.4. Effets du tabac sur la grossesse.....	11
1.4.1. Effets sur la fertilité.....	11
1.4.2. Effets du tabac après la conception.....	11
Fausses couches	11
Grossesse extra-utérine (GEU)	12
Rupture prématurée des membranes (RPM).....	12
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	12
Anomalies placentaires	12
1.4.3. Effets du tabac sur le fœtus : RCIU, MFIU... ..	12
Restriction de croissance intra-utérine (RCIU).....	12
Mort fœtale in utéro (MFIU).....	13
Effets cardio-respiratoires	13
Malformations.....	13
1.5. Tabac et accouchement	13
1.6. Les risques néonataux	14
1.6.1. La prématurité	14
1.6.2. Mort subite du nourrisson (MSN).....	14
1.6.3. Infections respiratoires	14
1.7. Tabagisme pendant l'allaitement maternel	15
2. Les recommandations actuelles sur le tabagisme maternel	16
3. La prise en charge du tabagisme maternel	17
3.1. Premier obstacle : la dépendance tabagique.....	17
3.2. La prévention par le conseil minimal.....	19
3.3. La mesure du taux de monoxyde de carbone	20
3.4. Motivation de la patiente.....	21
3.5. Qu'est-ce qu'une consultation de tabacologie	23
3.6. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	24

3.7.	Les traitements de substitution nicotinique (TSN) utilisables pendant la grossesse.....	24
3.7.1.	Dispositif transdermique à la nicotine	25
3.7.2.	Gommes à mâcher, pastilles, tablettes	25
3.7.3.	Inhaleur à la nicotine.....	26
3.7.4.	Spray buccal.....	26
3.8.	Les rechutes.....	26
3.9.	Prise en charge pendant l'accouchement	26
3.10.	Prise en charge après l'accouchement.....	27
Partie 2	28
1. L'étude.....	29
1.1.	La Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN).....	29
1.2.	Justification de l'étude	29
1.3.	Hypothèses	30
1.4.	Objectifs	31
1.5.	Schéma général de l'étude	31
1.6.	Population étudiée.....	31
1.7.	Méthode de recueil des données et déroulement de l'étude	32
1.7.1.	Méthode de recueil.....	32
1.7.2.	Déroulement de l'étude.....	32
2. Résultats.....	33
2.1.	Secteur d'hospitalisation.....	33
2.2.	Renseignements généraux des patientes	34
2.2.1.	Age de la population étudiée.....	34
2.2.2.	Situation personnelle.....	34
2.2.3.	Situation professionnelle et niveau d'études	35
2.2.4.	Antécédents obstétricaux	36
2.2.5.	Complications pendant la grossesse.....	37
2.3.	Statut tabagique.....	38
2.4.	Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse.....	42
2.4.1.	Suivi obstétrical des patientes	42
2.4.2.	Suivi tabagique des patientes	46
2.5.	Statut tabagique en salle de naissances (SDN)	52
2.6.	Mode d'accouchement.....	53
Partie 3	54
1. Analyses des résultats et discussion.....	55
1.1.	Secteur d'hospitalisation.....	55
1.2.	Renseignements généraux des patientes	55
1.2.1.	Age de la population étudiée.....	55
1.2.2.	Situations personnelle et professionnelle des patientes	56
1.2.3.	Antécédents obstétricaux	56
1.2.4.	Complications pendant cette grossesse	57
1.3.	Statut tabagique des patientes	57
1.3.1.	Années de tabagisme actif.....	57
1.3.2.	Quantité de cigarettes consommées	57
1.3.3.	Quel est le délai entre le réveil et la première cigarette consommée?	59
1.3.4.	Conjoint fumeur	59
1.4.	Suivi obstétrical et tabagique pendant la grossesse.....	59

1.4.1.	Suivi obstétrical.....	59
1.4.2.	Suivi tabagique.....	60
1.5.	Statut tabagique en salle de naissances	63
1.6.	Mode d'accouchement.....	64
1.7.	Tableaux récapitulatifs.....	65
2.	Propositions d'amélioration	66
	Conclusion.....	68
	Bibliographie	70
	Annexe 1.....	I
	Annexe 2.....	X
	Annexe 3.....	XI
	Annexe 4.....	XII

ANNEXE 1



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SERVICE DE PNEUMOLOGIE

UNITE DE COORDINATION DE TABACOLOGIE

Consultation de Tabacologie : Tél : 33 (0)3 83 15 40 08

Fax : 33 (0)3 83 14 37 34

Madame, Monsieur,

Vous venez de prendre rendez-vous en consultation de tabacologie.

