



HAL
open science

Le tabac ce n'est pas un tabou : parlons-en ensemble lors d'une grossesse

Cécile Coince

► **To cite this version:**

Cécile Coince. Le tabac ce n'est pas un tabou : parlons-en ensemble lors d'une grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01886614

HAL Id: hal-01886614

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886614>

Submitted on 3 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de METZ

Le tabac ce n'est pas un tabou :

parlons-en ensemble lors d'une
grossesse.

Mémoire présenté et soutenu par

COINCE Cécile

Promotion 2006-2010

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de mon mémoire et soutenue tout au long de celui-ci. A savoir :

- ma directrice de mémoire Madame JACOTOT (sage-femme tabacologue à l'Hôpital Maternité de METZ)
- ma mère Madame COINCE Francine
- mon fiancé Monsieur MBODJI Tamsir
- mon amie Mademoiselle PETIT Emilie
- mes proches camarades de promotion.

Je tiens aussi à remercier les personnes qui ont permis la réalisation de mon enquête. A savoir :

- les formatrices de mon école
- les médecins chef des services maternité 1 et 2 à l'Hôpital Maternité de Metz et des services 91 et 92 de l'Hôpital Bel Air à THIONVILLE
- les cadres et professionnels de ces mêmes services
- les mères qui ont gentiment accepté de remplir mon questionnaire.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	6
Partie 1	7
1. Généralités	8
1.1. Définitions.....	8
1.2. Quelques chiffres	8
1.3. Législation ^{[2] [5]}	9
1.4. De quoi est faite une cigarette ?	10
2. Les effets néfastes du tabagisme en périnatalité.....	12
2.1. Troubles de la fécondité	12
2.2. Troubles pendant la grossesse.....	13
2.3. Conséquences sur l'enfant à naître.....	16
3. Aide au sevrage tabagique en consultation tabacologique ^{[2] [9]}	18
3.1. Bilan initial.....	18
3.2. Le sevrage tabagique.....	19
3.2.1. La prise en charge psychologique et/ou comportementale	19
3.2.2. La prise en charge pharmacologique.....	21
4. Bénéfices de l'arrêt du tabac lors d'une grossesse	24
Partie 2	26
1. Présentation de l'étude	27
1.1. Objectifs	27
1.2. Hypothèses	27
1.3. Stratégie de recherche	27
2. Résultats de l'étude	28
2.1. Renseignements généraux.....	28
2.2. Renseignements obstétricaux.....	30
2.3. Statut tabagique.....	31
2.4. Connaissance des informations.....	33
2.5. Informations délivrées.....	38
Partie 3	41
1. Pratiques actuelles.....	42
1.1. L'information délivrée aux femmes enceintes.....	42
1.2. Le moment opportun pour informer.....	44
1.3. Comment trouver l'information	46
2. Comment améliorer	48
Conclusion.....	52
Bibliographie	53

Annexe 1	I
Annexe 2	II
Annexe 3	III
Annexe 4	IV
Annexe 5	V
Annexe 6	VI
Annexe 7	VIII
Annexe 8	XII

Introduction

Le nombre de fumeur est en augmentation croissante au cours de ces dernières années. Cette augmentation se constate également durant une grossesse ; le nombre de femmes enceintes fumeuses a lui aussi augmenté. Le tabac pendant la grossesse est donc un problème de santé publique majeur qui touche une partie non négligeable de la population des femmes enceintes.

Actuellement des études fiables en médecine ont mis en évidence l'existence des effets néfastes du tabac sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal mais aussi les bénéfices à l'arrêt de celui-ci. Ces données acquises de la science sont diffusées à l'ensemble des professionnels de santé jouant un rôle durant la grossesse (sages-femmes, gynécologues, médecins traitants...) grâce aux formations professionnelles et aux congrès. Ils peuvent alors délivrer une information la plus exacte possible aux futures mères.

Informé les femmes enceintes sur le tabagisme durant la grossesse fait partie intégrante du suivi prénatal. Ce dernier ne peut pas être purement obstétrical et doit se soucier de ce problème majeur de santé publique.

La problématique de ce mémoire est « Tabac et grossesse : impact de l'information délivrée aux femmes enceintes ? ». Après avoir défini le cadre de la recherche, j'exposerai les résultats de l'enquête réalisée auprès des accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse au CHR METZ-THIONVILLE. Enfin je finirai par une analyse et proposerai des pistes d'amélioration de la prise en charge et de l'information des femmes enceintes.

PARTIE 1

1. GENERALITES

1.1. Définitions

Le mot « tabac » désigne aussi bien la plante (feuilles séchées de *Nicotiana tabacum*) que le produit manufacturé.

Le tabagisme est l'intoxication chronique ou aiguë par le tabac ^[1]. C'est aussi un comportement social d'imitation renforcé par une dépendance physique, pharmacologique provoquée par la nicotine ^[2].

On distingue deux formes de tabagisme :

- d'une part le tabagisme actif où l'intoxication est constatée chez les fumeurs,
- d'autre part le tabagisme passif, où l'intoxication est observée chez les sujets non-fumeurs vivants dans une atmosphère enfumée par le tabac des autres. Ce dernier est donc le fait d'inhaler, de manière involontaire, la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs ^[3]. On sait actuellement, que les effets du tabagisme passif sont tout autant délétères que ceux du tabagisme actif. En effet, la fumée du tabac est très nocive pour le fumeur mais aussi pour le non-fumeur car elle contient plus de 4000 substances toxiques. Les tabagismes passif et actif ont des effets néfastes sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être foetal.

1.2. Quelques chiffres

En France, la différence de la proportion de fumeurs entre les sexes s'est fortement atténuée au cours des années : chez les hommes le pourcentage de fumeurs a diminué (45% en 1960 à 35% actuellement) tandis que chez les femmes le nombre de fumeuses s'est accru (de 10% à 25%) ^[4]. Le nombre de fumeuses chez les femmes en âge de procréer a augmenté passant de 17% en 1972 à 48% en 2000.

Cette nette multiplication par trois du tabagisme chez les femmes avant la grossesse explique l'augmentation du pourcentage de fumeuses pendant la grossesse qui

passé de 10% en 1972 à 28% en 2000. Actuellement, on estime à 48 % la proportion de fumeuses avant la grossesse et à 28 % pendant la grossesse ^[2].

Evolution du tabagisme chez la femme en France (%)

Année	1972	1981	1995	2000
Avant la grossesse	17	27	39	48
Pendant la grossesse	10	15	25	28

Source : *La grossesse et le tabac* de M.DELCROIX p.13

1.3. Législation ^[2] ^[5]

En France la législation anti-tabac a débuté il y a 30 ans. Le premier texte est la **loi Veil du 9 juillet 1976**. Celle-ci impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarette, interdit de fumer dans certains lieux à usage collectif et réglemente la publicité en faveur du tabac.

La **loi Evin du 10 janvier 1991** renforce le dispositif législatif. Cette loi interdit de fumer dans les locaux à usage collectif et interdit également toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac. Elle autorise, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

L'arrêté du 25 avril 2002 limite la teneur maximale en goudron à 10 mg par cigarette et renforce les messages à caractère sanitaire sur les paquets de cigarettes.

Enfin la dernière législation en date est le **décret du 15 novembre 2006** qui est entré en vigueur à partir du 1^{er} février 2007. Toutefois certains établissements ont bénéficié d'un délai supplémentaire jusqu'au 1^{er} janvier 2008. Ce dernier décret interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé et dans l'ensemble des transports en commun. Cette interdiction s'applique aussi dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts) des écoles, collèges et lycées publics et privés ainsi que dans les établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Les

lieux cités ci-dessus doivent avoir une signalisation apparente pour indiquer l'interdiction de fumer.

Ces textes ont été élaborés dans le but de protéger tout individu du tabagisme passif.

En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme pendant la grossesse des mesures supplémentaires sont mises en œuvre.

Dans un premier temps, le Plan Cancer de mars 2003 a inscrit la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes dans sa mesure 10 (voir annexe 1). Cette mesure met l'accent sur l'information dans les maternités, sur la sensibilisation du personnel soignant et sur l'accès aux consultations de sevrage.

Dans un second temps, les maternités ont elles-mêmes adhéré au Réseau Maternité sans tabac. Les missions de ce réseau sont regroupées dans la Charte Maternité sans tabac (voir annexe 2). L'objectif est la prise en charge globale du tabagisme au sein des maternités, sur le plan de l'aide au sevrage tabagique proprement dit des patientes mais aussi en pratiquant des actions de prévention et de formation des professionnels de santé.

1.4. De quoi est faite une cigarette ?

La composition d'une cigarette a évolué au cours des années. En effet, autrefois elle était uniquement constituée de tabac et de papier mais depuis les années 60 les cigarettes contiennent de plus en plus d'ajouts divers et variés. En plus de la nicotine on y retrouve maintenant des insecticides, du goudron (substance toxique et collante qui tâche les dents, les doigts et se dépose sur les tissus pulmonaires) de l'arsenic, etc. Au total, plus de 4000 substances chimiques sont inhalées avec la fumée de cigarette dont plus de 50 classées cancérigènes par le Comité International de Recherche sur le Cancer. Parmi ces substances, les principales sont le monoxyde de carbone (CO), des métaux lourds tels que le nickel et le cadmium et les N-nitrosamines. (voir annexe 3)^[6].

La nicotine est responsable de la dépendance. Celle-ci est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) par « un état psychique et parfois physique,

résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage) ».

Il existe d'une part, la dépendance physique lorsque l'organisme exige, pour conserver son nouvel équilibre, un apport régulier et souvent croissant de la substance en cause et d'autre part la dépendance psychique qui se subdivise en deux sous-groupes : la dépendance psychologique et la dépendance comportementale. La première étant un désir insistant et persistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques, et est bien plus liée aux caractéristiques des individus qu'au produit lui-même. La dépendance comportementale correspond à des stimulations générées par des habitudes ou l'environnement. On peut donc dire que la dépendance psychique est la recherche du plaisir que procure le produit utilisé ^[7].

La dépendance se met en place par les processus de renforcement positif et négatif. Le renforcement positif est la satisfaction immédiate provoquée par le shoot de nicotine (à savoir que celle-ci parvient au cerveau en 7 à 10 secondes après la bouffée de cigarette), ceci incitant la personne à fumer. L'accoutumance diminuant la sensation de plaisir oblige le fumeur à davantage fumer pour obtenir un niveau de satisfaction identique. Le renforcement négatif est dû à l'absence de nicotine (syndrome de manque) qui entraîne chez la personne un besoin irrépressible de fumer ^[2].

Par ailleurs, la nicotine est responsable d'une vasoconstriction des vaisseaux de l'organisme ce qui provoque une irrigation des tissus de moins bonne qualité diminuant ainsi l'apport d'oxygène aux différents organes.

L'oxyde de carbone est, quant à lui, responsable d'une hypoxie donc par définition d'un manque d'oxygène. L'oxyde de carbone a une affinité 200 fois plus élevée pour les globules rouges de l'être humain que l'oxygène.

2. LES EFFETS NEFASTES DU TABAGISME EN PERINATALITE

Le tabagisme, actif ou passif, est susceptible d'interférer avec la possibilité de concevoir un enfant et peut nuire au bon déroulement de grossesse et au bien-être fœtal.

2.1. Troubles de la fécondité

Le tabac fait partie des substances toxiques qui affectent la fécondité des femmes, et des hommes, désirant avoir un enfant. Voilà pourquoi en procréation médicalement assistée (PMA) il est recommandé un sevrage tabagique pour optimiser les chances de réussites des différentes méthodes. Les femmes fumeuses seraient moins sensibles aux traitements inducteurs de l'ovulation et produisent moins d'ovocytes en réponse au traitement que les femmes non fumeuses. Le taux d'implantation au décours d'une fécondation in-vitro serait réduit de moitié chez les fumeuses en comparaison avec les non fumeuses ^[8].

