



HAL
open science

La prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine : évaluation des pratiques professionnelles

Alexy Raviart

► To cite this version:

Alexy Raviart. La prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine : évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03867092

HAL Id: hal-03867092

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03867092v1>

Submitted on 23 Nov 2022

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

de

NANCY

*La prise en charge du tabagisme passif
chez la femme enceinte*

par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine.

Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Alexy RAVIART

Directeur de mémoire : Mme le Dr. Nathalie WIRTH

Médecin tabacologue / addictologue, Responsable de l'Unité de Coordination de
Tabacologie du CHRU de Nancy. Praticien attaché à la Maternité régionale universitaire
du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy.

Année de la soutenance 2018

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

La prise en charge du tabagisme passif

chez la femme enceinte

par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine.

Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Alexy RAVIART

Directeur de mémoire : Mme le Dr. Nathalie WIRTH

Médecin tabacologue / addictologue, Responsable de l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHRU de Nancy. Praticien attaché à la Maternité régionale universitaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy.

Année de la soutenance 2018

REMERCIEMENTS

J'adresse tous mes remerciements à :

Nathalie WIRTH pour avoir accepté la direction de ce mémoire ainsi que pour sa disponibilité, sa pédagogie et ses précieux conseils.

Les conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes du 54, du 55, du 57 et du 88 pour avoir diffusé le questionnaire de mémoire aux sages-femmes des départements.

L'ensemble des sages-femmes ayant participé à l'étude.

Ma famille, ma compagne, Sylvie et mes proches pour leur relecture et leur soutien.

GLOSSAIRE

TNS : Traitement nicotinique substitutif

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

D.U : Diplôme universitaire

D.I.U : Diplôme interuniversitaire

C.O : Monoxyde de carbone

RCIU : Retard de croissance intra-utérin

PPAG : Petit poids pour l'âge gestationnel

MIN : Mort inexpliquée du nourrisson

HTA : Hypertension artérielle

MAP : Menace d'accouchement prématurée

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

IC : Intervalle de confiance

OR : Odd ratio

RR : Risque relatif

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	9
1. GENERALITES (INPES).....	9
2. TABAGISME PASSIF ET COMPLICATIONS GRAVIDIQUES.....	14
3. RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE TABAGISME PASSIF MATERNEL.....	17
4. PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PASSIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE	19
MATERIEL ET METHODE.....	25
1. TYPE D'ETUDE.....	25
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	26
RESULTATS	27
1. ANALYSE DES RESULTATS.....	27
2. PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES PAR LES SAGES-FEMMES.....	32
3. PRESCRIPTIONS DE TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE	34
4. DIFFICULTES RENCONTREES POUR ABORDER LE SUJET DE « L'ALCOOL » AVEC LES FEMMES ENCEINTES.....	38
5. THEMES CONSIDERES ETHIQUES A ABORDER EN CONSULTATION PRENATALE REALISEE PAR LES SAGES-FEMMES	38
DISCUSSION	39
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
TABLE DES MATIERES	59
ANNEXES.....	61

Le tabagisme est un problème de santé publique dont la prévention des risques s'est renforcée ces dernières années et est toujours au cœur de l'actualité.

Ce sujet me touche d'autant plus que j'y suis exposé depuis l'enfance.

Durant mes études, j'ai pu relever que les sages-femmes abordaient la question du tabagisme actif de manière systématique et savaient orienter les patientes vers une prise en charge tabacologique si nécessaire. Cependant elles n'abordaient que très rarement la question du tabagisme passif. De plus, j'ai pu observer que les sages-femmes prescrivaient très peu de TNS alors que cela fasse partie de leur domaine de compétences. C'est alors que j'ai voulu identifier les causes de ce manque en réalisant mon mémoire de fin d'études sur l'évaluation des pratiques professionnelles notamment sur la prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte.

Pour ce faire, j'ai mené une étude qualitative dont le principal objectif est l'évaluation du taux de prescription de substituts nicotiques fait par les sages-femmes de consultation en Lorraine à l'entourage de la femme enceinte ainsi que l'évaluation de l'attention portée au tabagisme passif maternel. En cas d'absence de prise en charge, quelles en sont les causes ?

INTRODUCTION

1. GENERALITES (INPES)

Régulièrement, les revues de la littérature nous apportent de nouvelles preuves des effets néfastes du tabagisme passif sur la santé. La législation actuelle sur l'interdiction de fumer dans les transports publics, l'environnement de travail, les lieux publics, participe à protéger la population de ces effets délétères sur la santé. (Art. R. 3511-1 du code de la santé publique).

« Des lieux publics sans tabac constituent un élément clé d'une stratégie nationale efficace de lutte antitabac et un principe fondamental de la convention de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac. En veillant à ce que la santé [...] du public soit garantie dans un milieu sans tabac à 100%, on contribuera à réduire la morbidité et la mortalité liées au tabac. »

Déclaration du Dr Catherine Le Galès-Camus
Sous-Directeur général de l'OMS, 16 nov. 2006.

1.1. Le tabagisme actif en France

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France et est responsable de plus de 78 000 décès par an ^[1], soit 59 000 hommes et 19 000 femmes ^[2]. Il est également la première cause de cancer. A l'échelle mondiale, le tabagisme passif est à l'origine de 600 000 décès ^[3] prématurés chaque année, un chiffre proche du nombre de décès de femmes durant l'accouchement. Ce problème majeur de santé publique sollicite bon nombre de professionnels de santé. Il est à noter qu'à l'heure d'aujourd'hui, les non-fumeurs représentent plus de 70% de la population, en France. Un fumeur actif sur deux meurt du tabac et 1 100 personnes décèdent chaque année en France, victime du tabagisme passif ^[4].

La population de fumeurs en France est majoritairement représentée par la gende masculine (33,3% des hommes sont tabagiques en 2005) contre 26,5% des femmes ^[5]. La consommation de tabac occasionnelle est cependant relativement paritaire entre les hommes et les femmes dans une population plus jeune.

Nous comptons 11,7% d'abstinents à 17ans ^[5]. En 2017, 6 adolescents sur 10 disent avoir déjà essayé un produit du tabac ^[5].

1.2. Le tabagisme passif

1.2.1. Définition

Le tabagisme passif qui concerne les personnes non-fumeuses vivant dans l'entourage d'un ou de plusieurs fumeurs et concerne également le tabagisme fœtal si la mère est fumeuse. Il correspond au fait d'inhaler de façon involontaire la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs. La fumée qui est respirée directement par le fumeur, correspondant au courant principal, a une composition très différente de celle qui s'échappe latéralement de la cigarette, correspondant au courant secondaire ou de celle qui sera rejetée par le fumeur, correspondant au courant tertiaire ^[6].

Les lignes directrices de l'article 8 de la convention-cadre de l'organisation mondiale de la santé concernant la lutte anti-tabac dit qu'« il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée du tabac serait sans danger ». D'après L'OMS, en 2009 40% des enfants dans le monde sont régulièrement exposés au tabagisme passif au domicile^[7]. 31% des décès attribuables au tabagisme passif concernent les enfants^[7].

1.2.2. Le courant secondaire, « tabagisme passif »

Le courant secondaire de cigarette correspond au courant le plus toxique. Ce courant est davantage nocif que la température de combustion est moins élevée. Il est plus riche en nicotine, en goudron, en monoxyde de Carbone (CO), en particules fines plus pénétrantes au niveau des poumons. Cette fumée secondaire est trois à quatre fois plus toxique par gramme de matière particulaire que la fumée principale et elle sera inhalée directement par le fumeur passif à hauteur de 85%. ^[8]

La fumée secondaire de tabac contient deux fois plus de nicotine, deux fois plus de monoxyde de carbone, 51 fois plus de formaldéhyde et 44 fois plus d'ammoniac que le courant primaire, inhalé par le fumeur ^[9]. Une personne se trouvant à 50 centimètres d'une cigarette allumée peut inhaler dix fois plus de composés carbonylés que le fumeur

n'en inspire directement ^[10]. A noter qu'il n'existe pas de seuil en dessous duquel l'exposition à la fumée secondaire est sans danger. En raison d'une différence importante de température de combustion, la fumée du courant secondaire est deux à six fois plus cancérigène ^[11], à poids identique, que celle du courant principal.

Selon l'Académie de Médecine ^[12], la fumée de tabac constitue « *la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique, en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure* ». A ce jour, plus de 4 000 substances chimiques toxiques ont été isolées de la fumée du tabac. Plus de 250 d'entre elles sont dangereuses pour la santé et plus de 50 de ces substances ont été prouvées comme étant cancérigènes.

Cf. Annexe I

Les différentes substances toxiques qui sont contenues dans le courant secondaire de la cigarette sont absorbées par l'environnement : murs, meubles, vêtements... et forment de nouvelles substances polluantes. Ces différentes substances toxiques, en provenance de la fumée de tabac se trouvent plusieurs mois dans une pièce ou dans l'environnement ^[13], ceci correspondant au tabagisme « ultra passif » ^[14] ^[15]. La fumée de tabac secondaire peut se répandre d'une pièce à l'autre d'un même bâtiment, même si les portes de l'environnement fumeur sont fermées.

Le tabagisme passif du fœtus in utero est à prendre en compte. En effet, les substances irritantes, cancérigènes, les composés toxiques, les gaz asphyxiants... ont une action sur le fœtus et passent chez le fœtus lors des échanges de sang qui se font à travers la barrière placentaire.

1.2.3. Le tabagisme ultra-passif

D'après l'étude Janet et al, des constituants analytiques de la fumée de tabac ont été retrouvés sur le mobilier des domiciles de fumeurs actifs pour 33 des 37 analyses [700±788 pg/100cm²] et pour 3 analyses sur 19 dans le domicile des non-fumeurs [235±176 pg/100cm²].

La différence dans l'occurrence et les taux des différents constituants retrouvés dans les foyers des fumeurs et des non-fumeurs est significative ($p < 0,0001$)^[16].

Une étude expérimentale récente - 2017 - révèle que le tabagisme ultra passif est génotoxique à des doses expérimentales chez la souris et qu'il existe une fenêtre de susceptibilité pour certaines formes de lésions cellulaires induites par le tabagisme ultra passif pour les exposés^[17]. Les composantes du tabagisme de troisième main peuvent exercer une toxicité par 3 voies principales, à savoir l'inhalation, qui concerne les particules fines remises en suspension dans l'air ambiant, le contact dermique et l'absorption transdermique et enfin l'ingestion. Un contact prolongé avec un lieu d'exposition favorise la contamination de l'Homme.