Nous vous remercions de renseigner le questionnaire ci-après de manière la plus complète possible et de l'apporter lors de votre prochaine consultation.

Au cours de votre suivi en consultation et afin de pouvoir apprécier l'aide qui aura pu vous être apportée dans votre démarche pour l'arrêt de votre consommation de tabac, vous êtes susceptibles de recevoir, dans quelques mois, un questionnaire auquel nous vous serions reconnaissants de répondre.

Si vous ne souhaitez pas recevoir ce courrier, merci de cocher la case ci-contre

QUESTIONNAIRE CONSULTATION DE TABACOLOGIE

Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Les mentions en italique seront complétées par le médecin, merci de ne rien inscrire.

Médecin consultant :

Etiquette

Origine de la consultation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Demande de l'entourage |
| <input type="checkbox"/> Médecin libéral | <input type="checkbox"/> Médecin du travail |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Démarche personnelle |

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fixe : Mail :

Mobile :

Délai entre votre prise de RDV et la consultation : jours

Etat civil

Sexe Masculin Féminin

Vous vivez Seul(e) En couple

Date de naissance :/...../.....

Enfants : nombre et âge(s) :

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Au chômage, bénéficiaire du RSA | <input type="checkbox"/> En formation/Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Sans activité | <input type="checkbox"/> Invalidité/Allocation adulte handicapé |

Quel est votre niveau d'études ?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme | <input type="checkbox"/> Niveau secondaire (lycée) | <input type="checkbox"/> Bac +2 |
| <input type="checkbox"/> CAP, BEP | <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> Au-delà de Bac +2 |

Médecin traitant :

Antécédents médicaux

	Oui	Non	Ne sais pas
1. Souffrez-vous d'une angine de poitrine ou avez-vous déjà eu un infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Souffrez-vous d' arythmie (palpitations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Souffrez-vous d' artérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous d' hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral (« attaque »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous du diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Souffrez-vous d'un excès de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà craché du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous ou avez-vous eu une maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous ou avez-vous eu un cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Souffrez-vous d' asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Souffrez-vous de bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous une allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des traitements pour les nerfs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous des antécédents de dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous déjà souffert d'une anxiété généralisée ou de crises d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous ou avez-vous eu un problème d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Consommez-vous ou avez-vous consommé des substances telles que : héroïne, cocaïne, ecstasy, ou autre Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Prenez-vous un traitement de substitution Si oui, précisez : Subutex <input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Dosage(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement Mois de grossesse : TTP : Parité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Prenez-vous un contraceptif oral (pilule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Souffrez-vous d'une autre maladie Si oui, précifiez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quels **médicaments** prenez-vous régulièrement :

.....

Prenez-vous régulièrement les médicaments suivants :

Tranquillisants Antidépresseurs Somnifères

Évaluation du tabagisme

1. A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? ans
2. A quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ? ans
3. Combien fumez-vous actuellement, en moyenne ?
Nombre de cigarettes manufacturées par jour : /j
Nombre de cigarettes roulées ou de tubes par jour : /j

Fumez-vous ou consommez-vous les produits suivants ?

- Cigarillos : nombre par jour : Cigare : nombre par semaine :
- Tabac à pipe (en grammes/semaine) : Tabac à mâcher (en grammes/semaine) :
- Narguilé/Chicha Snus
- Indiquer la marque du tabac :

Nombre de paquets/année Nombre d'années de tabagisme

4. Un proche est-il exposé régulièrement à votre fumée de tabac ?

Enfant(s) Adulte(s) Aucun

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

Fumez-vous régulièrement dans votre voiture ?

Qui fume régulièrement autour de vous ?

Personne Père Mère Frère(s) Soeur(s)

Conjoint Enfant(s) Ami(s) Collègue(s) de travail

5. Votre père fumait-il régulièrement lorsque vous étiez enfant ? Oui Non Ne sais pas
6. Votre mère fumait-elle régulièrement lorsque vous étiez enfant ?