Le tabac a des effets nuisibles pour la fertilité masculine et féminine. En ce qui concerne l'homme, il a été démontré que le tabagisme serait à l'origine d'une dysfonction érectile réversible à l'arrêt du tabac, d'une altération des paramètres spermiologiques faisant craindre une diminution du pouvoir fécondant (altération de la mobilité, vitalité et du nombre de spermatozoïdes, malformations de ceux-ci) et d'une altération du matériel nucléaire responsable d'une augmentation de certaines disomies et de fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes. Pour la femme le tabagisme nuit à sa fertilité en entraînant un retard à la conception indépendant des facteurs tubaires d'infertilité. La diminution de la fertilité féminine liée au tabac peut être due à une action antioestrogénique de la nicotine avec, en particulier, une altération de la glaire cervicale. Elle peut également être causée par une action toxique directe sur l'ovaire des dérivés du tabac et par des modifications de la fonction ciliaire des trompes ^[9].

Il existe, de plus, une relation entre les grossesses extra-utérines (GEU) et le tabagisme. Effectivement plusieurs enquêtes affirment que celui-ci est associé de

manière statistiquement significative à une augmentation du risque de GEU (environ 35% seraient attribuables au tabac ^[9]). Une relation dose-effet a été établie. Le risque relatif est égal à 1,5 pour moins de 10 cigarettes, à 3 pour plus de 20 cigarettes et à 5 pour plus de 30 cigarettes par jour ^[2]. Il a été également montré une réversibilité partielle. Ainsi une femme qui arrête de fumer durant les mois précédents la conception réduit le risque de faire une GEU.

2.2. Troubles pendant la grossesse

Le tabagisme favorise la survenue de certaines pathologies de la grossesse.

Les plus rencontrées sont les avortements spontanés (fausses couches spontanées), l'hématome rétro-placentaire (décollement du placenta), les insertions basses du placenta, l'accouchement prématuré et/ou la rupture prématurée des membranes, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et la mort fœtale in-utéro.

Cependant le tabac est un facteur favorisant d'autres pathologies telles que certaines malformations (fentes faciales, malformations cardiaque, etc.), des modifications de l'hémogramme (augmentation du nombre de globules blancs et rouges et augmentation de l'adhésivité et de l'agrégabilité des plaquettes) et des perturbations cardiovasculaires (tachycardie, augmentation du débit cardiaque et vasoconstriction). Au cours de la grossesse le tabac favorise une intensification des manifestations bucco-dentaires (gingivites et caries), et a des effets néfastes sur la peau comme par exemple une mauvaise cicatrisation expliquant les cicatrices plus larges après césarienne chez les fumeuses (5,4 mm) par rapport aux non-fumeuses (2,7 mm) ^[2].

En ce qui concerne les avortements spontanés le taux moyen est multiplié par deux en cas de tabagisme actif avec une relation linéaire dose-effet (risque relatif de 1,5 à 3). Une augmentation du risque d'avortement spontané est également retrouvé en cas de tabagisme passif uniquement (risque relatif augmenté si tabagisme passif au moins une heure par jour ou père fumeur) ^[2].

Les hématomes rétro-placentaires (HRP) seraient dans 20 à 50 % des cas directement attribuables au tabac. Le tabagisme durant la grossesse augmente ce risque, ainsi l'incidence passe de 1,69% chez les non-fumeuses à 2,46% chez les fumeuses. Le risque d'HRP est d'autant plus important que l'intoxication tabagique est élevée et augmente avec l'âge et la parité de la femme enceinte. Leur survenue s'explique par l'effet vasoconstricteur de la nicotine et l'augmentation de la fragilité capillaire. Il a été démontré que les effets délétères du tabagisme sur la vascularisation placentaire s'estompent dès l'arrêt du tabac ^[10].

Le risque de placenta bas inséré au cours d'une grossesse chez une femme fumeuse est multiplié par deux à trois ^[2] en comparaison avec une femme non-fumeuse.

D'autre part il a été prouvé que le risque d'accouchement prématuré est multiplié par deux ^[2] en moyenne en cas de tabagisme. Le tabac est donc un facteur de risque de prématurité que ce soit de petite prématurité (naissance avant 37 semaines d'aménorrhées) ou de grande prématurité (naissance avant 33 semaines d'aménorrhées). Elle est en grande partie induite par la survenue plus fréquente de pathologies obstétricales, causées par tabac, affectant le bon déroulement de la grossesse (HRP, placenta bas inséré hémorragique ou rupture prématuré des membranes). De plus, en cas de tabagisme le risque de rupture prématurée des membranes (RPM) est deux fois plus grand et avant 34 semaines d'aménorrhées ce risque est multiplié par 3 ^[2]. Il est directement lié et dose-dépendant du nombre de cigarettes fumées par la femme. Cela s'explique par une stimulation de production de prostaglandines responsables d'une contractilité du muscle utérin. A ceci s'ajoute, une diminution de l'oxygénation des membranes, causée par l'hypoxie chronique, et une diminution du taux sérique de vitamine C, essentiel à la synthèse et au maintien du collagène, provoquant une fragilisation des membranes. Enfin et surtout, c'est l'augmentation de la prévalence des vaginoses bactériennes et des chorioamniotites chez les femmes fumeuses qui explique le risque accru de rupture prématurée des membranes et d'accouchement prématuré.

Le risque relatif de retard de croissance intra-utérin (RCIU) est deux à trois ^[2] fois plus élevé chez les fumeuses et il est corrélé à la dose (environ 450 grammes en moins chez les nouveau-nés de mères fumeuses de plus de 20 cigarettes par jour). Il

s'agit d'un RCIU harmonieux, c'est-à-dire que le poids, la taille et le périmètre crânien sont inférieurs au dixième percentile. La réduction du périmètre crânien peut laisser craindre un développement cérébral anténatal insuffisant, particulièrement lorsque la réduction est supérieure ou égale à 15 ou 20 mm. La cause de ce retard de croissance est multifactorielle, mais il s'explique en particulier par les épisodes de vasoconstriction résultants du shoot de nicotine inhalée, par l'hypoxie chronique secondaire à l'intoxication par le monoxyde de carbone, par l'accumulation de cadmium qui est toxique et par la carence en substances alimentaires causées par une mauvaise qualité nutritive (effet hyperglycémiant, baisse de l'appétit provoqué par le tabac) de la femme enceinte fumeuse.

Ensuite, une relation entre le tabac et la survenue d'une mort fœtale in-utéro est établie. Effectivement, le tabagisme maternel est associé à un excès de morts fœtales au cours du troisième trimestre, il entraîne environ 7,5 % des morts fœtales in-utéro. Le risque relatif augmente avec le nombre de cigarette, il passe de 1,16 pour moins de 10 cigarettes par jour à 1,61 pour plus de 10 cigarettes par jour ^[2]. Celles-ci pourraient être expliquées par les pathologies obstétricales en lien avec le tabagisme maternel telles que l'hématome rétro-placentaire par exemple.

En ce qui concerne l'accouchement, il n'y a pas de modification significative du taux de césarienne en cas de tabagisme maternel. Par contre, il existe une augmentation de la fréquence des hémorragies de la délivrance et de délivrances artificielles ^[9].

Pour finir, le tabagisme maternel retentit sur le bien-être fœtal global pendant la grossesse car il entraîne chez le fœtus une hypoxie chronique, une augmentation du rythme et du débit cardiaque ainsi qu'une vasoconstriction. Tout ceci est causé par l'inhalation de fumée de cigarette par la mère et en particulier par la nicotine. Il provoque également un retentissement respiratoire en perturbant le rythme respiratoire et la croissance pulmonaire. En effet cinq minutes après une cigarette, on peut observer une variation des mouvements respiratoires fœtaux ; ils sont plus nombreux et en salves pendant une heure environ par rapport aux fœtus de mères non-fumeuses. Enfin le tabagisme maternel entraîne une diminution des mouvements actifs fœtaux pendant 60 à

90 minutes après inhalation de la fumée de cigarette. Ceci s'explique par l'aggravation de l'hypoxie ^{[9] [10]}.

2.3. Conséquences sur l'enfant à naître

Le tabagisme de la femme enceinte a des conséquences sur le déroulement de la grossesse mais a également des effets délétères pour le nouveau-né.

De très nombreuses études ont retrouvé une association significative entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la mort subite du nourrisson. Celle-ci est définie par le décès subit et inattendu d'un nourrisson de moins de un an, apparemment en parfaite santé et dont la mort demeure inexplicable après enquête et autopsie ^[9]. Le tabagisme maternel multiplie par deux ^[2] le risque de mort subite du nourrisson. Ce risque est corrélé à la quantité de cigarettes fumées et est encore plus élevé si le nourrisson est exposé à un tabagisme passif après sa naissance (c'est-à-dire si la mère ou le père fume après la naissance). On sait actuellement que le tabagisme est responsable de 30 % ^[2] des morts subites du nourrisson et qu'il en est la deuxième cause après le couchage en position ventrale. Le tabagisme actif de la mère pendant la grossesse et le tabagisme passif de la mère et/ou du père ont des responsabilités équivalentes pour ce risque.

Outre le poids de naissance diminué et l'augmentation du risque de mort subite du nourrisson, le tabagisme de la mère durant la grossesse entrave également la fertilité future de l'enfant à naître. Il semblerait que la fécondité des filles exposées in-utéro au tabagisme de leur mère est diminuée de manière statistiquement significative ^[9].

Le tabagisme passif domestique a des effets néfastes sur le nouveau-né. Par rapport à la population adulte, l'enfant est davantage mis en danger par le tabagisme passif, en raison de la durée de son exposition quotidienne mais aussi du fait qu'elle survient sur un organisme plus fragile et en pleine maturation, en particulier au point de vue pulmonaire. Le tabagisme passif augmente le risque d'infections bronchiques de l'enfant de 72 % si la mère fume (en comparaison à une famille sans tabac) et de 29 %

^[2] si c'est un autre membre de la famille qui fume. De plus, le tabagisme passif précoce augmente également le risque de bronchiolite notamment durant les périodes épidémiques hivernales. En cas d'asthme de l'enfant, le tabagisme passif domestique augmente le nombre et l'intensité des crises. A ces risques se surajoutent le risque d'otites récidivantes, qui est augmenté de 48 % ^[2] lorsque l'enfant est soumis au tabagisme passif. Pour finir il y a une augmentation du risque de survenue d'un cancer, de pratiques addictives éventuelles pendant l'adolescence et de troubles de l'attention et du comportement.

3. AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE EN CONSULTATION TABACOLOGIQUE [2] [9]

L'aide au sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses est indispensable pour un suivi obstétrical global optimal, compte tenu des effets néfastes connus du tabac sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal. Le message à délivrer, par l'ensemble des professionnels de santé intervenant au cours de la grossesse, est celui d'un arrêt complet du tabac après avoir informé la femme des effets nuisibles et des bénéfices de l'arrêt de celui-ci. Cependant il est indispensable de ne pas culpabiliser les femmes, même si elles présentent des difficultés à arrêter ou si elles poursuivent leur tabagisme. Dans ces situations, il est recommandé de leur proposer un accompagnement par un professionnel de santé ayant une formation en tabacologie.

Toutefois la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse commence en consultation chez tous les professionnels de santé. En effet cette aide débute au cours des consultations prénatales en questionnant la patiente sur ses addictions et en lui délivrant une information claire et complète sur le tabagisme durant la grossesse ; puis elle se poursuit en interrogeant la future mère sur un éventuel désir d'arrêt et en la renseignant ensuite sur les moyens d'aides au sevrage et pour finir en l'orientant vers un spécialiste pour une prise en charge optimale.

3.1. Bilan initial

Il consiste en une prise de contact avec la patiente désireuse d'arrêter de fumer. Le professionnel l'interroge sur ses antécédents personnels et familiaux, sur son milieu socioprofessionnel, sur ses co-addictions éventuelles (alcool, cannabis, etc.) et sur son histoire tabagique (l'âge de la première cigarette, la durée du tabagisme, la quantité de tabac fumée, les tentatives éventuelles d'arrêts antérieurs, les causes répétées de la reprise du tabagisme et les difficultés identifiées d'une nouvelle tentative d'arrêt du tabac).

Puis cette anamnèse est suivie d'une évaluation de la dépendance physique par le test de Fagerström (voir annexe 4), d'une évaluation de la dépendance psychologique et comportementale par le test de Horn (voir annexe 5) et d'une évaluation de la motivation à l'arrêt par divers tests (Richmond, Di Maria, Legeron et Lagrue). Il est essentiel, chez la femme enceinte fumeuse, de rechercher un état anxio-dépressif et d'y apporter une réponse spécifique si nécessaire. Si l'interrogatoire et le test de Horn n'arrivent pas à différencier l'anxiété de la dépression, le professionnel de santé peut avoir recours au test HAD (voir annexe 6).

La mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) est facile et rapide à réaliser à l'aide d'un CO testeur permettant de connaître la concentration de monoxyde de carbone en particules par million de particules d'air (ppm). Il a une grande valeur diagnostique car il mesure objectivement le degré de l'intoxication. Lorsque le taux est inférieur à 6 ppm il n'y a pas d'intoxication, un taux compris entre 6 et 10 ppm correspond à un petit tabagisme ou à un tabagisme passif ou à une pollution domestique ou professionnelle. Un taux compris entre 11 et 30 ppm correspond à un tabagisme actif important ou à un tabagisme passif prolongé ou à une pollution importante. Enfin un taux supérieur à 30 ppm signifie un tabagisme actif intense ou une pollution très forte. Mais la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré a aussi un intérêt thérapeutique car elle fait prendre conscience à la femme enceinte de son intoxication et du risque pour son enfant, sachant que la concentration de monoxyde de carbone chez l'enfant est deux fois supérieure à celle de la mère. Ainsi cette mesure crée ou renforce chez la mère la motivation, déclenche une demande d'explications et souvent une demande d'aide pour arrêter de fumer. Le dosage du monoxyde de carbone peut être répété à chaque consultation prénatale et dans le post-partum pour faire naître ou entretenir une motivation à l'arrêt et faire un bilan régulier de l'intoxication.

3.2. Le sevrage tabagique

3.2.1. La prise en charge psychologique et/ou comportementale

Dans ce domaine on distingue plusieurs approches.

La première est le conseil minimal. Il est basé sur des questions simples : « fumez-vous ? », « voulez-vous arrêter ? » et « voulez-vous une aide ? » Ce conseil minimal devrait être fourni par tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer des femmes enceintes. Ces trois questions peuvent être complétées de la remise d'une documentation.

La seconde approche est l'intervention brève. Elle est composée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide au sevrage tabagique, avec ou sans remise de documents, et se fait avec encouragements et empathie.

La troisième est l'entretien motivationnel. Il est constitué de quelques messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés au degré de motivation de la patiente. Il peut avoir recours aux recommandations internationales des « 5 A » :

- Ask : demander « fumez-vous ? »,
- Advise : conseiller « vous devriez arrêter de fumer »,
- Assess : évaluer la préparation à l'arrêt du tabac,
- Assist : aider à l'arrêt,
- Arrange : suivre la tentative d'arrêt.

L'avant dernière approche est la thérapie comportementale et cognitive. Cette thérapie est basée sur l'analyse du comportement et de l'environnement de la femme enceinte. Elle a pour but d'optimiser l'aide. Chaque séance au cours d'une telle thérapie est structurée. Elle s'établit à partir d'un rapport collaboratif c'est-à-dire que la patiente et le thérapeute travaillent ensemble pour la compréhension et le traitement des problèmes qui se posent. Puis il y a la réalisation d'une analyse fonctionnelle dont les buts sont de délimiter les objectifs et de choisir les méthodes thérapeutiques. L'évaluation des résultats fait partie intégrante de la thérapie. Dans une telle approche, le thérapeute est actif ce qui signifie qu'il accueille la patiente, fait un résumé de ce qui a été dit lors de la séance précédente, revoit avec elle les objectifs et fait le point sur les difficultés et sur ce qui peut être mis en place pour y pallier. A la fin de la séance, le thérapeute fait un résumé de ce que la patiente a dit, a proposé et s'est fixé comme objectif pour la séance ultérieure. A noter que le travail est collaboratif, ce qui veut dire que le thérapeute propose des aides pour changer les habitudes de vie liées à la cigarette

(anticiper et éviter les situations à risques, préparer des alternatives de substitution, etc.) mais il n'impose pas les objectifs ou les moyens pour atteindre les buts clairement définis. Cette technique nécessite une formation spécifique.

Enfin la dernière approche est la consultation psychologique assurée par un psychologue ou un psychiatre. Cette démarche peut être proposée en cas de dépression ou d'état anxieux associés.

Des études ont révélé que les trois premières approches ont une efficacité significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention, dans la population générale et chez la femme enceinte. Par ailleurs chez la femme enceinte, la thérapie comportementale et cognitive n'a pas montré une efficacité supérieure à d'autres techniques d'aide ou d'accompagnement psychologique et/ou comportemental. Mais elle est très utilisée car elle semble permettre au tabacologue de structurer sa pratique.

En pratique courante les professionnels de santé, tels que les sages-femmes, peuvent avoir recours au conseil minimal face à chaque femme enceinte, ensuite assurer un entretien motivationnel et adresser la patiente par la suite à un tabacologue.

3.2.2. La prise en charge pharmacologique

Généralement les femmes enceintes qui continuent de fumer malgré la connaissance des effets néfastes du tabac culpabilisent; d'un côté, elles désirent un sevrage pour le bien-être de leur bébé et d'un autre côté, elles se heurtent à des difficultés liées au syndrome de manque. Dans de telles situations, le traitement nicotinique substitutif (TNS) trouve toute son indication. La nicotémie sous TNS est deux à trois fois moins élevée que la nicotémie liée au tabagisme. De plus, ils permettent d'éviter la toxicité des autres composants du tabac notamment le monoxyde de carbone (ils suppriment donc 3999 substances chimiques). L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a délivré en 1997 l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des TNS pour les femmes enceintes. Selon l'AFSSAPS, on ne retrouve « pas d'effet tératogène ou foetotoxique attribuable, à ce jour, aux TNS au cours de la grossesse ». Bien que les TNS soient des produits d'automédication depuis

2000, seuls les médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ont un droit de prescription pour ces produits.

En pratique le traitement doit être débuté le plus tôt possible au cours de la grossesse en cas d'échec ou de refus d'une approche psychologique et/ou comportementale. Toutefois l'association TNS et thérapie comportementale et cognitive augmente les taux de réussite. La posologie des TNS peut être établie à partir du taux de CO expiré en ppm. Cette mesure permet de déterminer le niveau de la dépendance et d'ajuster le traitement nécessaire pour faire face au manque. Il est conseillé pour des dépendances moyennes ou fortes d'associer des formes orales aux timbres transdermiques. Il est indispensable d'adapter le traitement aux besoins de la patiente. Classiquement, le traitement dure trois mois avec une baisse de dosage tous les mois. Le traitement est à adapter aux difficultés de la patiente. En ce qui concerne les doses maximales, la conférence de consensus de 2004 recommande des doses suffisantes pour un arrêt complet et ne détermine aucune valeur seuil. La pose simultanée de plusieurs timbres est possible.

Prescription d'un TNS selon le taux de CO dans l'air expiré chez la femme enceinte

taux de CO en ppm	TNS recommandés
CO 3 à 9 ppm	gommes ou pastilles ou comprimés
CO entre 10 et 20 ppm	patch 10 mg +/- gommes +/-pastilles+/-comprimés
CO entre 20 et 30 ppm	Patch 15 mg +/- gommes +/-pastilles+/-comprimés
CO supérieur à 30ppm	2 patchs 15 mg +/-gommes +/-pastilles +/-comprimés

Source : *Tabac, fertilité et grossesse* Gynéco-obstétrique 2007 Elsevier

Actuellement en France plusieurs types de produits nicotiques de substitution sont disponibles : les gommes, les tablettes ou les comprimés à sucer, l'inhaleur et les timbres transdermiques. Les gommes se présentent sous deux dosages (2 mg et 4 mg) et sous plusieurs parfums (menthe, orange et fruit). Le dosage 4 mg n'est pas utilisé

pendant la grossesse. Elles sont l'aide des moments difficiles tels que les pauses ou les sorties. Elles doivent être mâchées pendant quelques secondes, puis oubliées quelques minutes dans la bouche, ainsi de suite pendant environ une demi-heure. Cependant on peut les garder plus longtemps ou les jeter avant si l'envie de fumer est passée. Elles peuvent être associées à un patch. Les tablettes et les comprimés à sucer fondent sous la langue en 15 à 20 minutes. Ils peuvent être consommés seuls ou en plus d'un patch en cas d'envie importante de fumer. L'inhalateur est à utiliser notamment chez les patientes pour qui le geste est important. En ce qui concerne les timbres transdermiques, l'AFSSAPS en 2003 et la conférence de consensus en 2004 ont recommandé le TNS par voie percutanée en discontinu pendant 16 heures pendant la grossesse. Les dispositifs transdermiques (patches) délivrent une quantité contrôlée de nicotine à travers la peau, de l'ordre de 1mg/heure. Il est important d'ajuster la posologie en fonction du degré de dépendance et de réduire progressivement les doses, en pratique en fonction du taux de CO expiré. Les patches 16 heures doivent être mis le matin au lever et être retirés le soir au coucher. Il est préférable de changer tous les jours le site pour éviter une irritation. Il est conseillé de ne pas enlever un patch même en cas de tabagisme persistant. Il est souhaitable dans ce cas d'augmenter les doses : mettre deux patches ou l'associer avec des substituts oraux.

La Circulaire ministérielle du 29 novembre 2006 prévoit un dispositif de prise en charge par l'Assurance Maladie des traitements d'aide à l'arrêt du tabac à compter du 1^{er} février 2007. Cette aide est de 50 euros par personne et par an. D'autre part, certaines mutuelles prennent en charge tout ou partie du traitement d'aide au sevrage tabagique. Pour finir, une prise en charge supplémentaire peut être accordée pour les plus démunis, notamment par certaines associations.

4. BENEFICES DE L'ARRÊT DU TABAC LORS D'UNE GROSSESSE

La conférence de consensus de 2004 recommande l'arrêt du tabac durant la grossesse au vu des méfaits sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal. L'arrêt de l'intoxication tabagique est immédiatement bénéfique tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Ce sevrage doit intervenir le plus tôt possible durant la grossesse. Cependant il n'est jamais trop tard pour cesser car l'arrêt reste bénéfique tout au long de la grossesse.

Les bénéfices sont rapides avec une normalisation des échanges gazeux et du transport de l'oxygène et la diminution des risques cardio-respiratoires. Au bout de 8 heures après la dernière cigarette, on constate une augmentation de la concentration d'oxygène sanguin parallèlement à une diminution du taux de monoxyde de carbone ce qui abouti à une diminution du risque de mort in-utéro. Un arrêt de 24 heures diminue les risques d'accidents vasculaires et de ce fait réduit les risques d'hématomes rétro-placentaires. La normalisation de la croissance fœtale se fait à partir de 48 heures de sevrage. Au bout de 72 heures d'arrêt se produit une diminution du risque d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes ^[2].

De plus, les effets délétères du tabac sur la vascularisation placentaire s'estompent dès l'arrêt de celui-ci. Ainsi les femmes enceintes qui arrêtent de fumer diminuent considérablement leur risque de décollement placentaire et de saignement par rapport à celles qui continuent de fumer durant la grossesse. En ce qui concerne l'accouchement prématuré le risque relatif passe de 2 à 1,6 pour les femmes ayant cessé de fumer au cours du premier trimestre. Ce risque pour une femme ayant arrêté de fumer avant la conception est similaire à celui d'une non-fumeuse ^[2]. Pour ce qui est du risque de retard de croissance intra-utérin on ne constate pas d'augmentation du risque relatif pour les femmes enceintes ayant arrêté de fumer au troisième trimestre par rapport aux non-fumeuses ^[2]. Enfin, le sevrage tabagique chez la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher permettrait de diminuer le taux de mort subite du

nourrisson de 10 à 30 % ^[9]. L'arrêt de l'intoxication tabagique durant le premier trimestre de grossesse permet de retrouver un risque de mort subite du nourrisson identique à celui des non-fumeuses.

Pour finir, il y a un bénéfice à l'arrêt du tabac en raison du coût social de celui-ci. En effet, les dépenses que le sevrage tabagique engendre pour l'Assurance Maladie sont plus faibles que les dépenses de soins causées par les pathologies obstétricales en lien avec le tabac. Par exemple les dépenses de soin pour un accouchement prématuré (hospitalisation de la mère en grossesse pathologique, tocolytiques pour éviter l'accouchement prématuré puis hospitalisation de l'enfant en réanimation néonatale, etc.) coûtent plus chers que les dépenses pour un sevrage tabagique (50 euros pris en charge par l'Assurance Maladie). Il en est de même pour les actions de prévention dont le coût financier reste moins élevé que celui pour les dépenses de soins de certaines pathologies obstétricales dues au tabagisme survenant durant la grossesse.