Des analyses de cotinine et de nitrosamines urinaires, constituants de la fumée de tabac, réalisées sur les enfants habitant dans des logements ayant été occupés par des fumeurs se sont révélées positives, démontrant que ces composés de la fumée de tabac avaient pu pénétrer leur système circulatoire. ^{[18] [19]}

L'exposition à la fumée de tabac issue de l'air ambiant augmente considérablement la concentration amniotique de polychlorobiphényle (substances chimiques toxiques, écotoxiques et reprotoxiques pouvant dissoudre ou ramollir certains caoutchoucs et matières plastiques) ^[20]. Un dérivé transplacentaire cancérigène, la 4-méthylnitrosamino-1-3-pyridyl-1-butanone est retrouvé chez les nouveaux-nés de mères fumeuses. ^[21]

Selon Klein J et al, les taux de cotinine chez les nouveaux-nés non-exposés au tabagisme passif in utéro était de 0,26 ng/mg, 0,62 ng/mg chez les fumeurs passifs et de 2,81 ng/mg chez les fumeurs actifs^[22]. La cotinine s'accumule chez le fœtus dès la septième semaine de gestation. Au cours de la première moitié de la grossesse, le taux de cotinine dans le liquide amniotique des fumeurs passifs atteignait 44% du taux des fumeurs actifs. A terme, le taux de cotinine retrouvé dans le liquide amniotique était 2,5 fois plus élevé chez les fumeurs passifs que chez les non-exposés. ^[23]

Les analyses du méconium ont indiqué que la concentration de métabolites de la nicotine chez les nourrissons de fumeurs passifs (31,6 ng/mL) ne différait pas significativement de celle des fumeurs actifs légers (34,7 ng/mL)^[24].

Ces dernières observations suggèrent que l'exposition fœtale peut être importante en fonction de l'exposition de la mère à la fumée de tabac issue de l'air ambiante.

1.3. Epidémiologie

Selon L'INPES, baromètre santé 2010 ^[25], les non-fumeurs vivant en couple mais sans enfants de moins de 4ans sont les plus nombreux à déclarer être exposés au tabagisme à leur domicile (36,7% contre 12,0% de ceux qui vivent seuls). L'exposition des non-fumeurs au tabagisme passif à leur domicile est restée stable : 31,9% en 2010 versus 29,2% en 2005. Parmi les fumeurs de 15 à 30 ans, la consommation de tabac à leur domicile a diminué entre 2005, 61,3%, et 2010, 54,7% (p<0,05).

1.3.1. Epidémiologie : le tabagisme actif chez les femmes enceintes

En 2016, 16,5% des femmes déclaraient fumer au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse ^[26]. Si les femmes enceintes fumeuses réduisent globalement leur consommation de tabac pendant la grossesse, un tiers d'entre elles déclarent parvenir à arrêter complètement.

Les données de la dernière enquête nationale périnatale - 2016 - montrent que les professionnels de santé portent une certaine attention au tabagisme pendant la grossesse, près de 80% des femmes rapportent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac. Cependant, seulement 46,3% des femmes ayant fumé à un moment quelconque de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac. ^[27]

1.3.2. Epidémiologie : le tabagisme passif chez les femmes enceintes

Le taux de tabagisme passif chez les femmes enceintes est peu documenté dans la littérature. Les taux exacts sont à ce jour inconnus.

D'après Grangé et al ^[28], 2005, sur un échantillon de 670 patientes gestantes non fumeuses, 323 (52,9%) femmes déclarent une exposition au tabagisme passif du fait de leur activité professionnelle, de leur partenaire ou de leur entourage au sens large. Il est à noter que 89 parturientes (13,3%) dont le conjoint est fumeur, déclarent ne pas avoir été exposées au tabagisme passif durant leur grossesse.

Selon J. Aurrekoetxea et al ^[29], étude regroupant 1800 femmes enceintes, 55% des femmes enceintes, non fumeuses, sont exposées au tabagisme passif. Le conjoint est la source principale d'exposition au tabac. Parmi les femmes touchées, 25% des expositions à la fumée de tabac se trouvaient l'être à domicile.

2. TABAGISME PASSIF ET COMPLICATIONS GRAVIDIQUES

2.1. Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Il existe une relation entre l'exposition des mères non fumeuses à la fumée du tabac et le retard de croissance intra-utérin ainsi que le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel. L'effet est faible, mais certain.

Il existe une augmentation du risque de 11% pour les enfants de mères exposées à la fumée de cigarette de façon passive et le retard de croissance intra-utérin. Ce risque est augmenté de 17% pour le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel.

La perte moyenne de poids se situe entre 20 et 100 grammes (intervalle de confiance à 95%), une perte de poids semblable au tabagisme actif équivalent à 1 et 5 cigarettes par jour. Ce risque est essentiellement lié au monoxyde de carbone (CO) contenu dans la fumée de cigarette plutôt qu'à la nicotine. ^[30]

2.2. Mort inattendue du nourrisson

Sur le plan respiratoire, le tabagisme passif est responsable d'anomalies morphologiques pulmonaires chez le fœtus. En effet, il est la cause d'hypoplasie pulmonaire, d'une diminution de la quantité d'élastine, d'une augmentation des dépôts de collagène, d'une altération des résistances des voies aériennes et d'une

hyperréactivité bronchique. La nicotine induit également une perturbation de la commande respiratoire, induisant des anomalies neurobiochimiques et des anomalies de structures des zones. Ces dernières seront impliquées dans le mécanisme respiratoire autonome remplissant ainsi tous les critères favorisant la mort inattendue du nourrisson.

Plus de 50 enquêtes ont été conduites permettant d'étudier le risque de mort inattendue du nourrisson lié au tabagisme passif in utero. Il s'agit d'enquêtes de cohorte ou cas-témoins dans la plupart des cas.

Trente-neuf études passées en revue ont montré un lien très fort entre mort inattendue du nourrisson (MIN) et exposition au tabagisme prénatal et postnatal. Ce risque est certain lorsque le fœtus est exposé de manière passive au tabagisme de sa mère, il existe une présomption en cas de tabagisme passif via l'entourage. Ce risque est indépendant de l'exposition post-natale du nouveau-né. [31] [32] [33]

2.3. Accouchement prématuré

Selon la méta-analyse de Salmasi et al [34], soixante-seize études ont été incluses représentant 48 439 femmes exposées aux fumées de tabac. La durée de gestation est similaire entre les femmes exposées et les non-exposées au tabagisme passif (IC 95%). [35]

2.4. Malformation congénitale

Le risque de malformation congénitale est exclu pour les femmes enceintes tabagiques passives. Seules six études ont porté sur le sujet et ne concernent que le tabagisme paternel dont les modes d'actions éventuels pourraient se faire via le sperme.

Compte tenu du faible nombre d'études, il n'est pas possible de conclure à une relation entre tabagisme passif maternel et l'apparition de malformation congénitale chez le fœtus [36]. D'après le centre de référence des agents tératogènes, des études évoquent qu'une susceptibilité génétique favoriserait l'apparition de malformations chez certains enfants de mères exposées au tabac de manière actif et passif.

2.5. Avortement et mortalité périnatale

Les études sont peu nombreuses et difficiles. D'après Lindbohm et al ^[30], on suggère une relation entre l'exposition au tabagisme passif durant la grossesse et les avortements spontanés. L'avortement spontané et la mortalité périnatale seraient mis en évidence entre vingt semaines de gestation jusqu'à vingt-huit jours après la naissance.

2.6. Asphyxie fœtale in utéro

L'oxyde de carbone issu de la fumée de tabac se fixe plus longtemps sur l'hémoglobine fœtale que sur l'hémoglobine adulte. ^[37]

2.7. Sensibilisation allergique

L'exposition au tabagisme passif pré et post-natal pourrait avoir un effet adjuvant sur la sensibilisation allergique aux allergènes alimentaires. ^[38]

2.8. Cancers pédiatriques

La méta-analyse de Boffetta et al ^[39] (2000) met en évidence une relation entre l'exposition à la fumée de tabac paternelle in utéro et les tumeurs cérébrales (RR 1,22, IC [1,05-1,40] ainsi que les lymphomes pédiatriques (RR 2,08 ; IC [1,08 – 3,98]). Néanmoins, d'autres études sont nécessaires pour pouvoir affirmer un lien de causalité.

2.9. Hyperactivité de l'enfant

Les études portant sur le risque d'hyperactivité de l'enfant ayant été exposé au tabagisme passif in utero ne permettent pas d'établir un lien entre l'exposition et l'hyperactivité de l'enfant. Néanmoins, ce risque reste supposé.

Ainsi, l'exposition des femmes enceintes au tabagisme passif serait associée à l'apparition de troubles de l'hyperactivité chez les enfants en bas âge (âge médian de trois ans).

Selon Lin Q et al ^[40], le risque d'hyperactivité serait plus élevé chez les enfants dont les mères ont été exposées au tabagisme passif durant la grossesse, quel que soit le trimestre de la grossesse en comparaison avec les mères n'y étant pas exposées (OR = 1,51, 95%. CI [1,28-1,77, p<0,001]).

D'après le Surgeon General Report ^[41], il n'existe pas d'effet significatif démontré entre le tabagisme actif chez la mère et l'hyperactivité dans l'enfance. Il est donc très peu probable que ce lien soit significatif en cas de tabagisme passif maternel.

3. RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE TABAGISME PASSIF MATERNEL

A l'heure actuelle, le tabagisme est la première cause identifiée de mort inattendue du nourrisson. L'HAS recommande aux professionnels de conseiller l'interdiction du tabagisme à domicile.

Il n'est pas prouvé que fumer fenêtres ouvertes ou dans une autre pièce modifie le degré d'exposition de l'enfant pendant la période à risque. Il est indispensable de proscrire le partage du lit si les parents ou l'un des parents est tabagique.

Cette mesure est également recommandée pour les parents non-fumeurs. Parallèlement, l'allaitement maternel prolongé - supérieur à quatre mois - est toujours à conseiller, en raison de son rôle protecteur sur le plan immunitaire pour l'enfant.

L'HAS stipule que « la lutte contre le tabagisme passif des femmes enceintes et des enfants doit faire l'objet de campagnes d'informations, en particulier, il faut relancer périodiquement des campagnes d'informations sur le rôle du tabagisme dans la survenue de MIN » et demande d'instaurer une réflexion sur « l'intérêt de signaler les espaces fumeurs [...] dans les lieux recevant du public, et en particulier les restaurants, bars, brasseries, par une mention « espace fumeur déconseillé aux femmes enceintes et aux jeunes enfants » ».

La loi Evin s'est vue modifiée par le décret du 15 novembre 2006 applicable depuis le 1^{er} février 2007 (Décret BERTRAND) qui étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif :

- Tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail.
- Les établissements de santé
- L'ensemble des transports en commun
- Dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées publics et privés ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs, y compris dans les endroits ouverts comme les cours d'école.

Le décret BERTRAND prévoit également l'interdiction des espaces fumeurs à l'exception des sas équipés d'un dispositif d'extraction d'air par ventilation mécanique, permettant un renouvellement d'air minimal de dix fois le volume de l'emplacement par heure. Le local se doit d'être maintenu en dépression continue d'au moins cinq pascals par rapport aux pièces communicantes. Ces espaces doivent être dotés de fermetures automatiques sans possibilité d'ouverture non intentionnelle et ne pas constituer un lieu de passage.

Le décret n°2015-768 du 29 juin 2015 interdit la consommation de tout produit du tabac dans les aires de jeux. L'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux a pour objet de réduire le tabagisme passif dont sont victimes les enfants et de sensibiliser les parents et les adultes en général sur les dangers du tabac et du tabagisme passif en particulier.

L'article L3511-7-2 du code de la santé publique créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 abrogé par l'ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 interdit à tous les occupants d'un véhicule de fumer en présence d'un enfant de moins de dix-huit ans

L'HAS recommande que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière - grade A -. Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation et plus spécifiquement chez la femme enceinte. Il convient de poser la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel - accord d'expert -.

4. PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PASSIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE

4.1. Législation

L'arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes autorise les sages-femmes à prescrire des traitements de substituts nicotiques à la femme enceinte.

Depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 du code de la santé publique, la sage-femme est habilitée à prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte, du nouveau-né ou de ceux qui en assurent la garde, et ce jusqu'au terme de la période post-natale. Période qui s'étend jusqu'à huit semaines après la naissance de l'enfant.

L'assurance maladie rembourse sur prescription les traitements par substituts nicotiques, à hauteur de 150,00€ par année civile et par bénéficiaire à compter du premier novembre 2016.

L'arrêté du 22 mars 2018 modifie la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux. La sécurité sociale prévoit le remboursement intégral des gommes à mâcher sur prescription médicale^{[42][43]}.

Le comité interministériel pour la Santé a annoncé le 26 mars 2018 le passage progressif d'un forfait d'aide au sevrage tabagique de 150€ par an et par assuré à un remboursement classique comme pour tous médicaments remboursables^{[42][43]}.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du prochain « Plan national de réduction du tabagisme » qui sera prochainement annoncé par le Gouvernement^{[42][43]}.

4.2. Prévention par le conseil

La prise en charge du tabagisme doit être adaptée à chaque fumeur en tenant compte de son degré de motivation et de l'intensité de sa dépendance, évaluable par le biais du test de Fagerström.

L'intensité de la dépendance tabagique peut également être évaluée par le biais du DSM-V, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, permettant une évaluation plus précise de la dépendance au tabac. ^[44]

Tous les professionnels de santé doivent pratiquer le conseil d'arrêt du tabac en présence d'un fumeur. Ceci consiste à encourager les tentatives d'arrêt du tabac et à soutenir le patient dans sa démarche.

4.3. Intervention brève

4.3.1. Dépistage

Le dépistage du tabagisme se doit d'être réalisé et répété par tous les professionnels de santé de façon systématique, pour tous les patients, quelque soit le motif de consultation. Cette exposition au tabac doit être inscrite dans le dossier médical du patient, au même titre que les autres facteurs de risques.

La mesure du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré par le biais d'un CO-testeur permet une quantification simple du niveau d'intoxication du fumeur ou de l'exposé à la fumée de tabac. Ce test rapide fournit une bonne indication du niveau d'intoxication des dernières heures. Une valeur <5 ppm est considérée comme normale^[11].

4.3.2. Conseil d'arrêt

Le conseil d'arrêt du tabac consiste à demander lors d'une consultation au patient « fumez-vous ? » puis « désirez-vous arrêter ? ». Il est recommandé à chaque professionnel de santé de recommander de manière claire l'arrêt du tabac à tous les patients fumeurs, d'informer des risques sanitaires liés à la poursuite du tabagisme, des bénéfices de l'arrêt et des prises en charge thérapeutiques validées. Enfin, il convient de l'orienter vers une prise en charge spécifique. ^[11]

Cette approche simple et brève a été évaluée et jugée efficace avec un OR égal à 1,82 (IC [95%] : 1,16-2,86) de tentatives d'arrêt après avoir reçu des conseils d'arrêt et un OR égal à 2,23 (IC [95%] : 1,56-3,2) en cas de pharmacothérapie associée. ^{[11][42]}

4.3.3. Motivation

L'entretien motivationnel repose sur plusieurs principes fondamentaux qui sont de :

- Manifester de l'empathie.
- Ecouter.
- Utiliser des questions ouvertes.
- Reformuler certaines réponses.
- Evaluer la confiance en soi du fumeur et de la renforcer.
- Rechercher les craintes liées à l'arrêt du tabac et de les analyser.
- Susciter et de renforcer le désir de changement.
- Pointer l'ambivalence et les contradictions.

Cette approche est fondée sur des preuves significativement efficaces (RR : 1,26 ; IC [95%] : 1,16 – 1,36).^{[11][45]}

4.3.4. Orientation

Si le professionnel ne prend pas en charge le tabagisme, il convient alors d'orienter le patient vers des services de sevrage tabagique.

En considérant qu'un fumeur réalise plusieurs tentatives avant de réussir à arrêter, il est important de répéter ce conseil d'arrêt du tabac et d'adresser le patient à un service ou professionnel spécialisé.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont recommandées et sont proposées en consultation spécialisée en complément des substituts nicotiques. Elles sont spécifiques au sevrage tabagique^[11].

4.4. Renforcement motivationnel.

La motivation du fumeur est un élément déterminant pour débiter un sevrage et le maintenir. Cette motivation doit être évaluée et renforcée tout au long du suivi.^[11]

4.5. Traitements de substitution nicotinique

Les TNS sont indiqués dans le traitement de la dépendance tabagique afin de soulager les symptômes du sevrage nicotinique chez les sujets désireux d'arrêter leur consommation de tabac. L'arrêt définitif de la consommation de tabac est l'objectif final du traitement. Ces traitements sont réservés à l'adulte et à l'adolescent de plus de 15 ans.

Les substituts nicotiques peuvent être utilisés en l'absence d'arrêt total de la consommation de tabac. La posologie est à adapter en fonction de la dépendance à la nicotine du patient. Plus la dépendance est forte, plus le dosage devra être important. Les dispositifs oraux peuvent être utilisés en complément des dispositifs transdermiques en cas de forte dépendance à la nicotine.

La nicotine passe dans le lait maternel. Sa quantité pourrait avoir une incidence sur l'enfant même aux doses thérapeutiques. Les produits de substitution nicotinique, de même que le tabagisme, doivent donc être évités durant l'allaitement. Si l'arrêt du tabac n'est pas obtenu durant l'allaitement maternel, l'utilisation des formes orales doit être préférée à celle des dispositifs transdermiques. Préférer ceux à absorption buccale comme les gommes ou les comprimés sublinguaux après la tétée et éviter les dispositifs transdermiques délivrant la nicotine de façon continue.

En cas de grossesse, les dispositions transdermiques sont à retirer le soir au coucher.

4.5.1. Les gommes à mâcher

Elles existent en deux dosages : 2mg et 4mg. La dose de nicotine libérée est en moyenne de 50%, soit 1mg pour les gommes de 2mg ou de 2mg pour les gommes de 4mg. La gomme à mâcher doit être mastiquée lentement.

4.5.2. Les systèmes transdermiques

Ils se présentent sous la forme de timbres ou patchs dosés à 25mg, 15mg ou 10mg par 16h ou encore 7mg, 14mg ou 21mg par 24h.

Il convient d'appliquer le dispositif quotidiennement sur peau saine. Le site d'application doit être changé tous les jours.

4.5.3. Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer

Ces formes pharmaceutiques ont une pharmacocinétique proche de celle des gommes. Une pastille peut contenir 1mg, 1,5mg, 2mg, 2,5mg ou 4mg de nicotine. Une pastille sublinguale délivre près de 100% de la nicotine qu'elle contient.

4.5.4. L'inhaleur

Une cartouche contient 10 mg de nicotine. La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité sont à adapter en fonction des besoins du patient sans dépasser douze cartouches par jour.

4.5.5. Le spray buccal

La nicotine est absorbée rapidement lorsqu'elle provient d'un pulvérisateur buccal comparativement aux gommes à mâcher. Chaque pulvérisation permet de délivrer 1 mg de nicotine. Un flacon délivre 150 doses.

Il est possible de prendre quatre pulvérisations maximum par heure sans dépasser deux pulvérisations par prise et 64 pulvérisations par tranche de vingt-quatre heures.

Une utilisation supérieure à six mois est déconseillée. A noter que cette forme pharmaceutique contient de l'éthanol.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative, observationnelle, évaluative transversale, multicentrique. La période de l'étude s'étend du 02 octobre 2017 au 02 janvier 2018.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer s'il existe une prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes réalisant des consultations prénatales en Lorraine.

L'objectif secondaire consiste à évaluer :

- Le taux de prescription de substituts nicotiques réalisé par les sages-femmes de consultation prénatale en Lorraine.
- L'attention portée par les sages-femmes au tabagisme passif lors des consultations prénatales.
- La ou les raison(s) de la non prise en charge du tabagisme passif.

1.1. Population étudiée

Il s'agissait d'une étude réalisée auprès des sages-femmes exerçant en milieu hospitalier, libéral ou bien à la fois en milieu hospitalier et libéral et réalisant des consultations prénatales en Lorraine.

Etaient exclus de l'étude les professionnels médicaux n'ayant pas le diplôme d'Etat de sage-femme, les sages-femmes ne réalisant pas de consultations prénatales et celles n'exerçant pas en Lorraine.

1.1.1. Modalités de réalisation de l'étude

Les professionnels ont été interrogés par le biais d'un questionnaire (*cf. annexe II*) en ligne hébergé par le site internet « Evalandgo » dont les serveurs informatiques sont situés en France Métropolitaine.

Le questionnaire interroge les professionnels concernés à l'aide de questions simples et de deux questions ouvertes. Il n'a pas été question de juger ou de remettre en doute les connaissances des praticiens mais d'évaluer leur prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte dans le cadre de l'élargissement des compétences des sages-femmes.

D'après l'article L4111-1 du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009, l'inscription ordinale est une obligation pour les sages-femmes en exercice.

Le questionnaire a donc été envoyé à toutes les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine sous la forme d'un e-mail par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Meurthe-et-Moselle, des Vosges, de Meuse et de Moselle.

2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Le recueil de données a été effectué par le biais d'un questionnaire en ligne. Le bordereau de recueil de données ainsi que la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel Microsoft Office Excel 2013 ainsi que tous les graphiques.

L'analyse statistique du recueil de données a été également réalisée à l'aide de Microsoft Office Excel 2013.

RESULTATS

1. ANALYSE DES RESULTATS

Le nombre de répondants à l'enquête menée du 2 octobre 2017 au 2 janvier 2018 diffusée par le biais d'un formulaire électronique aux sages-femmes de Lorraine par le conseil de l'ordre des sages-femmes du 54, 55, 88, et 57 se portait à 93 sur 375 professionnels concernés, après exclusion de 14 formulaires de professionnels ne réalisant pas de consultations prénatales.

N = 93, ce qui représentait un taux de réponse au formulaire de 25%.

1.1. Année de diplôme

Parmi les répondants :

- 11 été diplômés depuis 1an ou moins
- 14 exerçaient depuis 1 à 5ans
- 17 depuis 5 à 10ans
- 13 depuis 10 à 15ans
- 11 d'entre eux depuis 15 à 20ans
- 14 exerçaient depuis 20 à 30ans
- 13 d'entre eux exerçaient depuis plus de 30ans.

Tableau 1 – Nombre d'années d'exercice des professionnels

<i>Moyenne (en années)</i>	15,14
<i>Ecart-type</i>	11,45
<i>Minimum</i>	0,25
<i>Maximum</i>	39
<i>Etendue</i>	38,75
<i>Médiane</i>	14

1.2. Lieux d'exercice

Cf. Annexe III

Le lieu d'exercice « Autres » correspondait pour ces 3 professionnels au domaine territorial, exerçant comme sage-femme dans le milieu de la protection maternelle et infantile.

La répartition fut homogène entre les sages-femmes exerçant en libérale et celles exerçant en hôpital.