6. Antécédents familiaux de dépendance (parents, enfants, frères et soeurs âgés de plus de 14 ans)

Entourer la(es) mention(s) retenue(s)

Père : aucun, tabac, alcool, drogues illicites, ne sait pas

Mère : aucun, tabac, alcool, drogues illicites, ne sait pas

Conjoint : sans objet, aucun, tabac, alcool, drogues illicites, ne sait pas

Enfant(s) : sans objet, aucun, tabac, alcool, drogues illicites, ne sait pas

Frère(s) et soeur(s) : sans objet, aucun, tabac, alcool, drogues illicites, ne sait pas

8. Quel est le coût de vos cigarettes par mois : €

9. Consommation de cannabis

Avez-vous déjà fumé du cannabis ? Oui Non

Si oui : Sous quelle forme :

Age de la première consommation :

En avez-vous fumé au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Consommez-vous actuellement du cannabis ? Oui Non

Si oui, combien de fois en avez-vous consommé au cours des trente derniers jours

- aucune fois 1 ou 2 fois entre 3 et 5 fois
 entre 6 et 9 fois entre 10 et 19 fois entre 20 et 29 fois tous les jours

Quantité consommée/ jour

...../ semaine

...../ mois

Depuis combien de temps ?

A quelle(s) occasion(s) :

Individuelle

Festive

Autres

Précisez :

.....

Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? Oui Non

Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? Oui Non

Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? Oui Non

Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ? Oui Non

Questionnaire diététique

Taille (cm) :

Poids actuel (kg) : Poids de forme (kg) :

Quel a été votre poids le plus élevé (kg) (hors grossesse) : ; en quelle année :

- | | Oui | Non |
|--|--|--------------------------|
| Votre poids est-il un problème pour vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des problèmes de poids dans votre famille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous une activité physique régulière (marche, vélo, natation, ...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, elle représente par semaine : | | |
| <input type="checkbox"/> moins de 30 min | <input type="checkbox"/> entre 30 min et 1 heure | |
| <input type="checkbox"/> de 1 à 2 heures | <input type="checkbox"/> de 2 à 4 heures | |
| <input type="checkbox"/> plus de 4 heures | | |
| Avez-vous tendance à grignoter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà suivi des régimes amaigrissants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous pris du poids lors d'un arrêt du tabac précédent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, combien de kg | | |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'anorexie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous souffert ou souffrez-vous de boulimie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Craignez-vous de prendre du poids en arrêtant de fumer ? | | |

Pas du tout Extrêmement
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indiquez votre niveau de confiance en vous pour ne pas prendre de poids en arrêtant de fumer

Pas du tout confiance Totalemement confiance
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Combien de tasses de café buvez-vous par jour ?

Combien de tasses de thé buvez-vous par jour ?

Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Oui Non

Précisez : Vin Bière Apéritif Alcools forts Cidre

Nombre de verres de boissons alcoolisées : / jour
 / semaine
 / lors d'une soirée

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Test de Fagerström Evaluation de la dépendance à la nicotine

- | | |
|--|---|
| <p>1. Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?</p> <p>Dans les 5 premières minutes <input type="checkbox"/></p> <p>Entre 6-30 minutes <input type="checkbox"/></p> <p>Entre 31-60 minutes <input type="checkbox"/></p> <p>Après 60 minutes <input type="checkbox"/></p> | <p>4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?</p> <p>10 ou moins <input type="checkbox"/></p> <p>11-20 <input type="checkbox"/></p> <p>21-30 <input type="checkbox"/></p> <p>31 ou plus <input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (église, bibliothèque, cinéma, etc.)</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> | <p>5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> |
| <p>3. Quelle est la cigarette que vous détesteriez le plus de perdre ?</p> <p>La première le matin <input type="checkbox"/></p> <p>Une autre <input type="checkbox"/></p> | <p>6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p> |

Score de dépendance :

Le sevrage tabagique

1. **Combien de fois avez-vous sérieusement essayé d'arrêter complètement de fumer ?**

<input type="checkbox"/> jamais	<input type="checkbox"/> 1 fois	<input type="checkbox"/> 2 à 3 fois
<input type="checkbox"/> 4 à 5 fois	<input type="checkbox"/> plus de 5 fois	

2. **Combien de temps au maximum êtes-vous resté sans fumer ?**

<input type="checkbox"/> moins d'1 semaine	<input type="checkbox"/> moins d'un mois
<input type="checkbox"/> si supérieur à un mois, préciser la durée complète en mois ou années :	