PARTIE 2

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Objectifs

Les objectifs de cette étude sont au nombre de deux :

1/ Sensibiliser les femmes enceintes fumeuses sur les effets néfastes du tabagisme, sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et les moyens d'aide au sevrage tabagique pendant la grossesse.

2/ Améliorer l'information délivrée sur le tabagisme durant la grossesse.

1.2. Hypothèses

Les hypothèses de ce travail sont les suivantes :

1/ Y a-t-il un moment opportun pour sensibiliser les patientes ?

2/ Comment trouvent-elles l'information ?

3/ Les femmes enceintes fumeuses connaissent-elles les moyens d'aide au sevrage tabagique ?

1.3. Stratégie de recherche

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse (voir annexe 7). Ce choix de population a été fait pour inclure les femmes fumeuses durant toute la grossesse ainsi que celles qui arrêtent de fumer. Cette enquête a été menée au CHR de METZ-THIONVILLE (Hôpital Bel Air et Hôpital Maternité de Metz) dans les services de suites de couches. Elle a eu lieu de mi-juillet 2009 à mi-octobre 2009 afin de recueillir 100 questionnaires.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. Renseignements généraux

- **Tableau I : âge de la population**

AGE	NOMBRE
moins de 20 ans	5
20 à 29 ans	57
30 à 39 ans	35
plus de 40 ans	3

La population a majoritairement entre 20 ans et 29 ans.

- **Tableau II : situation familiale**

SITUATION	NOMBRE
célibataire	10
en couple	55
mariée	30
pacsée	5
divorcée	0
veuve	0

La population est principalement constituée de femmes vivant en couple.

- **Tableau III : niveau d'étude**

NIVEAU	NOMBRE
non scolarisée	6
primaire	0
collège, CAP, BEP	49
lycée	17
enseignement supérieur	26
non renseigné	2

La population étudiée a pour une grande partie un niveau collège, CAP, BEP.

- **Tableau IV : statut professionnel**

STATUT	NOMBRE
active	63
non active	27
non renseigné	10

La population rencontrée est constituée majoritairement de femmes actives.

2.2. Renseignements obstétricaux

- **Tableau V : gestité**

GESTITE	NOMBRE
primigeste	47
multigeste	53

L'échantillon est principalement constitué de multigestes.

- **Tableau VI : parité**

PARITE	NOMBRE
primipare	55
multipare	45

La population étudiée est majoritairement constituée de primipares.

De plus, il y a une primigeste deuxième pare dans cette étude (soit une grossesse gémellaire), et 10 deuxième gestes primipares.

- **Tableau VII : antécédents obstétricaux**

ANTECEDENTS	NOMBRE
aide médicale à la procréation	2
grossesse extra-utérine	1
fausse couche	18
menace d'accouchement prématuré	6
prématurité	7
retard de croissance intra-utérin	0
décollement du placenta	2
mort fœtale in-utéro	0
rupture prématurée des membranes	1
aucun	71

37 fumeuses présentent des antécédents obstétricaux qui peuvent être en lien avec le tabagisme contre 71 fumeuses qui ne présentent aucun antécédent.

2.3. Statut tabagique

- **Tableau VIII : tabagisme du conjoint**

STATUT	NOMBRE
fumeur	84
non fumeur	13
non renseigné	3

Sur les 100 femmes questionnées 84 ont un conjoint fumeur et parmi eux 69 fument en présence de leurs femmes, donc environ 82% des femmes sont victimes de tabagisme passif. De plus, dans les conjoints fumeurs 36 sur 84 ont modifié leur consommation durant la grossesse (31 ont diminué, 4 ont augmenté et 1 a arrêté) et 48 n'ont pas changé leur habitudes tabagiques.

- **Tableau IX : tabagisme de la mère**

NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR	NOMBRE
1 à 5	10
6 à 10	27
11 à 15	29
plus de 15	34

Les patientes de cette étude fument majoritairement plus de 15 cigarettes par jour avant la grossesse. Elles sont 89 % à avoir modifié leurs habitudes tabagiques durant la grossesse, 86,7 % d'entre elles de façon positive. Les patientes ayant arrêté ou diminué sont environ 4,6% à avoir bénéficié d'une aide par un professionnel de santé.

- **Tableau X : raison de la modification tabagique**

RAISON	NOMBRE
information	13
grossesse	59
autre	10
information et grossesse	6
grossesse et autre	1

La modification des habitudes tabagiques durant la grossesse est principalement due à l'état de grossesse.

2.4. Connaissance des informations

- **Sur les effets du tabagisme passif par rapport au tabagisme actif**

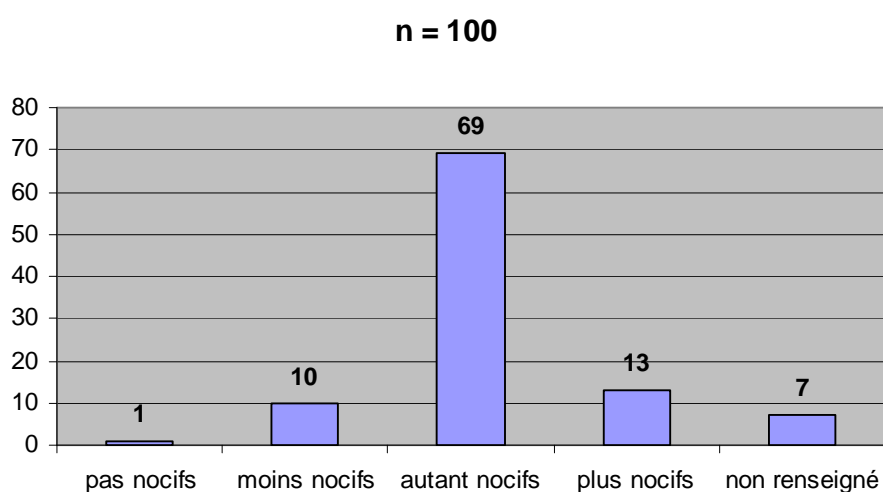


Figure 1

La majorité des patientes de cette étude pense que les effets du tabagisme passif sont autant nocifs que les effets du tabagisme actif.

- **Sur les risques néfastes du tabagisme durant la grossesse**

Dans cette étude 64% des patientes enquêtées disent avoir reçu une information au cours de leur grossesse sur les risques néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal et 36% disent ne pas en avoir reçu.

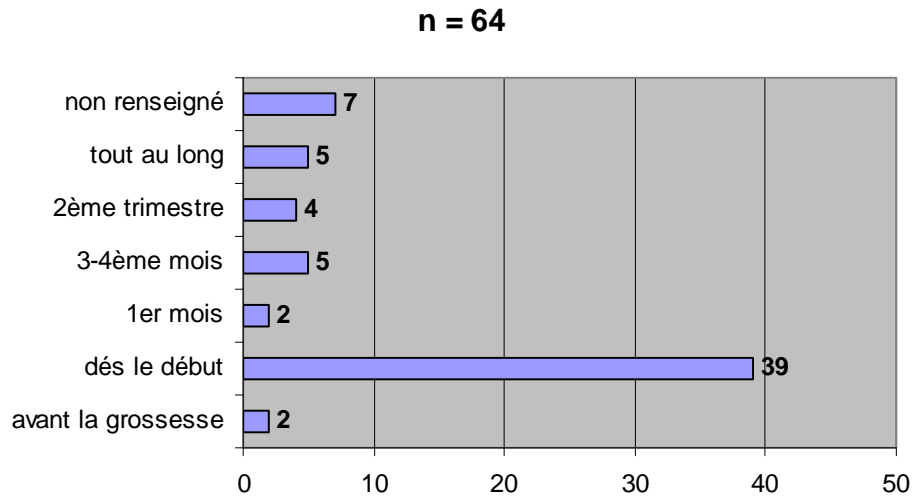


Figure 2

Celles ayant reçues l'information l'ont eu principalement au début de la grossesse.

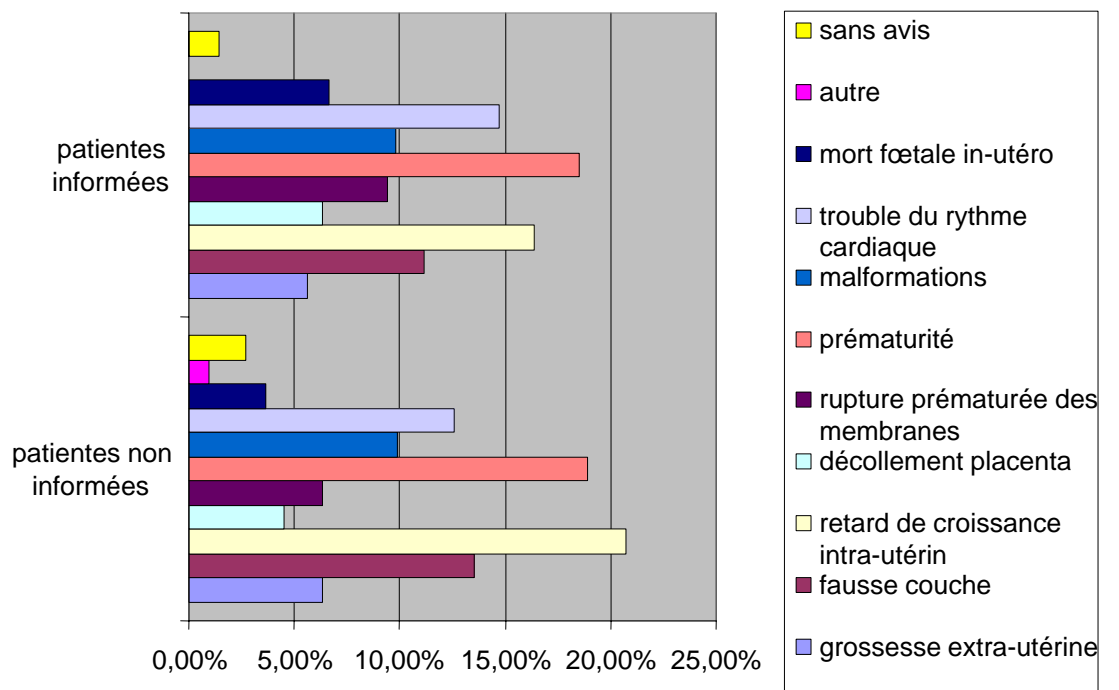


Figure 3

De plus, les patientes ayant eu une information sur les effets néfastes du tabac durant la grossesse connaissent davantage les risques encourus.

- **Sur les bénéfices liés à l'arrêt du tabac durant la grossesse**

Sur 100 accouchées questionnées 39 ont eu une information sur les bénéfices de l'arrêt du tabac pour le bon déroulement de la grossesse et le bien-être fœtal, 58 n'ont pas reçu d'information et 3 ne se sont pas exprimées pour cette question.

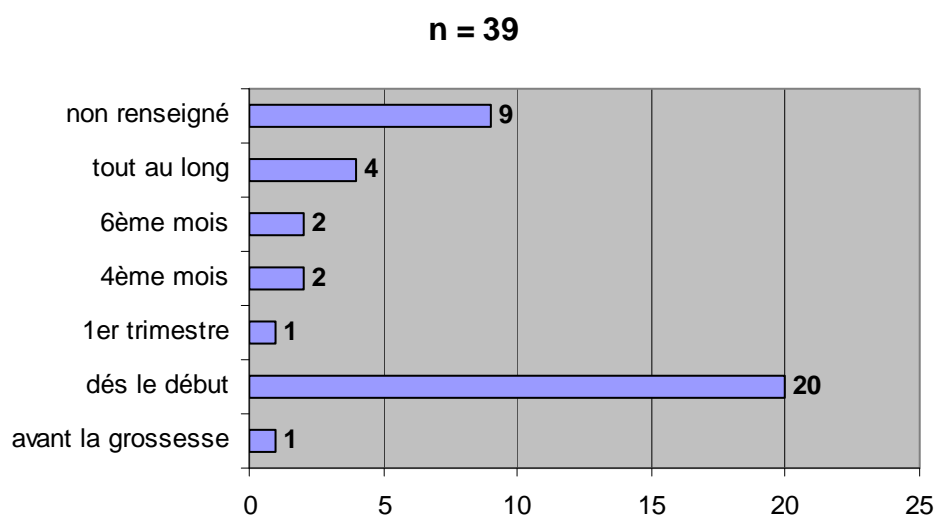


Figure 4

L'information sur les bénéfices était majoritairement donnée aux patientes dès le début de la grossesse en ce qui concerne celles qui ont eu une information.