1.3. Formation complémentaire

Cf. Annexe IV

71 d'entre eux ne possédaient pas de diplôme universitaire (D.U) ou de diplôme inter universitaire (D.I.U) complémentaire à leur formation initiale. 5 d'entre eux avaient en possession d'un D.U ou D.I.U de tabacologie, 3 d'entre eux possédaient un D.U ou D.I.U d'addictologie et 17 d'entre eux avaient un autre D.U ou D.I.U.

Parmi les autres D.U. ou D.I.U, nous avons retrouvés :

- 6x « Suivi gynécologique de prévention, régulation des naissances et sexualités »,
- 4x « Echographie gynécologique et obstétricale ».
- 1x « Lactation humaine et allaitement maternel ».
- 1x « Acupuncture »,
- 2x « Pathologies maternelles et grossesse »,
- 1x « Psychiatrie périnatale »
- 2 répondants étaient en cours d'obtention du D.U. de tabacologie.

1.4. Fréquence des consultations pré-natales

Cf. Annexe V

25% des sages-femmes parmi les 93 sages-femmes répondantes réalisaient des consultations pré-natales de manière quotidienne (n = 23). 45% d'entre elles au moins 3 jours par semaine (n = 42).

20% au moins 2 semaines par mois de consultations (n = 19).

Enfin, 10% d'entre elles réalisaient rarement des consultations pré-natales, soit moins d'une semaine par mois (n = 9).

1.5. Durée des consultations pré-natales

Cf. Annexe VI

Plus de la moitié, soit 55% d'entre elles, consacraient 30 minutes pour une consultation pré-natale par patiente (n = 51). 14% leur accordaient 15 à 20 minutes (n = 13). 17% des sages-femmes interrogées se donnaient plus de 30 minutes par patiente lors des consultations pré-natales (n = 16). 5% d'entre elles consacraient à leur patiente 10 à 15 minutes (n = 5). 5% se donnaient 20 à 25 minutes pour consulter (n = 5). 3% des sages-femmes ayant répondu consacraient moins de 10 minutes par patiente lors des consultations (n = 3). Au total, 72% des sages-femmes interrogées réalisaient des consultations pré-natales en 30 minutes ou plus (n = 67).

1.6. Conseil d'arrêt du tabac

Cf. Annexe VII

Parmi les sages-femmes interrogées, 76% connaissaient le « conseil d'arrêt du tabac » (n = 71). 24% d'entre elles affirmaient ne pas connaître le « conseil d'arrêt du tabac » (n = 22).

1.7. Thématiques abordées en consultation pré-natales

Cf. Annexe VIII

Parmi les thématiques abordées par les sages-femmes de consultations avec leurs patientes, le tabagisme actif avait été évoqué dans 83% des cas (n = 77).

- L'alcool avait été abordé dans 81% des cas (n = 75).
- 82% pour la thématique de la nutrition (n = 76).
- Dans 75% des cas, les autres toxiques avaient été abordés avec les patientes (n = 69).

- Le tabagisme passif avait été abordé dans 59% (n=55) des cas.
- 47% concerne la thématique du « sport et grossesse » (n = 44).
- Dans 14% des situations (n=13) d'autres thématiques avaient également été abordées.

Parmi les autres thématiques abordées par certains professionnels, nous avons retrouvé « les émotions et les relations familiales », « le logement », « la sexualité », « le travail », « les violences faites aux femmes », « le mode de garde de l'enfant », « l'automédication », et la « vaccination ».

1.8. Tabac et cannabis, lors de l'anamnèse

Cf. Annexe IX

Concernant la question : lors de la première consultation, concernant le tabac et le cannabis, posez-vous les questions suivantes. 83% des professionnels interrogés disaient poser la question « fumez-vous du cannabis ? » (n = 77).

La question « qui dans votre entourage consomme du tabac ? » avait été posée par les sages-femmes dans 34% des cas (n = 32).

71% d'entre elles demandaient à leur patiente si l'on fumait à l'intérieur de leur domicile (n = 66). 33% des sages-femmes interrogées posaient la question du tabagisme dans le véhicule » (n = 31).

98% des sages-femmes interrogaient leur patiente sur la consommation de tabac durant la grossesse (n = 91) mais 65% d'entre elles interrogaient sur le passif de leur patiente (n = 60).

79% des professionnels, posaient la question « votre conjoint est-il fumeur » (n = 73). On notera que 7,5% des professionnels posaient la question « votre conjoint est-il fumeur ? » sans demander « fume-t-on à l'intérieur de votre domicile ? ».

1.9. Consultations suivantes

Cf. Annexe X

En ce qui concerne les consultations suivantes, 22 % des sages-femmes seulement reposaient systématiquement les questions précédentes (n = 20).

1.10. Information sur les effets du tabagisme actif maternel

Cf. Annexe XI

La majorité des sages-femmes interrogées, soient 80%, informait leur patiente des effets du tabagisme actif de manière systématique (n = 74).

1.11. Principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme actif maternel selon les sages-femmes interrogées

Cf. Annexe XII

Parmi les principales conséquences du tabagisme actif pour le fœtus, citées par les sages-femmes, nous avons retrouvé pour les conséquences scientifiquement vérifiées :

- Le RCIU, à hauteur de 26%
- La MAP, à hauteur de 17%
- MFIU, à hauteur de 3%
- Rupture prématurée des membranes, à hauteur de 2,5%
- Hématome rétro-placentaire, à hauteur de 2%
- Le risque d'anomalie de la placentation était en revanche méconnu des sages-femmes.
- Placenta bas inséré ou praevia : 0%

1.12. Informations sur les effets du tabagisme passif durant la grossesse

Cf. Annexe XIII

Seulement 35% des sages-femmes informaient leurs patientes des effets du tabagisme passif durant la grossesse (n = 33).

1.13. Principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme passif maternel selon les sages-femmes interrogées

Cf. Annexe XIV

Lorsque nous demandions aux sages-femmes les risques auxquels s'expose le fœtus in utero exposé au tabagisme passif maternel, nous retrouvions parmi les risques certains :

- Le RCIU/PPAG, majoritairement cité, à hauteur de 31%.
- La mort inattendue du nourrisson, à hauteur de 11%.
- La prédisposition allergique, à hauteur de 0%.
- Certains cancers pédiatriques, à hauteur de 0,6%.

Concernant les risques suspectés ou potentiels :

- La mortalité périnatale, à hauteur de 0%.
- Les fausses couches / avortements, à hauteur de 2%.

A noter que plus de 9% des sages-femmes affirmaient ne pas connaître les risques liés à l'exposition à la fumée de tabac passive in utero.

Les autres risques évoqués par les sages-femmes ne sont pas à ce jour reconnus comme étant des conséquences d'une exposition au tabagisme passif maternel in utero, tel que :

- La rupture prématurée des membranes
- Les grossesses extra-utérine
- L'asthme.

2. PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES PAR LES SAGES-FEMMES

Cf. Annexe XV

Parmi les sages-femmes interrogées, 43% avaient déjà été amenées à prescrire des TNS (n = 40).

2.1. Fréquence de prescription des TNS par les sages-femmes

Cf. Annexe XVI

Parmi les sages-femmes ayant déjà été amenées à prescrire des TNS durant leur carrière, 38% déclaraient en prescrire régulièrement (n = 15), 63% déclaraient réaliser rarement cet acte de prescription (n = 25).

2.2. Professionnels autorisés à prescrire des TNS à la femme enceinte

Cf. Annexe XVII

Lorsque nous avons interrogé les sages-femmes hospitalières et libérales exerçant en Lorraine concernant les professionnels de santé autorisés à prescrire des TNS à la femme enceinte :

- 100% d'entre elles avaient répondu que le médecin généraliste était autorisé à prescrire des TNS à la femme enceinte (n = 93).
- 99% avaient répondu que : les sages-femmes en possession d'un D.U ou D.I.U en tabacologie / addictologie, les sages-femmes libérales ou hospitalières et les gynécologues-obstétriciens étaient autorisés à prescrire des TNS à la femme enceinte (n = 92).

2.3. Difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder le tabagisme auprès des femmes enceintes

Cf. Annexe XVIII

Parmi les 93 sages-femmes répondant à l'enquête, plus de la moitié, soit 57% déclaraient n'avoir aucune difficulté pour aborder la problématique du tabagisme avec leurs patientes (n = 53).

Pour 23% d'entre elles, le manque de connaissance sur le sujet était la principale difficulté qu'elles avaient rencontrée pour évoquer le tabagisme avec leurs patientes (n = 21).

Pour 8% et 5% d'entre elles, les principales difficultés rencontrées pour aborder cette thématique avec les femmes enceintes étaient respectivement qu'elles manquaient de temps lors des consultations (n = 7) et qu'elles n'y pensaient pas (n = 5).

Le tabagisme était considéré comme un sujet peu important pour 1% des sages-femmes (n = 1) ou comme un sujet tabou pour 2% d'entre elles (n = 2).

Pour 4% d'autres difficultés sont évoquées :

- « Les professionnels exagèrent les risques liés au tabagisme »
- La « peur de culpabiliser les patientes »

2.4. Orientation des patientes pour la prise en charge du tabagisme en cas de non prescription de TNS par les sages-femmes lors d'une consultation

Cf. Annexe XIX

Dans le cas où les sages-femmes hospitalières et libérales ne prenaient pas en charge le tabagisme passif pour quelques motifs que ce soit :

- 1% n'orienteraient pas les patientes vers un autre professionnel (n= 1).
- 44% orienteraient leurs patientes vers un confrère ou consoeur sage-femme formé en tabacologie (n = 61).
- 40% vers une consultation médicale spécialisée en tabacologie ou addictologie (n = 55).
- 12% orienteraient vers un médecin traitant (n = 17).
- 3% vers un gynécologue obstétricien (n = 4).

3. PRESCRIPTIONS DE TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE

Cf. Annexe XX

Les sages-femmes de Lorraine étaient peu nombreuses (13%) à avoir déjà prescrit des substituts nicotiques à l'entourage d'une femme enceinte (n = 12).

3.1. Fréquence de prescription des TNS à l'entourage de la femme enceinte

Cf. Annexe XXI

Parmi les sages-femmes hospitalières et libérales prescrivant ou ayant déjà prescrit des TNS à l'entourage d'une femme enceinte, 25% déclaraient prescrire fréquemment ces traitements substitutifs (n = 3). 75% d'entre elles déclaraient prescrire rarement des traitements substitutifs (n = 9).

3.2. Raisons pour lesquelles les sages-femmes n'ont jamais prescrit de TNS à l'entourage de la femme enceinte

Cf. Annexe XXII

Les motifs faisant que les sages-femmes hospitalière et libérale de Lorraine ne prescrivait pas de TNS étaient :

- « Je n'ai pas les connaissances nécessaires pour prescrire ce type de substituts », à hauteur de 51% (n = 41). Représentant le motif le plus cité par les professionnels.
- 12% des professionnels interrogés pensaient qu'ils n'avaient pas le droit de prescription pour ce type de traitement (n = 10).
- Le fait qu'il ne s'agissait pas d'un acte cotable à la sécurité sociale faisait obstacle à la prescription pour 7% des sages-femmes (n = 6).

A hauteur de 30% (n = 24), nous retrouvons une autre cause que celles prédominamment citées.