3. **Quelle vous paraît être la(es) cause(s) de votre (vos) rechute(s) ?**

<input type="checkbox"/> stress	<input type="checkbox"/> moment convivial	<input type="checkbox"/> prise de poids	<input type="checkbox"/> autre
---------------------------------	---	---	--------------------------------------

4. **Avez-vous déjà eu recours auparavant à :**

<input type="checkbox"/> timbre à la nicotine	<input type="checkbox"/> gomme à la nicotine	<input type="checkbox"/> comprimé ou pastille à la nicotine	<input type="checkbox"/> inhalateur
<input type="checkbox"/> zyban (bupropion)	<input type="checkbox"/> champix (varénicline)	<input type="checkbox"/> aucun	

autres approches [entourer la(es) réponse(s)] :
tranquillisants, antidépresseurs, acupuncture, auriculothérapie, plan de 5 jours, autres

5. Suivez-vous actuellement un autre programme pour arrêter de fumer

oui non lequel

6. Un de vos proches souhaite-t-il arrêter de fumer de façon conjointe

oui non lequel

7. Vos raisons d'arrêter de fumer

	Peu important	Important
J'ai des problèmes de santé actuels à cause du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dois bientôt être opéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'inquiète pour ma santé future	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des craintes esthétiques (peau, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur de nuire à la santé des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je donne le mauvais exemple aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma consommation de tabac me coûte trop cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve ça sale et désordonné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis esclave de la cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'apprécie plus vraiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je veux réaliser un projet personnel ou professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes proches veulent que j'arrête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon médecin veut que j'arrête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'est interdit de fumer sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) raison(s) :		

8. Etes vous motivé(e) pour arrêter de fumer ?

Mettre un trait vertical sur la ligne en fonction de votre appréciation

Aucune motivation 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Motivation extrême

9. Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

.....
.....
.....

10. Si vous décidez d'arrêter complètement de fumer, quelles seront, à votre avis, vos chances de réussite ?

Mettre un trait vertical sur la ligne en fonction de votre appréciation

Peu probable 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très probable

Échelle H.A.D.

(Hospital Anxiety and Depression scale)

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

- | | | | |
|---|---|--|---|
| A. Je me sens tendu ou énervé : | | D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : | |
| La plupart du temps | 3 | Pratiquement tout le temps | 3 |
| Souvent | 2 | Très souvent | 2 |
| De temps en temps | 1 | Quelquefois | 1 |
| Jamais | 0 | Jamais | 0 |
| D. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement : | | A. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge : | |
| Oui, tout autant | 0 | Très souvent | 3 |
| Pas autant | 1 | Assez souvent | 2 |
| Un peu seulement | 2 | Parfois | 1 |
| Presque plus du tout | 3 | Jamais | 0 |
| A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : | | D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : | |
| Oui, très nettement | 3 | Totalement | 3 |
| Oui, mais ce n'est pas trop grave | 2 | Je n'y fais plus attention | 2 |
| Un peu, mais cela ne m'inquiète pas | 1 | Je n'y fais plus assez attention | 1 |
| Pas du tout | 0 | J'y fais attention comme d'habitude | 0 |
| D. Je sais rire et voir le côté amusant des choses : | | A. Je ne tiens pas en place : | |
| Toujours autant | 0 | Oui, c'est tout à fait le cas | 3 |
| Plutôt moins | 1 | Un peu | 2 |
| Nettement moins | 2 | Pas tellement | 1 |
| Plus du tout | 3 | Pas du tout | 0 |
| A. Je me fais du souci : | | D. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses : | |
| Très souvent | 3 | Comme d'habitude | 0 |
| Assez souvent | 2 | Plutôt moins qu'avant | 1 |
| Occasionnellement | 1 | Beaucoup moins qu'avant | 2 |
| Très occasionnellement | 0 | Pas du tout | 3 |
| D. Je me sens gai et de bonne humeur : | | A. J'éprouve des sensations soudaines de panique : | |
| Jamais | 3 | Très souvent | 3 |
| Rarement | 2 | Assez souvent | 2 |
| Assez souvent | 1 | Rarement | 1 |
| La plupart du temps | 0 | Jamais | 0 |
| A. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu : | | D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : | |
| Jamais | 3 | Souvent | 0 |
| Rarement | 2 | Parfois | 1 |
| Oui, en général | 1 | Rarement | 2 |
| Oui, toujours | 0 | Pratiquement jamais | 3 |

Total anxiété :

Total dépression :

Cette partie sera complétée par le médecin, merci de ne rien inscrire

Examen clinique

Mesure du CO dans l'air expiré :

Temps écoulé depuis la dernière cigarette minutes/heures/jours

TA :

Traitement proposé

Date d'arrêt :

Aide(s) proposée(s)

Prescription d'un traitement : Oui Non

Si oui : le(s)quel(s) ?
.....
.....
.....