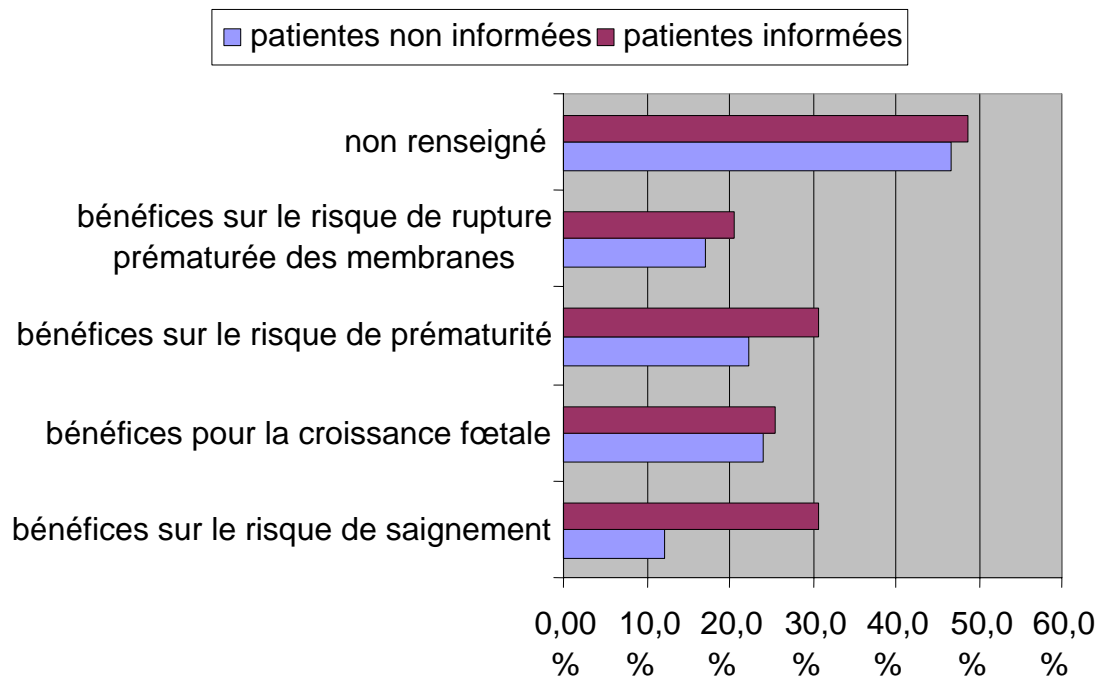


Figure 5

On constate une meilleure connaissance des bénéfices liés à l'arrêt du tabac chez les patientes ayant eu l'information.

- **Sur les moyens d'aide au sevrage tabagique durant la grossesse**

Au cours de cette enquête 31 accouchées ont été informées de l'existence des moyens d'aide au sevrage tabagique utilisables pendant la grossesse, 64 n'en ont pas été informées et 5 sont sans avis.

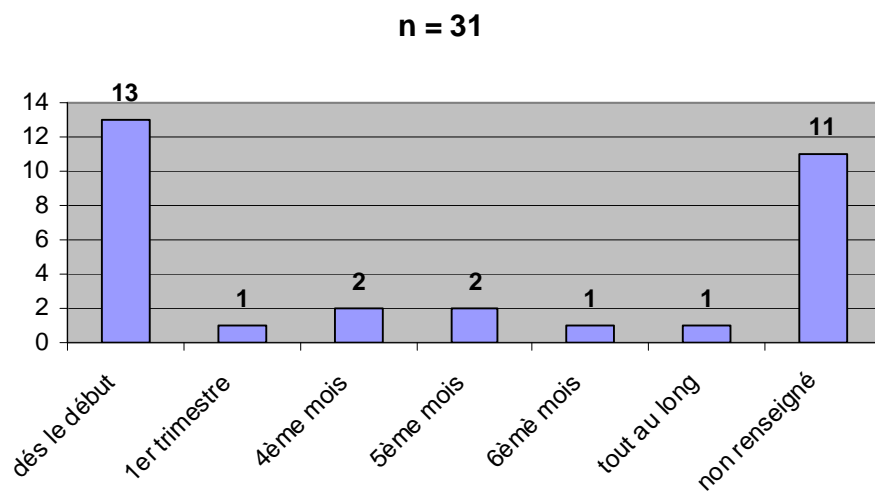


Figure 6

Sur 31 patientes qui ont été informées des moyens d'aide au sevrage tabagique 13 ont eu l'information dès le début de la grossesse. L'information est principalement délivrée au début de la grossesse.

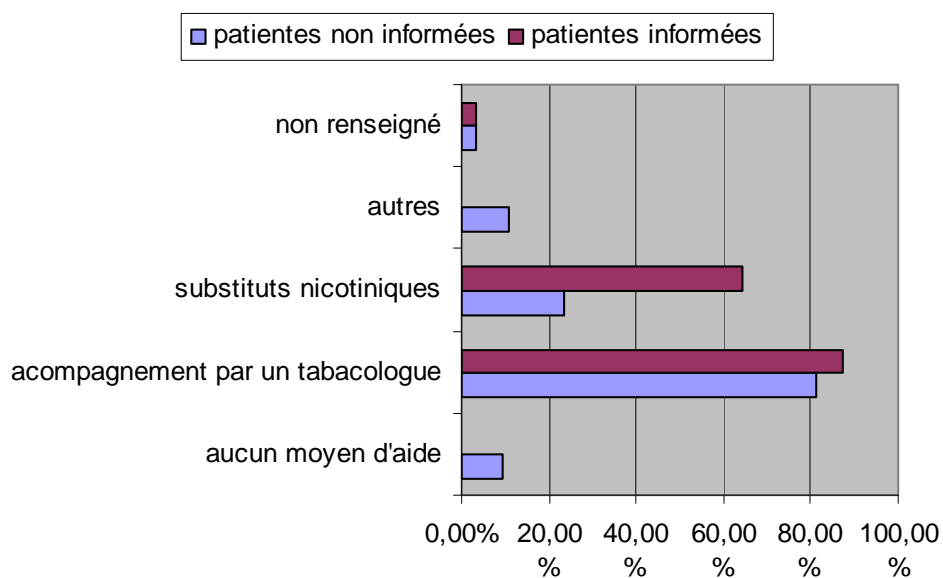


Figure 7

On peut conclure que les patientes fumeuses informées des possibilités d'accompagnement au sevrage tabagique, le sont également sur les autres moyens de prise en charge.

Quatre patientes ont souligné l'importance de la volonté, deux ont ajouté le recours à l'homéopathie et à l'acupuncture.

2.5. Informations délivrées

- Sur 100 accouchées questionnées :
 - 64 ont été informées des risques néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et du bien-être fœtal,
 - 39 ont été informées des bénéfices liés à l'arrêt du tabac,
 - 37 ont été informées à la fois sur les risques et sur les bénéfices,
 - 31 ont été informées sur les moyens d'aide au sevrage tabagique auxquels une femme enceinte peut avoir recours
 - 24 ont été informées sur les risques, les bénéfices et les moyens d'aide au sevrage.

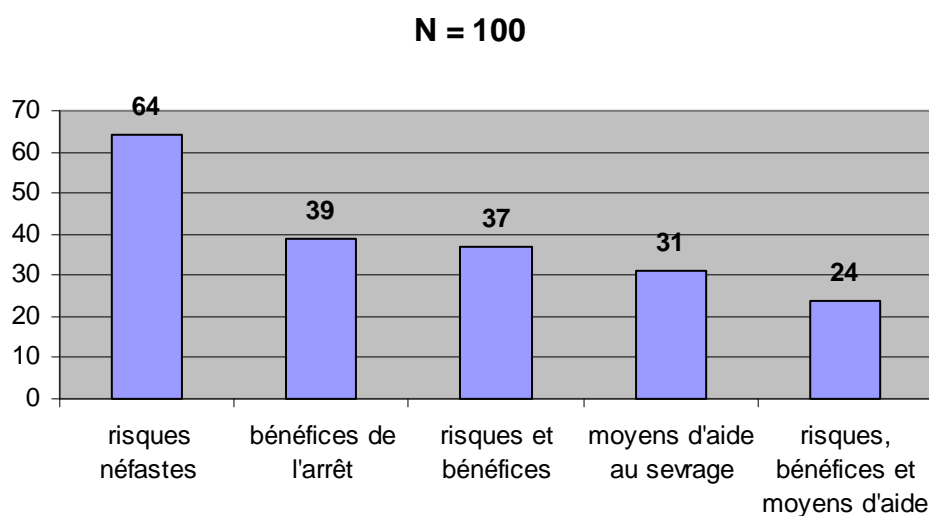


Figure 8

- Le moment opportun pour sensibiliser les femmes enceintes sur le thème "tabac et grossesse" est selon les résultats de l'enquête avant la conception, 4 femmes pensent qu'il faut informer tout au long de la grossesse et une surtout pas pendant.

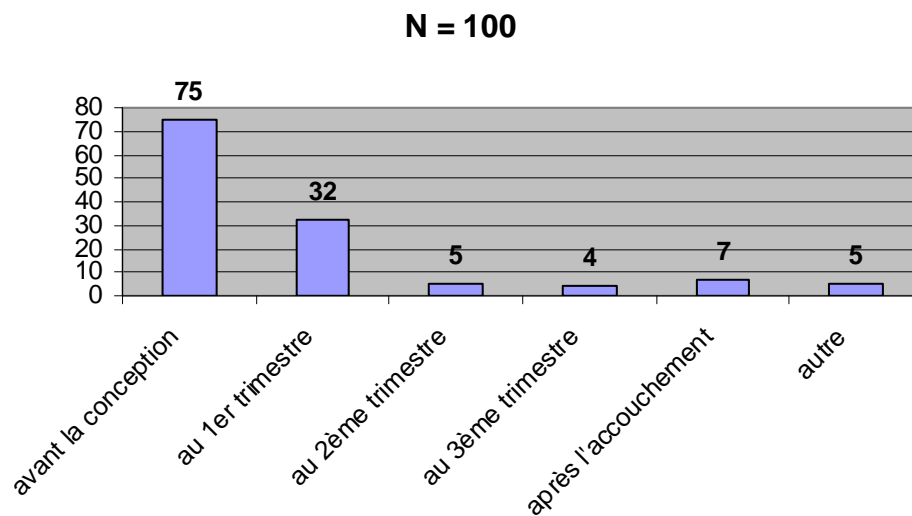


Figure 9

- A la question « où avez-vous trouvé les informations sur la tabagisme durant la grossesse ? », les résultats sont les suivants :
 - 26 des femmes questionnées ont trouvé l'information uniquement en consultation chez un professionnel de santé,
 - 15 ont trouvé l'information uniquement dans des brochures,
 - 8 ont trouvé l'information uniquement sur Internet,
 - 2 ont trouvé l'information autrement,
 - 15 ont eu l'information lors des consultations et dans des brochures,
 - 5 lors de consultations et sur Internet,

- 7 dans des brochures et sur Internet,
- 1 lors de consultations, dans des brochures et autrement,
- 7 lors de consultations, dans des brochures et sur Internet,
- 1 lors de consultations, dans des brochures, sur Internet et autrement.