3.3. Autres raisons de non prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte

Cf. Annexe XXIII

Nous retrouvons 7 autres motifs freinant les professionnelles hospitalières et libérales dans leur prescription de TNS inclus dans la catégorie « Pour d'autres raisons » :

- 29% des sages-femmes interrogées ne prescrivait pas de TNS car elles réorientaient leurs patientes
- 29% parce qu'elles prescrivait un traitement homéopathique pour la prise en charge du tabagisme (n = 7).
- 8% des sages-femmes étaient bloquées par le refus des patientes (n = 2)
- 8% pensaient également que la prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte n'était pas permise pour la sage-femme.
- « Je ne pose pas la question du tabagisme », pour 17% de celles qui répondaient « pour un autre motif » (n = 4).
- 4% étaient freinées par le manque de demande des patientes (n = 1).
- Que cela n'était utile qu'après naissance de l'enfant (n = 2)
- 4% ne souhaitaient pas prescrire aux hommes (n = 1).

3.4. Taux de sages-femmes demandant « êtes-vous exposée au tabagisme passif ? »

Cf. Annexe XXIV

34% seulement des sages-femmes déclaraient poser la question « êtes-vous exposée au tabagisme passif ? » (n = 32).

Cf. Annexe XXV

Parmi les sages-femmes qui posaient la question « êtes-vous exposée au tabagisme passif ? » :

- 81% complétaient leur question par « par qui ? » (n = 26)
- 66% demandaient « où » les patientes étaient exposées (n = 21)
- 47% des sages-femmes interrogeaient leurs patientes sur la manière dont elles étaient exposées (n = 15).
- 44% demandaient à leurs patientes combien de fois par jour elles étaient exposées (n = 14)

3.5. Professionnels autorisés à prescrire des TNS à l'entourage d'une femme enceinte

Cf. Annexe XXVI

En ce qui concerne la prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte, les personnes autorisées à prescrire des substituts nicotiques aux proches de la femme enceinte étaient plus hétérogènes selon les sages-femmes.

Pour 99% d'entre elles, les médecins généralistes étaient autorisés à prescrire ce genre de traitement (n = 92).

Les gynécologues obstétriciens étaient autorisés à prescrire des TNS pour 77% des sages-femmes interrogées (n = 72).

La sage-femme hospitalière et la sage-femme libérale seraient, quant à elles, autorisées à prescrire des TNS à hauteur de 51% et 53% respectivement (n = 47) et (n = 49).

Pour 56% des professionnels interrogés, les sages-femmes en possession d'un D.U ou D.I.U en tabacologie ou en addictologie étaient autorisées à prescrire des TNS aux proches d'une femme enceinte (n = 52).

3.6. Intention de prescription des TNS en fonction du droit de prescription

Cf. Annexe XXVII

Si tous les professionnels interrogés avaient connaissance de leur droit de prescription sur les TNS à l'entourage de la femme enceinte dans les dispositions de l'article de loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 du code de la santé publique :

- 53% des sages-femmes déclaraient qu'elles prescriraient des TNS (n = 49)
- 16% qu'elles ne réaliseraient pas cette prescription (n = 15)
- 31% déclaraient ne pas savoir (n = 29).

4. DIFFICULTES RENCONTREES POUR ABORDER LE SUJET DE « L'ALCOOL » AVEC LES FEMMES ENCEINTES

Cf. Annexe XXVIII

En comparaison avec la problématique du tabagisme, 66% des sages-femmes ne rencontreraient aucune difficulté pour aborder la thématique de l'alcool auprès de leurs patientes (n = 61).

Pour 22% d'entre elles, l'alcool était considéré comme un sujet tabou à l'origine des difficultés pour aborder ce sujet avec les femmes enceintes (n = 20). 6% estimaient que le manque de connaissance dans cette thématique était à l'origine de leurs difficultés pour aborder ce sujet lors des consultations (n = 6)

Respectivement 4% et 2% déclaraient ne pas avoir le temps pour aborder cette problématique lors des consultations (n = 4) et de ne pas y penser (n = 2).

Aucun professionnel estimait que l'alcool n'était pas un sujet important (n = 0)

5. THEMES CONSIDERES ETHIQUES A ABORDER EN CONSULTATION PRENATALE REALISEE PAR LES SAGES- FEMMES

Cf. Annexe XIX

Pour 78% des sages-femmes, le tabagisme était un thème considéré comme éthique à aborder avec les patientes (n= 73). Nous retrouvions :

- L'alcool à hauteur de 77% (n = 72).
- Les toxiques pour 76% (n = 71).
- Les violences conjugales, le diabète et l'HTA étaient des thèmes considérés éthiques pour respectivement 71% des sages-femmes (n = 66), 65% (n = 60) et 63% des sages-femmes interrogées (n = 59).

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE LA METHODE

1.1. Critique de l'enquête

La difficulté principale était d'obtenir une population suffisante et représentative pour mener à bien l'étude portant sur l'ensemble de la Lorraine. Le taux de réponse aux questionnaires étant de 93 répondants sur 104 après exclusion des sages-femmes ne respectant pas les différents critères d'inclusions. Il a été difficile d'obtenir ce chiffre malgré les différentes relances.

La seconde difficulté a été de recueillir toutes les données importantes pour la réalisation de l'étude. Pour cela, il était important de créer un questionnaire rapide, court et le plus synthétique possible afin d'obtenir des réponses les plus représentatives et complètes possibles.

Ce questionnaire était destiné à toutes les sages-femmes exerçant en Lorraine et réalisant des consultations prénatales, qu'elles exercent en milieu hospitalier ou en milieu libéral afin d'évaluer la prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte. Certaines sages-femmes ne sont pas allées jusqu'au bout du questionnaire rendant difficile l'interprétation des résultats. Ceci pouvant conduire à un biais de sélection.

2. TAUX DE REPONSE ET REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

2.1. Taux de réponse

93 questionnaires ont été recueillis sur l'ensemble des sages-femmes exerçant en milieu libéral et/ou hospitalier en Lorraine sur une période de trois mois. Le nombre de sages-femmes potentiellement visé s'élevant à 255 sages-femmes libérales exerçant en

Lorraine (81 sages-femmes en Meurthe-et-Moselle, 113 sages-femmes en Moselle, 24 sages-femmes en Meuse, et 37 sages-femmes dans les Vosges), ainsi que 21 maternités que compte le territoire Lorrain, soit un total de 375 sages-femmes (taux de réponse de 25%). Au vu de ces données, le nombre minimum de professionnels à inclure dans l'étude se porte à 60.

3. RENSEIGNEMENTS GENERAUX DES SAGES-FEMMES

3.1. Année de diplôme

Parmi les répondants, le nombre moyen d'années d'obtentions du diplôme est de 15 années révolues avec une étendue de 39 années, plaçant dans notre échantillon de praticiens un panel très diversifié de professionnels dont des sages-femmes récemment diplômées et des sages-femmes avec de nombreuses années d'expériences :

- La plus récemment diplômée possède son diplôme depuis 3 mois.
- La plus ancienne diplômée le possède depuis 39 ans.

3.2. Lieux d'exercices

Parmi les 93 sages-femmes exerçant en Lorraine ayant répondu à l'enquête, nous sommes à l'équité entre les sages-femmes exerçant en libérale et celles exerçant à l'hôpital avec respectivement 38 et 44 professionnelles, permettant la représentativité de l'échantillon.

3.3. Formation complémentaire

71 des 93 sages-femmes ne possèdent pas de diplôme universitaire complémentaire à leur formation initiale et respectivement 5 et 3 d'entre elles possèdent une formation complémentaire en tabacologie et en addictologie.

17 des 93 sages-femmes possèdent un autre D.U. ou D.I.U. complémentaire à leur formation initiale, autre que la tabacologie et l'addictologie.

3.4. Fréquence des créneaux de consultations

La réalisation de consultations prénatales est quotidienne pour 23 des 93 sages-femmes, hebdomadaire soit ≥ 4 jours par semaine pour 42 d'entre elles et mensuelles soit ≥ 14 jours par mois pour 19 d'entre elles.

La grande majorité des sages-femmes incluses dans l'étude soit 90% réalisent fréquemment des consultations prénatales.

Les 9 autres sages-femmes en réalisant rarement soit < 1 semaine par mois.

La réalisation de moins de 7 jours par mois de consultations est-il suffisant pour pouvoir proposer une prise en charge du tabagisme passif chez les femmes enceintes ?

3.5. Durée des consultations

Pour plus de la moitié des sages-femmes interrogées, la durée d'une consultation est égale ou supérieure à 30 minutes, durée suffisante pour prendre en charge de manière adéquate le suivi de grossesse des femmes enceintes et d'évoquer le tabagisme passif et actif avec les patientes et le couple. Parmi elles, 8 réalisent les consultations en moins de 15 minutes, limitant le nombre de sujets abordés lors des consultations.

La réalisation des consultations en moins de 15 minutes permet-elle réellement la prise en charge du tabagisme passif et d'aborder les autres thématiques comme l'alcool, les violences conjugales... ?

4. LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME ACTIF ET PASSIF

4.1. Le conseil d'arrêt du tabac

76% des sages-femmes interrogées déclarent connaître le conseil d'arrêt du tabac, permettant ainsi d'aborder la problématique du tabac et favoriser sa prise en charge. Pour 24% en revanche, ceci est un obstacle à la prise en charge du tabagisme, tant actif que passif. Il est recommandé à chaque professionnel de santé de recommander de manière systématique et claire l'arrêt du tabac à tous les patients fumeurs.

4.2. Thématiques abordées en consultation prénatales

Les thèmes de l'alcool, la nutrition et le tabagisme actif sont largement abordés en consultation, pour plus de 75 sages-femmes parmi les 93. Les autres toxiques - drogues - sont abordés de manière plus fréquente que le tabagisme passif. Plus de la moitié des sages-femmes interrogées (n = 55) déclarent aborder le tabagisme passif lors des consultations prénatales.

L'alcool est une thématique plus abordée que le tabagisme passif lors des consultations. Cependant, le thème du tabagisme actif est abordé de manière quasi-systématique lors de l'anamnèse à la première consultation.

4.3. L'anamnèse

Au moment de l'anamnèse réalisée lors du premier rendez-vous prénatal, 91 des 93 sages-femmes déclarent poser la question « fumez-vous du tabac ? », mais 73 d'entre elles posent ensuite la question « votre conjoint est-il fumeur ? », soit 18 sages-femmes qui ne tiennent pas compte du statut tabagique du conjoint de leur patiente.

Seules 32 des 93 sages-femmes déclarent poser la question « qui dans votre entourage consomme du tabac ? », soit 59 sages-femmes parmi les 91 qui posent la question « fumez-vous du tabac ? » prennent en compte l'exposition de la femme enceinte à la fumée de tabac. Déclaration cohérente avec les réponses obtenues à la question : « êtes-vous exposée au tabagisme passif ? » ou 32 sages-femmes déclarent poser cette question à leur patiente contre 61 qui déclarent ne pas la poser.

Paradoxalement 66 sages-femmes déclarent poser systématiquement la question « fume-t-on à l'intérieur de votre domicile ? », mais seules 32 sages-femmes s'interrogent sur les personnes fumeurs dans l'environnement proche de la femme enceinte. 60 d'entre elles déclarent prendre en compte les antécédents tabagiques de la femme enceinte.

Nous notons que 8% des professionnels posent la question « votre conjoint est-il fumeur ? », sans demander « Fume-t-on à l'intérieur de votre domicile ? ».