Consultation de nutrition : Oui Non

Consultation de psychologie clinique : Oui Non

Conclusions

ANNEXE 2

Vous êtes **ici** dans une

Maternité sans tabac

Vous avez la possibilité de rencontrer une sage-femme tabacologue qui saura vous écouter, répondre à vos questions et vous accompagner dans votre démarche d'abandonner définitivement la cigarette.

Ce dépliant vous permettra de faire le point sur votre consommation de cigarettes et d'aborder les questions qui vous préoccupent avant de débiter un sevrage. Remettez-le à la sage-femme tabacologue qui l'utilisera pour évaluer vos progrès au cours du suivi que vous allez mettre en place ensemble

Vous voulez évaluer rapidement votre dépendance ? Répondez sincèrement aux deux questions suivantes :

A quel moment après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

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

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	1
11 à 20	2
21 à 30	3
31 et +	4

Faites le total des points, si vous obtenez :
de 0 à 2, vous n'êtes pas ou peu dépendante
de 3 à 4, vous êtes dépendante
de 5 à 6, vous êtes très dépendante

Quel que soit votre résultat, nous sommes là pour vous aider ...



Association Nationale des
Sages-Femmes
Tabacologues

APPRI
Maternité
sans
tabac

ANNEXE 3



ANNEXE 4

Questionnaire sur le tabagisme à l'accouchement et les facteurs limitant l'arrêt.

Ce questionnaire s'adresse aux femmes ayant accouchées à la MRUN et qui séjournent actuellement en secteur mère-enfant.

Actuellement en 3ème année d'école de Sages-femmes, je prépare mon mémoire de fin d'études sur « L'évaluation du tabagisme à l'accouchement et enquête sur les facteurs limitant l'arrêt ». Je me permets de solliciter votre participation afin que vous répondiez à mes questions dans le but de mettre en évidence les différents éléments qui limitent une aide au sevrage tabagique et un arrêt du tabac.

Ce questionnaire est destiné aux femmes fumeuses pendant leur grossesse.

Cette étude est anonyme, facultative et a pour finalité deux points :

- contribuer à un travail de recherche, dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes enceintes fumeuses qui désirent un arrêt du tabac,
- valider mon mémoire de fin d'études pour obtenir le diplôme d'Etat de Sage-femme.

Je vous remercie de prendre un peu de votre temps pour m'aider dans mes recherches.

Secteur mère-enfant : Richon 1 Vermelin 1 Richon 2

- 1) Âge :
- 2) Situation personnelle : en couple célibataire
- 3) Profession :exercée pendant la grossesse : oui non
Niveau d'études : sans diplôme CAP, BEP baccalauréat Bac +2 > Bac +2
- 4) Nombre d'enfants actuellement :
- 5) Avez-vous déjà eu : - une fausse couche ? oui non
- une grossesse extra-utérine ? oui non
- 6) Pendant cette grossesse, avez-vous eu des complications ? oui non
Si oui, lesquelles :
- 7) Depuis combien d'années fumez-vous ? < 5 ans , entre 5 et 10 ans , > 10 ans
- 8) Combien de cigarettes fumiez-vous :
 - A) Avant la grossesse ?.....
Quand fumiez-vous votre première cigarette après le réveil ?
 - dans les 5 premières minutes
 - entre 6 et 10 minutes
 - entre 15 et 60 minutes
 - après 60 minutes
 - B) Pendant votre grossesse ?
- 9) Combien de cigarettes fumez-vous actuellement, c'est-à-dire après votre accouchement ?
.....
- 10) Votre conjoint fume-t-il ? oui non
- 11) Quelle est la personne qui vous a suivie tout au long de votre grossesse ?
 - un gynécologue-obstétricien
 - une sage-femme
 - autre, précisez.....