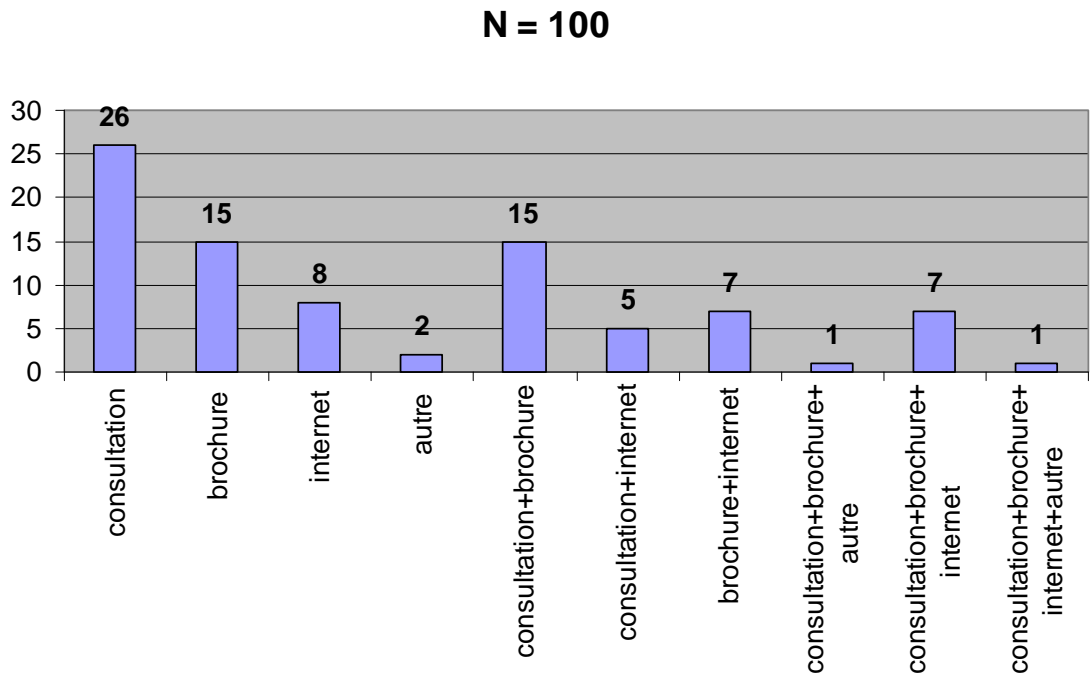


Figure 10

PARTIE 3

1. PRATIQUES ACTUELLES

1.1. L'information délivrée aux femmes enceintes

L'enquête réalisée auprès de 100 accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse a mis en évidence les résultats suivants :

- 64 % des femmes questionnées ont été informées des risques du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être foetal,
- 39 % ont reçu une information sur les bénéfices de l'arrêt du tabac,
- 31 % ont été informées des moyens d'aides au sevrage tabagique,
- 37 % ont eu une information à la fois sur les risques néfastes du tabagisme et sur les bénéfices de l'arrêt de celui-ci,
- 24 % ont été informées sur les risques néfastes, sur les bénéfices de l'arrêt et sur les moyens d'aide au sevrage.

On peut donc remarquer qu'environ un quart des femmes questionnées avaient eu une information globale sur le tabagisme durant la grossesse. Une information globale doit comprendre :

- une information sur les risques néfastes du tabagisme pendant la grossesse et sur l'enfant à naître,
- une information sur les bénéfices de l'arrêt du tabac
- une information sur les aides auxquelles les femmes enceintes peuvent avoir recours pour un sevrage tabagique.

Une grande majorité des femmes questionnées sont informées des risques néfastes du tabac durant la grossesse. Peu d'entre elles ont une information sur les bénéfices de l'arrêt du tabac et sur les moyens d'aide au sevrage ; seulement un quart ont eu une information complète sur ce thème. Je pense qu'il serait judicieux d'informer

chaque femme enceinte fumeuse sur les bénéfices du sevrage et les moyens d'aide. A mon sens, ces informations encouragent les femmes dans une démarche de modification de leur comportement tabagique.

La prise en charge du sevrage tabagique durant la grossesse s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge obstétricale globale optimale. Ainsi chaque professionnel de santé intervenant au cours d'une grossesse devrait interroger la patiente sur son statut tabagique. Si celle-ci est fumeuse le praticien devrait lui délivrer une information complète sur les effets du tabagisme sur la grossesse et l'enfant à naître, les bénéfices de l'arrêt et les moyens d'aide au sevrage. La délivrance de cette information constitue la base de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse. Depuis la loi du 4 mars 2002 les professionnels de santé sont soumis au devoir d'information vis-à-vis de leurs patients. Ils doivent délivrer une information claire et accessible et s'assurer que la personne ait compris l'information qu'il vient de lui être donnée dans le but de faire des choix libres et éclairés. L'information sur le tabagisme durant la grossesse s'inscrit dans ce cadre juridique. Tout professionnel de la naissance (sages-femmes, gynécologues...) après avoir informé une femme enceinte fumeuse doit s'assurer que celle-ci ait compris ce qui vient de lui être dit. Grâce à cette information la future mère pourra alors faire le choix libre et éclairé de modifier ou non sa consommation tabagique. Il me paraît nécessaire que les femmes enceintes fumeuses aient toutes les informations indispensables pour prendre leur décision.

Chaque consultation prénatale est un moment pour informer. Nous pourrions être amenés à penser que cela peut être répétitif et culpabilisant pour la patiente dans le cas où elle ne modifierait pas sa consommation tabagique, cependant un conseil minimal peut déjà entraîner à lui seul 2 % d'arrêt.

Si une femme fumeuse ne désire pas modifier sa consommation cela ne présage pas qu'au cours de la grossesse son désir n'évolue pas. A chaque consultation, il est alors préférable de requestionner la future mère sur ses habitudes tabagiques afin de réajuster le contenu de l'information qui doit rester clair et non culpabilisant.

Le but de l'information est double :

- la prévention
- la prise en charge du sevrage tabagique.

Donner une information complète sur le tabagisme fait partie intégrante de la prévention en santé publique. Le tabagisme passif est aussi nocif que le tabagisme actif. De ce fait lorsqu'un professionnel de santé explique cette notion à une femme enceinte fumeuse il lui conseille également d'éviter les lieux où elle est susceptible d'être victime du tabagisme passif. L'information donnée a un but de prévention du tabagisme passif sur l'enfant à naître (fumer en dehors de la maison, de la voiture, éviter les lieux enfumés...).

De plus, la prise en charge du sevrage tabagique commence par la délivrance d'une information globale et complète sur le tabagisme en périnatalité. Encore une fois, c'est après avoir reçu une information complète que les futures mères peuvent faire leur choix.

1.2. Le moment opportun pour informer

L'enquête a révélé les résultats suivants :

- 56,82 % des femmes questionnées estiment que le moment opportun est avant la conception,
- 24,24 % pensent que le moment opportun pour être sensibilisé est au premier trimestre de grossesse,
- 3,79 % d'entre elles jugent que ce moment est au deuxième trimestre de grossesse,
- 3,03 % estiment que le moment opportun est au troisième trimestre de grossesse,

- 5,30 % pensent que le meilleur moment pour recevoir une information est après l'accouchement,
- 3,03 % jugent qu'il faut sensibiliser les femmes enceintes sur ce thème tout le temps (tout au long de la grossesse et dans le post-partum),
- 0,76 % des femmes questionnées jugent qu'il ne faut pas sensibiliser les futures mères sur ce sujet durant la grossesse,
- 3,03 % ne se sont pas exprimées pour cette question.

On constate qu'une grande moitié des femmes estiment que le meilleur moment pour les sensibiliser sur le thème du tabagisme durant la grossesse est avant la conception. Cependant, il y a quand même une partie des femmes questionnées qui pensent qu'il faut les informer durant la grossesse et après l'accouchement. Donc pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population que nous rencontrons il serait convenable de sensibiliser les futures mères à chaque consultation dans le but de renseigner toutes les patientes. Si on se base uniquement sur la majorité et que l'on informe seulement avant la conception environ 43 % des futures mères auraient l'information mais pas au moment où elles le jugeraient opportun pour elle.

Nous pourrions imaginer que les professionnels de santé qui effectuent le suivi gynécologique régulier des femmes donnent l'information sur le tabagisme per gravidique dès lors où ils ont connaissance d'un désir de grossesse. Cette supposition permettrait de répondre à la demande des quasiment 57 % des femmes qui préfèrent être sensibilisé sur le thème avant la conception.

Pratiquement un quart de la population étudiée dans l'enquête pense que le moment opportun pour être sensibilisé se situe durant le premier trimestre. Pour répondre à ces attentes il pourrait être envisagé que les professionnels de santé délivrent l'information dès qu'ils ont connaissance du statut tabagique de la patiente. Le professionnel réalisant le dossier obstétrical, après avoir interrogé la femme enceinte sur ses habitudes tabagiques, devrait délivrer à ce moment une information générale sur le thème. Cette attitude serait à intégrer dans les habitudes professionnelles.

Nous pourrions nous demander s'il existe réellement un moment opportun pour informer les patientes, puisqu'il n'y a pas eu une seule réponse uniforme de la part de toutes les accouchées questionnées. Il semble donc important de sensibiliser les femmes dès la période péri-conceptionnelle, pendant la grossesse bien sûr mais également en post partum.

A mon avis, il serait judicieux de sensibiliser les futurs parents dès lors qu'il y a un désir de grossesse et de poursuivre cette information tout au long de la grossesse et après l'accouchement. Ainsi, on répondrait à l'attente de l'ensemble de la population. Il n'y a pas de moment opportun ; l'important est de sensibiliser les futures mères. Quelque soit le moment de la grossesse, l'information est à donner et est recevable. Il n'y a pas un moment clé : il faut informer, l'information est toujours bénéfique. Il n'y a pas de préemption de l'information.

1.3. Comment trouver l'information

L'enquête a montré que :

- 26 % des femmes ont eu l'information uniquement en consultation chez un professionnel de santé,
- 15 % d'entre elles ont eu l'information dans des brochures,
- 15 % des accouchées questionnées ont trouvé l'information auprès d'un professionnel de santé et à la fois dans des brochures,
- 8 % ont trouvé l'information uniquement sur Internet,
- 7 % ont été informées en consultation, par les brochures et par Internet,
- 7 % ont recherché l'information dans des brochures et sur Internet,
- 5 % d'entre elles ont été informées en consultation et sur Internet,
- 2 % ont eu l'information autrement,

- 1 % trouve l'information en consultation, dans des brochures et autrement,
- 1 % ont trouvé l'information à la fois en consultation, dans des brochures, sur Internet et autrement.

Globalement, on constate que les femmes enceintes sont informées par divers moyens. Elles cherchent l'information sur plusieurs supports. Cependant l'information est majoritairement trouvée auprès des professionnels de santé et dans des brochures.

Les professionnels de santé ont donc un rôle non négligeable dans la diffusion des connaissances sur le tabagisme gravidique auprès des femmes enceintes. Toutefois, ceux-ci ne doivent pas ignorer l'importance de l'impact des brochures puisque quasiment une femme sur deux complète l'information reçue en s'aidant des brochures. Il pourrait être envisageable de mettre à disposition des brochures dans les établissements de santé fréquentés par les femmes enceintes, dans les cabinets des professionnels de santé ou même que ceux-ci remettent directement des brochures aux futures mères. Ainsi, ces brochures remises directement par le praticien seraient un complément d'information. Il faut noter que les brochures perdurent dans le temps et que les paroles des soignants sont fixées à un instant donné. La parole des soignants et les brochures ont une complémentarité.

2. COMMENT AMELIORER

Il pourrait être envisagé qu'au cours des consultations prénatales le statut tabagique de la femme enceinte soit renseigné.

- Soit la femme enceinte est fumeuse et arrête sa consommation

Dans ce cas le professionnel qui suit la grossesse l'encourage dans cette démarche en lui rappelant les effets bénéfiques de ses efforts. Si la femme, lors d'une consultation, exprime de réelles difficultés ou une reprise de sa consommation, il peut l'orienter vers un professionnel en tabacologie.

- Soit la femme enceinte est fumeuse et désire modifier sa consommation tabagique

Le professionnel, après lui avoir délivré les informations sur le tabagisme l'oriente vers un tabacologue. Lors des consultations ultérieures, il se renseigne pour connaître ses nouvelles habitudes tabagiques et l'encourage dans sa démarche de changement.

- Soit la femme enceinte est fumeuse et ne désire pas modifier ses habitudes tabagiques

Dans une telle situation, le professionnel à la première consultation lui délivre une information globale sur le tabagisme durant la grossesse. Lors des consultations ultérieures, il la questionne sur son désir de changement par rapport au tabac et lui donne de nouvelles informations. Il tente de susciter chez la patiente une envie de modifier ses habitudes. Il encourage vivement la patiente à consulter un tabacologue.