4.4. Les consultations suivantes

La majorité des sages-femmes déclarent ne pas évoquer les thèmes abordés lors de l'anamnèse durant les consultations suivantes avec leurs patientes.

Pour 73 d'entre elles, il existe ainsi un risque de ne pas prendre connaissance d'un changement de statut tabagique de leurs patientes ou du statut de leur entourage et de ne pas avoir connaissance d'une néo-exposition à la fumée de tabac.

73 des 93 sages-femmes déclarent ne pas reposer les questions précédemment évoquées alors que 71 des 93 sages-femmes avaient déclaré avoir connaissance du « conseil d'arrêt du tabac » qui préconise le fait d'aborder de manière systématique le thème du tabac à chaque consultation.

4.5. Information sur les effets et les risques du tabagisme actif

Parmi les 93 sages-femmes ayant répondu, 74 d'entre elles disent informer leurs patientes des effets du tabagisme actif. A l'inverse, 19 d'entre elles n'informent pas leurs patientes. Les principales conséquences fœtales du tabagisme actif sont globalement connues des sages-femmes, notamment le retard de croissance intra utérin, le risque de MAP, de naissance prématurée ainsi que les risques de syndrome de sevrage et la mort inopinée du nourrisson.

Cependant, certains risques fœtaux sont encore méconnus des sages-femmes, notamment :

- Le risque de mort fœtale in utero, prédominant au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse. Le tabagisme maternel étant incriminé dans 8% des morts fœtales in utero. ^[46]
- Le risque de rupture prématurée des membranes (risque relatif multiplié par 2 lorsque les patientes fument). ^[47]
- Le risque d'hématome rétro-placentaire dont le risque augmente en fonction de l'importance du tabagisme maternel. ^[46]

- Le risque d'anomalie de la placentation tel que le placenta praevia est en revanche méconnu des sages-femmes interrogées. Le risque de présenter un placenta bas inséré ou praevia au cours de la grossesse est multiplié par 2 ou par 3 chez les patientes fumeuses. ^[48]
- Les affections broncho-pulmonaires.

L'exposition anténatal (in utéro) au tabagisme puis environnementale joue un rôle prépondérant dans la survenue des infections respiratoires au cours des premières années de la vie ^[47]. Elle est responsable d'altérations de la fonction respiratoire à type d'obstruction bronchique distale^[48]. Ces perturbations favorisent les sifflements respiratoires au cours des épisodes infectieux respiratoires^[49] et les hospitalisations pour dyspnée spastique sont plus fréquentes.

Au vu de ces données, les informations fournies aux patientes concernant les risques encourus par les femmes enceintes fumeuses sont incomplètes ou erronées.

4.6. Information sur les effets et les risques du tabagisme passif

Très peu de sages-femmes informent les patientes des risques liés à l'exposition au tabagisme passif (n = 33). Nous avons vu que 74 sages-femmes sur les 93 informaient les patientes des effets du tabagisme actif mais seules 33 d'entre elles déclaraient informer les patientes des effets du tabagisme passif.

La principale conséquence fœtale du tabagisme passif, le RCIU est connue des professionnels. Cependant, la forte présomption de MIN reste méconnue pour 74 d'entre elles. Les risques du tabagisme passif sont en revanche méconnus ou erronés dans de nombreux cas ainsi le risque de prématurité est cité par 31 sages-femmes.

Nous rappelons qu'en l'état actuel des connaissances, le tabagisme passif n'est pas un facteur favorisant de la prématurité. 16 professionnels en revanche, avouent ne pas connaître les risques liés au tabagisme passif. En conséquence, la prise en charge du tabagisme, tant actif que passif, ne peut être optimale si l'on ne connaît pas les risques associés et l'enjeu de la prise en charge. L'information des patientes et de leur entourage est cruciale pour favoriser la motivation à l'arrêt du tabac.

4.7. Prescription de substituts nicotiques aux femmes enceintes

Depuis le début de leur carrière, 43%, soit 40 des 93 sages-femmes interrogées ont déjà prescrit des traitements nicotiques substitutifs aux femmes enceintes, ce qui représente moins de la moitié des sages-femmes interrogées.

A noter que seules 40 sages-femmes interrogées sont prescriptrices de TNS alors que plus de 75 d'entre elles interrogent leur patiente sur leur statut tabagique. Parmi les 40 sages-femmes ayant déjà prescrit des TNS, 15 d'entre elles en prescrivent fréquemment, 25 plus rarement.

4.8. Prescription de substituts nicotiques à l'entourage de la femme enceinte

Précédemment, 40 sages-femmes ont déclaré avoir déjà prescrit des TNS à la femme enceinte mais seulement 12 sages-femmes des 93 interrogées en ont déjà prescrit à l'entourage d'une femme enceinte.

Parmi ces dernières, seulement 3 réalisent cet acte « fréquemment », et 9 « rarement ».

Au vu de ces données, nous pouvons conclure que la prise en charge directe du tabagisme actif et passif par les sages-femmes en Lorraine est quasiment inexistante avec un taux très faible de prescriptions de traitements substitutifs que ce soit en milieu hospitalier ou libéral.

5. LES RAISONS DE LA NON PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

5.1. Motifs de non-prescription de TNS

Différents motifs poussent les sages-femmes à ne pas prendre en charge le tabagisme actif ou passif. Le premier d'entre eux, pour près d'une sage-femme sur deux, est dû à un manque de connaissances acquises durant leur formation initiale nécessaire à la prescription de TNS.

D'autres raisons, de plus faible importance sont également à prendre en compte :

- La non cotation auprès de la sécurité sociale
- La méconnaissance des mises à jour des droits de prescription

Ces deux motifs sont à l'origine de la non prise en charge par les professionnels pour 16 des 81 qui n'ont jamais prescrit de TNS à l'entourage d'une femme enceinte.

Pour 24 d'entre elles, d'autres motifs sont évoqués :

- La réorientation des patientes vers un autre professionnel
- La prise en charge par traitement homéopathique

D'après l'HAS 2014, les traitements homéopathiques ne sont pas recommandés dans l'aide au sevrage tabagique. Seuls les substituts nicotiques, quelle que soit leur forme galénique sont recommandés pendant la grossesse au côté des thérapies comportementales et cognitives. D'après l'HAS et l'ANSM, les stratégies optimales en terme de rapport coût-efficacité consistent à associer les TNS et proposer un accompagnement par un professionnel de santé plus ou moins intensif, de l'intervention brève à une prise en charge cognitive et comportementale.

5.2. Les difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder le tabagisme passif auprès des femmes enceintes

Bien qu'une sage-femme sur deux déclare n'avoir aucune difficulté pour aborder le tabagisme des femmes enceintes lors des consultations prénatales, le taux de prescriptions de TNS par celles-ci reste minime.

Concernant les professionnels ayant une difficulté pour aborder le tabagisme auprès des patientes, nous retrouvons une nouvelle fois le manque de connaissance vis-à-vis du tabagisme et de sa prise en charge (23%). Pour 4% des sages-femmes, les professionnels « exagèrent les risques liés au tabagisme ». Ainsi, il conviendrait d'augmenter le volume horaire dispensé durant la formation initiale des sages-femmes afin de leur donner les outils et les moyens de prendre en charge le tabagisme chez les femmes enceintes et leur entourage.

Pour 13%, les difficultés sont représentées par le manque de temps lors des consultations ou le fait qu'elles ne pensent pas à évoquer le tabagisme avec les patientes ou leur entourage. De ce fait, il conviendrait pour ces professionnels d'augmenter le temps consacré aux consultations afin d'arriver à une moyenne de 30 minutes accordées par patiente pour chaque consultation et d'interroger de manière systématique les femmes enceintes sur leur statut tabagique et leur exposition au tabagisme passif comme le recommande le conseil d'arrêt du tabac.

5.3. Comparaison avec les difficultés pour aborder le sujet de l'alcool avec les femmes enceintes

En comparaison avec le tabagisme, 66% des sages-femmes interrogées déclarent ne pas avoir de problème pour aborder la thématique de l'alcool avec les femmes enceintes. Ce chiffre est d'une sur deux pour le tabagisme. La consommation d'alcool semble être moins difficile à aborder avec les patientes que le tabac. Pour 20 d'entre elles, il s'agit d'un sujet tabou, source de difficulté. Seulement 6 des 93 professionnels, soient 6,5% estiment manquer de connaissances à ce sujet. Le manque de connaissance étant la source de leur difficulté. Pour rappel, chiffre était de 23% pour le tabagisme.

D'autres difficultés sont évoquées :

- Par 6,5%, d'entre elles, le manque de temps lors des consultations ou le fait qu'elles ne pensent pas à évoquer cette problématique avec leurs patientes. Chiffre moindre que pour le tabagisme, qui était de 13%, reflétant que le thème de l'alcool est privilégié en cas de manque de temps lors des consultations, par rapport à la consommation de tabac.

5.4. Professionnels habilités à prescrire des TNS à la femme enceinte

L'absence de prise en charge du tabagisme actif des femmes enceintes n'est pas due à la méconnaissance des professionnels autorisés à prescrire les substituts nicotiques.

5.5. Professionnels habilités à prescrire des TNS à l'entourage de la femme enceinte

99% des sages-femmes savent que le médecin généraliste est autorisé à prescrire des TNS à l'entourage d'une femme enceinte.

Néanmoins, les personnes interrogées sont moins au fait de l'extension de leur champ de compétence et de leur droit de prescription à l'entourage de la femme enceinte.

En effet, pour 44% des sages-femmes interrogées, les sages-femmes tabacologues ou addictologues n'ont pas le droit de prescription à l'entourage de la femme enceinte en ce qui concerne les TNS.

Les sages-femmes n'ont pas pleine connaissance de leur droit de prescription concernant « la prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte ». Respectivement 47% et 49% des sages-femmes déclarent que les sages-femmes libérales et hospitalières n'ont pas le droit de prescription aux proches de la femme enceinte.

Le manque de campagne de communication et d'information sur l'extension des droits de prescription de la sage-femme suite à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 peut être remis en cause au vu de ces résultats, et fait ainsi obstacle à la prise en charge du tabagisme passif des femmes enceintes.

6. INTENTION DE PRESCRIPTION DES TNS

En partant du principe que tous les professionnels sont à jour concernant leur droit de prescription, plus de la moitié des sages-femmes interrogées (52,68%) déclarent qu'elles prescriraient des TNS aux proches d'une femme enceinte alors que 12 d'entre elles seulement en ont déjà prescrit à l'heure actuelle.

7. ORIENTATION DES PATIENTES

En cas de non prise en charge du tabagisme de la femme enceinte, les professionnels orientent les patientes dans la majorité des cas vers une collègue sage-femme formée en tabacologie et en second lieu vers une consultation spécialisée en

tabacologie ou en addictologie. L'orientation des patientes se faisant de manière quasi-systématique par les sages-femmes en cas de non prise en charge de tabagisme actif, il devrait en être de même concernant l'entourage de leur patiente en cas d'exposition au tabagisme passif.

Le questionnement systématique des patientes sur leur statut tabagique, et sur leur exposition à la fumée de tabac permettrait, par extrapolation, la prise en charge du tabagisme passif de la femme enceinte.

8. PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PASSIF

32 sages-femmes déclarent poser la question : « êtes-vous exposée au tabagisme passif ? » et 12 déclarent avoir déjà prescrit des TNS à l'entourage de la femme enceinte et par conséquent d'avoir pris en charge le tabagisme passif de leur patiente.