- 12) Vous a-t-on informé des risques liés au tabac sur la santé du bébé ? oui non
- 13) Vous a-t-on informé des risques du tabagisme passif ? oui non
- 14) Vous a-t-on recommandé de réduire votre consommation de tabac pendant la grossesse ?
 oui non
 Si oui, qui ? - sage-femme
 - médecin gynécologue
 - médecin traitant
 - autre, précisez :
- 15) Vous a-t-on recommandé d'arrêter de fumer pendant la grossesse ? oui non
 Si oui, qui ?.....
- 16) Vous a-t-on informé de la possibilité de consulter un médecin ou une sage-femme spécialiste en tabacologie ? oui non
 Si oui, avez-vous été suivie en consultation de tabacologie ? oui non
- 17) Avez-vous essayé de réduire votre consommation de tabac avant la grossesse ?
 oui non
- 18) Avez-vous essayé d'arrêter de fumer pendant la grossesse ? oui non
Si la réponse est non, passez à la question 22.
 Si oui, quand ? 1er Trimestre 2ème Trimestre 3ème Trimestre
- 19) Vous vous êtes arrêtée de fumer :
 - seule
 - avec un traitement : oui non
 Si oui lequel :
- avec les conseils du pharmacien
 - avec votre médecin traitant
 - avec un suivi en consultation de tabacologie
- 20) Au cours de l'arrêt, avez-vous rencontré : - des difficultés
 - aucune difficulté
 - des rechutes
- 21) Avez-vous eu recours à des substituts nicotiniques ? oui non
 Si oui, lesquels ? (patch, gomme, pastille).....
- 22) Si vous ne vous êtes pas arrêtée de fumer, quelles en sont les raisons ?
 - peur du manque - manque d'informations
 - peur d'être énervée - manque de motivation
 - peur de ne pas réussir - autre, précisez:
- 23) Saviez-vous qu'il était possible d'utiliser les substituts nicotiniques pendant la grossesse ?
 oui non
- 24) A votre arrivée en salle d'accouchement, vous-a-t-on demandé des renseignements sur votre consommation tabagique ou votre sevrage ? oui non
- 25) Pendant la durée du travail en salle de naissance, avez-vous eu envie de fumer ?
 oui non
 Si oui, auriez-vous souhaité qu'on vous propose des substituts nicotiniques ? oui non
- 26) Votre mode d'accouchement : - voie basse sans extraction instrumentale
 - voie basse avec extraction instrumentale (ventouse, forceps)
 - césarienne

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de MAUCHAMP Marine - Année 2014

Le tabac pendant la grossesse : étude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que sur les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 100 femmes.

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence, Sage-femme cadre enseignante

Expert : Mme le Dr WIRTH Nathalie, Responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy - Praticien attaché à la MRUN

Résumé : Le tabagisme chez la femme enceinte est devenu une priorité de Santé Publique. Une étude descriptive à l'aide de questionnaires, sur 100 femmes, a été menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Les objectifs étaient d'évaluer la consommation de tabac à l'accouchement des femmes enceintes fumeuses et d'apprécier les informations reçues des professionnels de santé.

Les résultats ont montré qu'un sevrage tabagique était difficile, que les patientes étaient informées des méfaits du tabac mais que la possibilité de consulter un spécialiste et d'utiliser des substituts nicotiniques pendant la grossesse n'était pas connue de toutes.

La discussion a permis de dégager plusieurs points à améliorer, notamment informer davantage le couple sur les possibilités d'aide et mesurer le taux de CO en salle de naissances, afin d'avoir une prise en charge optimale des patientes tabagiques. La sage-femme, professionnelle de premier recours, a donc un rôle important dans l'information et la prise en charge du tabagisme gravidique.

Mots clés : grossesse, sevrage tabagique, consultation de tabacologie, substituts nicotiniques, informations.

Summary: Smoking during pregnancy is a public health problem. A descriptive study using questionnaires to 100 women was conducted at Regional University Maternity of Nancy.

The objectives were to evaluate the tobacco consumption of pregnant smokers at delivery and evaluate informations received by health professionals.

The results showed that smoking cessation was difficult, that patients were informed of the dangers of tobacco but the possibility to consult a specialist and use nicotine replacement therapy during pregnancy weren't known to all.

The discussion has identified several areas for improvement including inform better the couple about the possibilities of using and measure the level of CO in the room births, to have optimal care of pregnant smokers. The midwife, professional of primary care, has an important role in informing and management of gestational smoking.

Keywords: pregnancy, smoking cessation, tobacco consultation, nicotine replacement therapy, informations.