Le suivi obstétrical et tabacologique ne doivent pas être distinct l'un de l'autre. Les professionnels qui suivent les grossesses et les tabacologues doivent travailler en complémentarité pour une prise en charge obstétricale globale optimale. Il pourrait être envisagé dans ce but la présence d'un tabacologue sur place dans chaque maternité.

De plus, tous les professionnels qui suivent des grossesses devraient pouvoir bénéficier dans leur cabinet d'un CO testeur. Ce matériel est nécessaire pour encourager les femmes enceintes à diminuer ou à arrêter le tabac durant la grossesse. C'est un outil permettant d'instaurer le dialogue.

En médecine, les connaissances et les pratiques sont fréquemment modifiées par des données nouvelles. Afin de former les professionnels à ces nouvelles données des formations, congrès et conférences sont mis en place. Cela permet aux soignants de renouveler leurs connaissances sur le thème et ainsi d'apporter des informations aux patients les plus justes possibles par rapport aux données actuelles de la science.

Un projet est en cours pour intégrer dans le cursus universitaire de médecine un module sur les addictions. Toutefois les formations durant la vie professionnelles restent indispensables.

Quand certains professionnels d'une maternité assistent à des conférences ou à des congrès sur le tabagisme durant la grossesse, ceux-ci pourraient faire un compte rendu à leurs collègues qui n'ont pas pu s'y rendre. Il pourrait être sous forme oral lors d'une conférence organisée par l'établissement de santé, ou sous forme écrite par lettre, « mini journal » ou mail par exemple, remis à tous les services de l'établissement. Ces procédés permettraient d'informer l'ensemble des soignants de l'établissement.

Ce travail a pu mettre en évidence que plus d'une femme enceinte fumeuse sur deux étaient informées au décours de son suivi obstétrical des effets néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal. Ce chiffre est encourageant mais environ un quart seulement d'entre elles ont eu une information globale sur ce thème. Comment faire pour informer globalement l'ensemble des femmes enceintes sur ce sujet ?

Environ 81 % des accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse questionnées jugent que l'information qu'elles reçoivent sur ce thème a plus d'impact avant la conception ou au premier trimestre de grossesse. Comment procéder pour que les futures mères soient sensibilisées sur ce sujet le plus précocement possible ?

Quasiment une femme sur deux s'aide des brochures mises à leur disposition pour se renseigner sur le sujet. Nous voyons donc la place non négligeable des brochures dans la diffusion des informations en santé. Pourrions- nous envisager de remettre une brochure à chaque femme enceinte ?

Dans le but de répondre à ces trois questions, on pourrait proposer de réaliser une brochure contenant l'ensemble des informations sur le tabagisme gravidique. Celle-ci devrait être remise aux femmes enceintes, dès la déclaration de grossesse (voir annexe 8).

Cette brochure serait constituée de trois volets :

- le premier volet informerait les femmes enceintes sur les risques néfastes du tabac sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal
- le second volet pourrait porter sur les bénéfices de l'arrêt du tabac durant la grossesse
- le dernier volet contiendrait les informations nécessaires pour informer les futures mères sur les moyens d'aide au sevrage tabagique auxquels elles peuvent avoir recours.

Bien entendu cette brochure aurait un but médical mais la terminologie utilisée devrait rester accessible à tous.

En Moselle, les Protections Maternelles et Infantiles (PMI) envoient à chaque femme enceinte une enveloppe contenant différents documents, dès que ces établissements reçoivent les déclarations de grossesse. Cette enveloppe est destinée à apporter aux femmes enceintes diverses informations se rapportant à la grossesse. On trouve dans ce courrier :

- une brochure intitulée « Vous attendez un bébé » informant les futures mères de l'existence de la PMI mise à leur disposition
- une seconde brochure appelée « Bien vivre sa grossesse » renseignant les femmes enceintes du suivi de la grossesse
- une autre brochure dont le titre est « Pour vous aider à construire l'avenir de vos enfants » qui explique les différents services que la PMI offre aux familles
- une quatrième brochure nommée « Un papa pour quoi ? » dont le but est donner des points de repères au futur père
- une dernière brochure mentionnée « Bien manger en attendant bébé » qui donne des informations sur la nutrition durant la grossesse
- une feuille pour sensibiliser les futures mères à la santé bucco-dentaire
- une deuxième feuille informant sur la prévention de la listériose et de la toxoplasmose
- et une dernière feuille renseignant les femmes qu'elles peuvent avoir recours à une aide personnalisée pour un sevrage tabagique.

On constate qu'il n'y a pas de réelle brochure portant sur le tabagisme durant la grossesse. La brochure précédemment décrite pourrait compléter ces informations ; elle ne doit pas prendre la place des professionnels mais pourrait être pensée comme un support permettant d'aborder avec la patiente son tabagisme.

L'enquête nous a permis de montrer que les femmes sont le plus souvent informées sur les risques du tabac pendant la grossesse mais que les informations sur les bénéfices et sur les moyens d'aide au sevrage tabagique restent moins diffusées. D'une manière générale, les données sont encourageantes mais nous, professionnels de santé, devrions réfléchir à comment redoubler d'efforts pour informer davantage.

Conclusion

Grâce à l'enquête, nous avons pu constater que plus de la moitié des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de la grossesse est informée des effets néfastes du tabac sur le bon déroulement de la grossesse et sur le bien-être fœtal. Environ un quart de la population étudiée était informée à la fois des risques néfastes du tabac, des bénéfices de l'arrêt de celui-ci lors d'une grossesse mais aussi sur les moyens d'aide au sevrage tabagique auxquels les femmes enceintes peuvent avoir recours. Ces chiffres nous font prendre conscience à nous, professionnels de santé, que nous devrions davantage sensibiliser les femmes enceintes sur ce thème et donner une information à chacune de nos patientes.

Cependant les futures mères recherchent par elles mêmes des informations à ce sujet par de multiples procédés (brochures, Internet, dans leur entourage...). Les professionnels de santé pourraient s'aider de ces procédés pour sensibiliser ces femmes enceintes fumeuses.

Le moment opportun pour sensibiliser les futures mères sur ce thème est assez difficile à définir. Une grande part de la population étudiée se juge le plus apte à recevoir une information avant la conception ou en début de grossesse. Mais une part non négligeable juge que pour elle le moment opportun est après le premier trimestre. De ce fait, il est souhaitable d'informer tout au long de la grossesse.

Informé est nécessaire puisque l'enquête a révélé que les patientes qui ont eu une information ont des connaissances plus exactes sur le thème que celles qui n'ont pas eu l'occasion d'être informée. De plus informer c'est permettre la décision de changement.

Pour conclure, nous devrions améliorer l'information des futures mères sur le thème du tabagisme durant la grossesse et envisager d'autres supports pour diffuser le message que nous voulons donner.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GARNIER DELAMARE. Dictionnaire illustré des termes de médecine. 28^e édition. Paris : Maloine, 2004, 1046p.
- [2] DELCROIX Michel. La grossesse et le tabac. troisième édition mise à jour. Paris : puf, 2004, 127p. ISBN 2 13 054327 8
- [3] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le tabagisme passif [brochure d'information].
- [4] Mutuelle Nationale des Hospitaliers. Tabagisme des conseils pour arrêter de fumer [brochure d'information].
- [5] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le tabac et la loi [brochure d'information].
- [6] Norman Mailer. La-cigarette.com [en ligne]. Composition d'une cigarette. Disponible sur : <<http://www.la-cigarette.com/composition.html>> (consulté le 09.10.2009).
- [7] Wikipédia l'encyclopédie libre. Addiction [en ligne]. Disponible sur : <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Addiction>> (consulté le 23.11.2009).
- [8] ALVAREZ Silvia. Le tabac, la femme, l'homme et la fécondité [brochure d'information]. PUTEAUX : Organon, 2008.

[9] Association périnatalité prévention recherche information, Alliance contre le tabac, Ligue nationale contre le cancer, et al. Conférence de consensus Grossesse et tabac, 7 et 8 octobre 2004, LILLE.

[10] M.DELCROIX, C.GOMEZ, P.MARQUIS et al. Tabac, fertilité et grossesse. Gynéco-obstétrique, 2007,5-048-M-30.

Le groupe tabac du CNMR et Mme le Dr LALANDE. Arrêter de fumer ? Les substituts à la nicotine peuvent maintenant vous y aider [brochure d'information].

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Grossesse et tabac [brochure d'information]. Réf.220-07 171-DE.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La composition de la fumée de tabac [brochure d'information]. Réf.220-07 174-DE.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La dépendance au tabac [brochure d'information]. Réf.220-07 169-DE.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt [brochure d'information]. Réf.220-07 168-DE.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les solutions pour arrêter de fumer [brochure d'information]. Réf.220-07 170-DE.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. J'arrête de fumer. Des méthodes pour y parvenir [brochure d'information]. Réf.220-06 072-B.

Mutuelle Nationale des Hospitaliers. Tabagisme et grossesse [brochure d'information].PARIS, 2007.

Mutuelle Nationale des Hospitaliers. Tabagisme et grossesse. Guide pratique pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer, destiné aux professionnels de santé [brochure d'information].

M.DELCROIX. Grossesse et tabac, un problème de santé publique de premier plan. Actualités INPES, janvier 2009 n° 95.

M.DELCROIX. Grossesse et tabac : un problème de premier plan. Gestions hospitalières, juin/juil 09 n° 487 337-341.

ANNEXE 1

Mesure 10 du Plan Cancer de mars 2003

La mesure 10 du Plan Cancer de mars 2003 est :

« lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage »).

ANNEXE 2

Charte maternité sans tabac

1/ Sensibiliser tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme maternel et familial pour améliorer la qualité des soins.

2/ Informer systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.

3/ Populariser la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.

4/ Evaluer l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :

- Mesure du CO expiré au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.
- Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement).

5/ Définir un plan stratégique d'actions applicables par toute maternité :

- redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique tabac ;
- organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.

6/ Prendre en charge médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou non une pathologie obstétricale (mesure du CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).

7/ Etablir un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets.

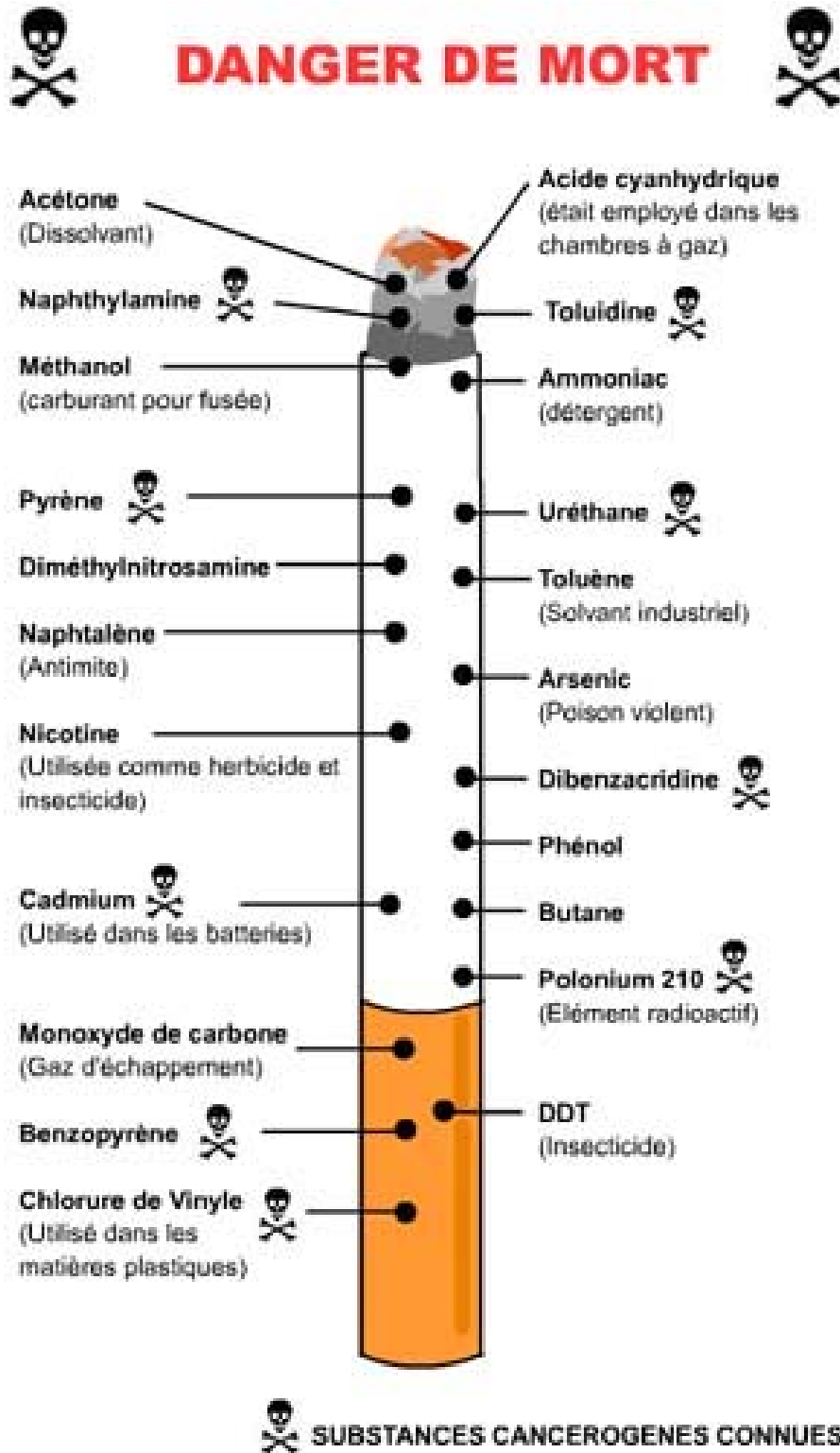
8/ Promouvoir l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif.