Parmi ces sages-femmes qui posent la question de l'exposition au tabagisme passif, 26 demandent « par qui ? » ce qui pourraient conduire à une prise en charge du tabagisme passif en recevant en consultation la personne source de l'exposition de la patiente.

Pour 6 sages-femmes parmi ces 32, la prise en charge ne paraît pas envisageable car « nous ne connaissons pas la source de l'exposition ». 11 sages-femmes n'interrogent pas leurs patientes sur le lieu d'exposition et 17 sages-femmes sur la manière dont l'exposition a lieu.

Ces questions permettent de diminuer l'exposition de la femme au tabagisme passif, y compris en l'absence de prescription de TNS à la personne source de l'exposition, en favorisant des conseils permettant de diminuer cette exposition : fumer à l'extérieur du domicile avec un vêtement dédié, si la personne-source vit dans le même foyer par exemple.

9. THEMES CONSIDERES ETHIQUES A ABORDER LORS D'UNE CONSULTATION PRENATALE

Le tabac apparaît éthique d'être abordé lors d'une consultation pour 73 sages-femmes sur 93. 4 sages-femmes abordent cette thématique alors qu'elles jugent que ce n'est pas éthique. Parmi les différents thèmes proposés, le tabac est le thème qui est cité comme étant le plus éthique par 78% des sages-femmes interrogées mais paradoxalement, il s'agit d'un thème, en comparaison avec l'alcool, qui pose plus de problème pour être abordé et dont les sages-femmes estiment manquer de connaissances pour le prendre en charge de manière optimale.

Du travail reste encore à faire pour rendre la problématique du tabac plus accessible aux sages-femmes en favorisant leurs connaissances et en comblant les lacunes pour pouvoir prendre pleinement en charge le tabagisme sous toutes ses formes.

Il serait intéressant de voir pour les 20 sages-femmes qui considèrent que la thématique du tabagisme n'est pas éthique, si le fait de recevoir des informations exactes et complètes à propos du tabagisme actif et passif ainsi que sur les conséquences foeto-maternelles permettrait de rendre cette thématique éthique et favoriserait la prise en charge de leur patiente en ce qui concerne le tabac.

CONCLUSION

Précédemment, nous avons pu voir toutes les difficultés que rencontrent les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine pour prendre en charge le tabagisme passif des femmes enceintes non fumeuses exposées par le biais de leur entourage à la fumée de cigarette.

Il est important de développer davantage l'enseignement dispensé aux étudiants sages-femmes, en rapport avec le tabagisme et l'exposition au tabagisme passif des femmes enceintes ainsi que les risques materno-fœtale encourus. La formation initiale reste insuffisante mais la formation continue est primordiale car la tabacologie est une discipline récente en évolution. Tant que les sages-femmes en cours d'exercice ainsi que les médecins gynéco-obstétriciens ne considèrent pas le tabagisme comme une priorité à soigner au même titre que les autres facteurs de risque, il est difficile pour les étudiants sages-femmes en formation d'apprendre directement sur les différents terrains de stage, et à apprendre à prendre en charge cette problématique de manière optimale.

La prise en charge tabacologique ou addictologique est une prise en charge multidisciplinaire. Il est important d'orienter les patientes en cas de non prise en charge du tabagisme actif ou passif en partenariat avec les consultations médicales spécialisées d'autant plus s'il existe des comorbidités et/ou des co-consommations ou co-addictions.

La prise en charge du tabac est chronophage et l'orientation vers les consultations spécialisées doit être précoce et systématique dès le début de la grossesse sans que cela n'empêche les sages-femmes de continuer à évaluer le tabagisme de leurs parturientes durant le suivi obstétrical, des les informer, conseiller et de les soutenir de façon concomitante durant toute la grossesse et dans le post-partum.

Les sages-femmes voient leur domaine de compétence s'élargir au fil des années. Cependant, il existe une méconnaissance de l'élargissement de leurs droits de prescription récent. Ceci est en partie à l'origine du manque de prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte et du manque de prescription de TNS à l'entourage de la femme enceinte.

Notre étude avait pour but l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du tabagisme passif de la femme enceinte par les sages-femmes hospitalières et libérales de la région Lorraine.

Les sages-femmes expriment majoritairement un manque de connaissances dans le domaine de la prise en charge tabagique, responsable de la non prescription de TNS qu'il s'agisse des professionnelles récemment diplômées ou non.

Retrouvons-nous des difficultés chez les femmes enceintes souhaitant une prise en charge de leur tabagisme passif ? Ces femmes sont-elles conscientes des risques et correctement informées des conséquences de ce type de tabagisme ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hall C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2003 ; 22-33 : 98-100.
- [2] Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health, 2015; 25:824–8.
- [3] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3 : e442.
- [4] Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Bull Epidémiol Hebd. 2011 ; (20-21) :233-5.
- [5] Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 - Tendances 123 - février 2018.
- [6] INPES. Campagne Tabagisme Passif : Quand vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi. Dossier de presse. 14 octobre 2004.
- [7] Organisation mondiale de la santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme. 2009 : 1-78.
- [8] Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST/CCOHS). Réponses SST. Questions psychosociales: Fumée de tabac ambiante (FTA): information générale et effets sur la santé. www.cchst.ca/reponsesst/psychosocial/ets_health.html (consulté en mars 2018).
- [9] Collishaw N. et al. « Tobacco Smoke in the Workplace : An Occupational Health Hazard », Canadian Medical Association Journal. 1984 : 1199-1204.

[10] Centre national de documentation sur le tabac et la santé. « Faits saillants - La fumée de tabac dans l'environnement : Ses conséquences générales pour la santé », mars 1996. p.3-4.

[11] Wirth N, Berlin I, Martinet Y. Consommation de tabac et maladies respiratoires. EMC – Pneumologie 2017;0(0):1-12 [Article 6-020-A-50] (sous presse).

[12] Tubiana M. Rapport sur le tabagisme passif. Bull Aca Natle Med. 1997. 181.727-735.

[13] WHO. Report on the global tobacco epidemic : implementing smoke-free environments. Consulté le 27 Novembre 2017 via http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.

[14] Singer BC, Hodgson AT, Guevarra KS. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. Exposure relevant emission factors and indirect exposure from habitual smoking. Environ Sci Technol. 2003 ; 37 : 5551-61.

[15] Ueta I, Saito I, Teraoka K et al. Determination of volatil organic compounds for a systematic evaluation of third-hand smoking. Analytical sciences. 2010 ; 26 : 569-74.

[16] Thomas, J. L., Hecht, S. S., Luo, X., Ming, X., Ahluwalia, J. S., & Carmella, S. G. (2014). Thirdhand Tobacco Smoke: A Tobacco-Specific Lung Carcinogen on Surfaces in Smokers' Homes. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(1), 26–32.

[17] Hang, B., Wang, P., Zhao, Y., Sarker, A., Chenna, A., Xia, Y., et al. (2017). Adverse health effects of thirdhand smoke: From cell to animal models. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(5).

[18] Matt GE, Quintana PJE, Zakarian JM et al. When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. *Tob Control* 2011; Jan;20:e1.

- [19] Thomas JL, Guo H, Carmella SG et al. Metabolites of a tobacco-specific lung carcinogen in children exposed to secondhand or thirdhand tobacco smoke in their homes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:1213-21.
- [20] Beebe LE, Kim YE, Amin S, Riggs CW, Kovatch RM, Anderson LM. Comparison of transplacental and neonatal initiation of mouse lung and liver tumors by N-nitrosodimethylamine (NDMA) and 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone (NNK) and promotability by a polychlorinated biphenyls mixture (Aroclor 1254). *Carcinogenesis* 1993;14: 1545–8.
- [21] Lackman GM, Salzberger U, Hecht SS, Töllner U. Rauchen während der Schwangerschaft: Neue Erkenntnisse zum Einfluss auf den Fetus und das neugeborene Kind. *Dtsch Ärztebl* 1999;96:A2080–3.
- [22] Klein J, Koren G. Hair analysis — a biological marker for passive smoking in pregnancy and childhood. *Human Exp Toxicol* 1999;18:279–82.
- [23] Jordanov JS. Cotinine concentrations in amniotic fluid and urine of smoking, passive smoking and non-smoking pregnant women at term and in the urine of their neonates on 1st day of life. *Eur J Pediatr* 1990;149:734–7.
- [24] Ostrea EM Jr, Knapp DK, Romero A, Montes M, Ostrea AR. Meconium analysis to assess fetal exposure to nicotine by active and passive maternal smoking. *J Pediatr* 1994; 124:471–6.
- [25] INPES. Baromètre santé. Les comportements de santé des jeunes. Analyse du baromètre santé 2010, 2010 : 337.
- [26] Guilbert P, Baudier F, Gautier A : « Tabac » – Baromètre santé 2000, Cfes, 2 : 99 (2001)
- [27] Enquête nationale périnatale. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017 : 317.

[28] Grangé Gilles, L'Huillier Jean-Pierre, Borgne Anne et al., « Tabagisme passif chez la femme enceinte », *Psychotropes*. 2006 ; Vol.12 : 99-108.

[29] Aurrekotxea J-J. Factors associated with second-hand smoke exposure in non-smoking pregnant women in Spain : Self-reported exposure and urinary cotinine levels, *Science of The Total Environnement*, 2014 (Vol. 470-471), p 1189-1196.

[30] Lindbohm M-L, Sallmén M, Taskinen H (2002). Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scand J Work Environ Health* 28(2):84–96.

[31] Dautzenberg, Tabagisme passif, Rapport du groupe de travail DGS, mai 2001.

[32] HR Anderson, DG Cook Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. - *Thorax*, 1997.

[33] A.F. BONGRAND, « Tabac et grossesse et mort subite inopinée du nourrisson » *Lettre des Actualités Périnatales* n°8 – 4^{ème} trimestre 2002.

[34] Salmasi G, Grady R, Jones J, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses- *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 ; 89 (4) : 423-41.

[35] U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

[36] Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: the Report of the California Environmental Protection Agency. National Cancer Institute and Center for Disease Control. Novembre 1999. 430 pages.

- [37] Dautzenberg, Tabagisme passif, Rapport du groupe de travail DGS, mai 2001.
- [38] Kulig M, Luck W, Lau S, Niggemann B, Bergmann R, Klettke U, Guggenmoos Holzmann I, Wahn U. Effect of pre- and postnatal tobacco smoke exposure on specific sensitization to food and inhalant allergens during the first 3 years of life. Multicenter Allergy Study Group, Germany.
- [39] Boffetta P, Tredaniel J, Greco A (2000) Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 108(1):73–82.
- [40] Lin Q, Hou XY, Yin XN, et al. Prenatal Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Hyperactivity Behavior in Chinese Young Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(10):1132.
- [41] The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, US HHS ; 2014.
- [42] Comité interministériel pour la santé. Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie. Dossier de Presse. 2018 : 1-2.
- [43] Ministère des solidarités et de la santé. Avis et communications. *Journal officiel de la république française*. 2018 : 1-4.
- [44] Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC, American Psychiatric Association. *Mini DSM-5 Critères diagnostiques*. Paris: Elsevier Masson; 2016, 408p.
- [45] Quinn VP, Hollis JF, Smith KS, Rigotti NA, Solberg LI, Hu W, et al. Effectiveness of the 5-As tobacco cessation treatments in nine HMOs. *J Gen Intern Med*. 2009 ; 24 : 149–54.
- [46] Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(3).