9/ Former les personnels volontaires à la prévention et la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.

10/ Encourager l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac ».

ANNEXE 3

Composition d'une cigarette



ANNEXE 4

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

- 1/ Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?
- | | |
|------------------------------|---|
| Dans les 5 premières minutes | 3 |
| Entre 6 et 30 minutes | 2 |
| Entre 31 et 60 minutes | 1 |
| Après 60 minutes | 0 |
- 2/ Trouvez-vous difficile de s'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?
- | | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |
- 3/ À quelle cigarette de la journée vous sera-t-il plus difficile de renoncer ?
- | | |
|------------------------|---|
| La première le matin | 1 |
| N'importe quelle autre | 0 |
- 4/ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
- | | |
|-------------|---|
| 10 ou moins | 0 |
| 11 à 20 | 1 |
| 21 à 30 | 2 |
| 31 ou plus | 3 |
- 5/ Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?
- | | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |
- 6/ Fumez-vous lorsque vous êtes malade, que vous devez rester au lit presque toute la journée
- | | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |

Faire le total des points

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

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

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

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

ANNEXE 5

Test de Horn, évaluation des habitudes tabagiques

Entourer le chiffre correspondant :

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

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

Stimulation	a + g + m =
Plaisir du geste	b + h + n =
Relaxation	c + i + o =
Anxiété – soutien	d + j + p =
Besoin absolu	e + k + q =
Habitude acquise	f + l + r =

ANNEXE 6

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

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

A Je me sens tendu ou énervé :

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

D Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

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

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

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

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

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

A Je me fais du souci :

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

D Je suis de bonne humeur :

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

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

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

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

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

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

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

D Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

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

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

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

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

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

A J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- 3** Vraiment très souvent
- 2** Assez souvent
- 1** Pas très souvent
- 0** Jamais

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

- 0** Souvent
- 1** Parfois
- 2** Rarement
- 3** Très rarement

ANNEXE 7

Questionnaires destinés aux accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse.

Cochez la ou les réponses qui vous conviennent.

1/ A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

- moins de 20 ans
- entre 20 ans et 29 ans
- entre 30 ans et 39 ans
- 40 ans et plus

2/ Quelle est votre situation familiale ?

- célibataire
- en couple
- mariée
- pacsée
- divorcée
- veuve

3/ Quel est votre niveau d'études ?

- non scolarisée
- primaire
- collège, CAP, BEP
- lycée
- enseignement supérieur

4/ Quelle profession exercez-vous ?.....

5/ Combien de grossesses avez-vous eu (en comptant cette grossesse)?

1

2 ou plus

6/ Combien d'enfants avez-vous ?

1

2 ou plus

7/ Dans vos antécédents, avez-vous déjà eu :

- recours à l'Aide Médicale à la Procréation
- une grossesse extra-utérine
- une fausse couche
- une menace d'accouchement prématuré
- un accouchement prématuré
- un retard de croissance intra-utérin

- un décollement du placenta
- une mort fœtale in-utéro
- une rupture prématurée des membranes

8/ Votre conjoint est-il fumeur ?

oui non

Si oui, fume-t-il en votre présence ?

oui non

S'il fume, a-t-il modifié sa consommation tabagique durant votre grossesse ?

- non
- diminution
- augmentation
- arrêt

9/ Selon vous, les effets du tabagisme passif par rapport à ceux du tabagisme actif sont :

- pas nocifs
- moins nocifs
- autant nocifs
- plus nocifs

10/ Combien de cigarettes par jour fumiez-vous avant votre grossesse ?

- 1 à 5 cigarettes par jour
- 6 à 10 cigarettes par jour
- 11 à 15 cigarettes par jour
- plus de 15 cigarettes par jour

11/ Avez-vous modifié votre consommation tabagique pendant votre grossesse ?

oui non

Si oui, avez-vous :

- arrêté
- diminué
- augmenté

Si vous avez modifié votre consommation tabagique est-ce due :

- aux informations sur le tabac que vous avez reçu
- à votre état de grossesse
- autre (précisez)

Si vous avez arrêté ou diminué votre consommation tabagique, avez-vous bénéficié d'une aide par un professionnel de santé ?

oui non

12/ Au cours de votre grossesse, avez-vous été informé des risques néfastes du tabagisme sur le déroulement de la grossesse et du bien être fœtal ?

oui non

Si oui, à quel moment de votre grossesse?.....

D'après vous, quels sont les risques du tabac sur le déroulement de la grossesse et le bien être fœtal :

- grossesse extra-utérine
- fausse couche
- retard de croissance intra-utérin
- décollement du placenta
- rupture prématurée des membranes
- prématurité
- malformations fœtales
- troubles du rythme cardiaque
- mort fœtale in-utéro
- autres (précisez)

13/ Durant votre grossesse, avez-vous été informé des bénéfices liés à l'arrêt du tabac ?

oui non

Si oui, à quel moment de votre grossesse ?.....

D'après vous, quels sont les bénéfices de l'arrêt du tabac ?

- 24 heures après la dernière cigarette il y a une diminution du risque de saignement et de décollement placentaire
- 48 heures après la dernière cigarette il y a une normalisation de la croissance fœtale
- 72 heures après la dernière cigarette il y a une normalisation du risque de prématurité
- 72 heures après la dernière cigarette il y a une normalisation du risque de rupture prématurée des membranes

14/ Avez-vous été informé des moyens d'aide au sevrage tabagique autorisés pendant une grossesse ?

oui non

Si oui, à quel moment de votre grossesse ?.....

D'après vous, quels sont les moyens d'aide au sevrage tabagique auxquels une femme enceinte peut avoir recours ?

- aucun
- accompagnement par un tabacologue
- substituts nicotiques
- autres (précisez)

15/ Selon vous, quel est le moment le plus opportun pour vous sensibiliser sur le thème tabac et grossesse ?

- avant la conception
- au premier trimestre de grossesse

- au deuxième trimestre de grossesse
- au troisième trimestre de grossesse
- après l'accouchement
- autre (précisez)

16/ Où avez-vous trouvé les informations sur le tabagisme durant la grossesse ?

- en consultation chez un professionnel de santé (sage-femme, gynécologue, médecin généraliste...)
- dans des brochures
- sur Internet
- autres (précisez)

ANNEXE 8

Brochure d'information

CONSEIL EN CAS DE TABAGISME PERSISTANT

Essayer de réduire le nombre de cigarette par jour.
Préférer les cigarettes manufacturées aux cigarettes roulées.

Ne pas fumer avant un examen médical (échographie, enregistrement du rythme cardiaque fœtal).

Eviter la sur-exposition tabagique.

Fumer de préférence à l'extérieur de l'habitat pour ne pas exposer le nourrisson à la fumée de cigarette.

Ne pas fumer dans la voiture.

LIENS UTILES

Professionnels de la santé (sage-femmes, gynécologues, médecins traitants,...)

Tabacologues

Toutes les brochures sur le sujet

Adresses Internet :

www.tabac-info.net

www.sante.gouv.fr

www.drogues.gouv.fr

www.tabac-net.aphp.fr

www.inpes.sante.fr

www.tabac.gouv.fr

Le tabac ce n'est pas
un tabou :

Parlons-en ensemble lors
d'une grossesse.

Risques
Bénéfices de l'arrêt
Aide au sevrage

Brochure d'information réalisée par
COINCE Cécile

AIDE AU SEVRAGE

Information délivrée par les professionnels de santé.

Accompagnement par un tabacologue.

Traitement substitutif nicotinique : gommes, tablettes, comprimés à sucer, inhalateurs et patchs.

Depuis le 1^{er} février 2007 l'Assurance maladie rembourse 50 euros par personne et par an pour les traitements d'aide à l'arrêt du tabac.

Une prise en charge supplémentaire peut être accordée pour les plus démunis, notamment par certaines associations.

BENEFICES DE L'ARRÊT

8 heures après la dernière cigarette il y a une normalisation des échanges gazeux et du transport de l'oxygène.

Après 24 heures d'arrêt il y a une diminution des risques d'accidents vasculaires et de ce fait une diminution du risque de décollement placentaire.

Une normalisation de la croissance fœtale se fait à partir de 48 heures de sevrage.

Au bout de 72 heures d'arrêt se produit une diminution du risque d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes.

Le risque de retard de croissance intra-utérin entre une non-fumeuse et une femme ayant cessé sa consommation tabagique au troisième trimestre est identique.

L'arrêt du tabac au cours de la grossesse ou après l'accouchement permettrait de diminuer le taux actuel de mort subite du nourrisson de 10 à 30 %. L'arrêt de l'intoxication tabagique durant le premier trimestre de grossesse permet de retrouver un risque de mort subite du nourrisson identique à celui des non-fumeuses.

RISQUES NEFASTES DU TABAC

Troubles de la fertilité féminine et masculine.

Augmentation du risque de grossesse extra-utérine.

Augmentation du risque de fausse couche spontanée.

Augmentation du risque de décollement placentaire.

Risque de placenta bas inséré multiplié par 2 à 3.

Multiplification par 2 du risque d'accouchement prématuré.

Augmentation par 2 du risque de rupture prématurée des membranes.

Risque de retard de croissance intra-utérin 2 à 3 fois plus élevé : poids, taille et périmètre crânien du nouveau-né sont inférieurs à la normale.

Augmentation de la survenue de mort fœtale in-utéro.

Le tabagisme maternel multiplie par 2 le risque de mort subite du nourrisson : il est responsable de 30 % de ces décès.

RESUME

Le tabac pendant la grossesse est un problème de santé publique majeur qui touche une partie non négligeable des futures mères. Le suivi prénatal ne peut pas être purement obstétrical et doit se soucier de ce problème majeur. Ce sujet est donc étroitement lié à la profession de sage-femme.

Ce travail a nécessité la réalisation d'une enquête au sein du CHR METZ-THIONVILLE. Cette enquête était constituée d'un questionnaire remis aux accouchées fumeuses à l'annonce de la grossesse dans les services de suites de couches de l'Hôpital Maternité de Metz et de l'Hôpital Bel Air.

Ce travail a montré que les femmes enceintes sont informées en général sur les effets néfastes du tabac durant la grossesse. Peu d'entre elles ont une information complémentaire sur les bénéfices de l'arrêt de celui-ci et sur les moyens d'aide au sevrage tabagique. Une partie de ces femmes complètent l'information donnée par un professionnel de santé avec une recherche personnelle à l'aide de brochure ou sur Internet par exemple.

La sage-femme, comme tout professionnel de santé, a un rôle à jouer dans la diffusion de l'information sur le tabagisme tout au long de la grossesse.