[47] Collet M., Beillard C., Conséquence du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utéro, Journal de Gynécologie Obstétrique, Masson, Paris, Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Brest, Avril 2005, Volume n°34 – N° HS1, p.136-143, p.139-140, p.138, p137-138, p.139, p.140

[48] Grangé G., Pannier E., Conséquences foetales du tabagisme sur les modes d'accouchement, l'hypoxie et l'acidose per-partum, Journal de Gynécologie Obstétrique, Masson, Paris, Service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Port Royal, Avril 2005, Volume n°34 – N° HS1, p.146-151, p.147-148, p.148, p.149, p.150

[49] Marpeau L., Tabagisme et complications gravidiques, Journal de Gynécologie Obstétrique, Masson, Paris, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Rouen, Avril 2005, Volume n°34 – N° HS1, p.130-134, p.131-132.

[50] Bonalda C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016 ; (30-31) :528-40.

[51] Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):301-7.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
GLOSSAIRE	5
SOMMAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	9
1. GENERALITES (INPES).....	9
1.1. LE TABAGISME ACTIF EN FRANCE.....	9
1.2. LE TABAGISME PASSIF.....	10
1.2.1. Définition.....	10
1.2.2. Le courant secondaire, « tabagisme passif ».....	10
1.2.3. Le tabagisme ultra-passif.....	11
1.3. EPIDEMIOLOGIE.....	13
1.3.1. Epidémiologie : le tabagisme actif chez les femmes enceintes.....	13
1.3.2. Epidémiologie : le tabagisme passif chez les femmes enceintes.....	13
2. TABAGISME PASSIF ET COMPLICATIONS GRAVIDIQUES.....	14
2.1. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN (RCIU).....	14
2.2. MORT INATTENDUE DU NOURRISSON.....	14
2.3. ACCOUCHEMENT PREMATURE.....	15
2.4. MALFORMATION CONGENTALE.....	15
2.5. AVORTEMENT ET MORTALITE PERINATALE.....	16
2.6. ASPHYXIE FETALE IN UTERO.....	16
2.7. SENSIBILISATION ALLERGIQUE.....	16
2.8. CANCERS PEDIATRIQUES.....	16
2.9. HYPERACTIVITE DE L'ENFANT.....	16
3. RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT LE TABAGISME PASSIF MATERNEL.....	17
4. PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PASSIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE.....	19
4.1. LEGISLATION.....	19
4.2. PREVENTION PAR LE CONSEIL.....	19
4.3. INTERVENTION BREVE.....	20
4.3.1. Dépistage.....	20
4.3.2. Conseil d'arrêt.....	20
4.3.3. Motivation.....	21
4.3.4. Orientation.....	21
4.4. RENFORCEMENT MOTIVATIONNEL.....	21
4.5. TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUE.....	22
4.5.1. Les gommes à mâcher.....	22
4.5.2. Les systèmes transdermiques.....	22
4.5.3. Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer.....	23
4.5.4. L'inhaleur.....	23
4.5.5. Le spray buccal.....	23
MATERIEL ET METHODE.....	25
1. TYPE D'ETUDE.....	25
1.1. POPULATION ETUDIEE.....	25
1.1.1. Modalités de réalisation de l'étude.....	25
2. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	26

RESULTATS.....	27
1. ANALYSE DES RESULTATS.....	27
1.1. ANNEE DE DIPLOME	27
PARMI LES REpondANTS :	27
- 11 ETE DIPLOMES DEPUIS 1AN OU MOINS	27
- 14 EXERÇAIENT DEPUIS 1 A 5ANS.....	27
- 17 DEPUIS 5 A 10ANS	27
- 13 DEPUIS 10 A 15ANS	27
- 11 D'ENTRE EUX DEPUIS 15 A 20ANS	27
- 14 EXERCAIENT DEPUIS 20 A 30ANS.....	27
- 13 D'ENTRE EUX EXERCAIENT DEPUIS PLUS DE 30ANS.....	27
1.2. LIEUX D'EXERCICE.....	28
1.3. FORMATION COMPLEMENTAIRE	28
1.4. FREQUENCE DES CONSULTATIONS PRE-NATALES	28
1.5. DUREE DES CONSULTATIONS PRE-NATALES	29
1.6. CONSEIL D'ARRET DU TABAC.....	29
1.7. THEMATIQUES ABORDEES EN CONSULTATION PRE-NATALES	29
1.8. TABAC ET CANNABIS, LORS DE L'ANAMNESE.....	30
1.9. CONSULTATIONS SUIVANTES	31
1.10. INFORMATION SUR LES EFFETS DU TABAGISME ACTIF MATERNEL.....	31
1.11. PRINCIPALES CONSEQUENCES POUR LE FETUS ET L'ENFANT A NAITRE DU TABAGISME ACTIF MATERNEL SELON LES SAGES-FEMMES INTERROGEES	31
1.12. INFORMATIONS SUR LES EFFETS DU TABAGISME PASSIF DURANT LA GROSSESSE	31
1.13. PRINCIPALES CONSEQUENCES POUR LE FETUS ET L'ENFANT A NAITRE DU TABAGISME PASSIF MATERNEL SELON LES SAGES-FEMMES INTERROGEES	32
2. PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES PAR LES SAGES-FEMMES.....	32
2.1. FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES TNS PAR LES SAGES-FEMMES.....	33
2.2. PROFESSIONNELS AUTORISES A PRESCRIRE DES TNS A LA FEMME ENCEINTE	33
2.3. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS POUR ABORDER LE TABAGISME AUPRES DES FEMMES ENCEINTES	33
2.4. ORIENTATION DES PATIENTES POUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN CAS DE NON PRESCRIPTION DE TNS PAR LES SAGES-FEMMES LORS D'UNE CONSULTATION	34
3. PRESCRIPTIONS DE TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE	34
3.1. FREQUENCE DE PRESCRIPTION DES TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE	35
3.2. RAISONS POUR LESQUELLES LES SAGES-FEMMES N'ONT JAMAIS PRESCRIT DE TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE.....	35
3.3. AUTRES RAISONS DE NON PRESCRIPTION DE TNS A L'ENTOURAGE DE LA FEMME ENCEINTE ...	35
3.4. TAUX DE SAGES-FEMMES DEMANDANT « ETES-VOUS EXPOSEE AU TABAGISME PASSIF ? »	36
3.5. PROFESSIONNELS AUTORISES A PRESCRIRE DES TNS A L'ENTOURAGE D'UNE FEMME ENCEINTE 37	
3.6. INTENTION DE PRESCRIPTION DES TNS EN FONCTION DU DROIT DE PRESCRIPTION	37
4. DIFFICULTES RENCONTREES POUR ABORDER LE SUJET DE « L'ALCOOL » AVEC LES FEMMES ENCEINTES.....	38
5. THEMES CONSIDERES ETHIQUES A ABORDER EN CONSULTATION PRENATALE REALISEE PAR LES SAGES-FEMMES	38
DISCUSSION	39
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
TABLE DES MATIERES	59
ANNEXES.....	61

ANNEXES

ANNEXE I

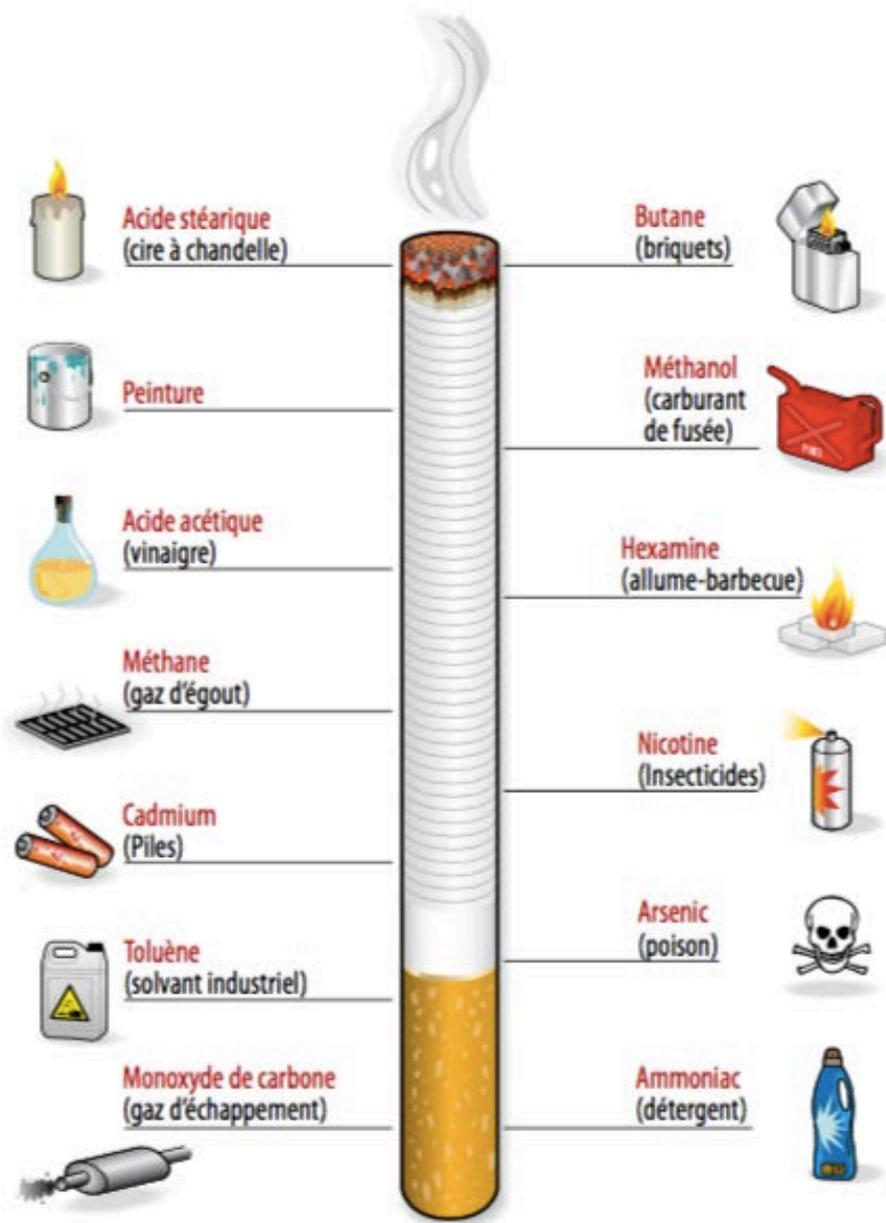


Image 1 : Aperçu de la composition de la fumée de tabac (Source OMS)

ANNEXE II

Questionnaire de mémoire

27/04/2018

https://app.evalandgo.com/edits/print_content.php

Questionnaire de mémoire : La prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte.

A destination des sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine réalisant des consultations prénatales.

Temps de participation : 15 minutes.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je prépare mon mémoire sur « la prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages femmes libérales et hospitalières de lorraine réalisant des consultations prénatales ».

Je me permets de solliciter votre participation afin que vous répondiez à mes questions dans le but de réaliser une enquête sur les pratiques professionnelles dans le cadre de l'élargissement des compétences des sages-femmes.

Cette étude est complètement anonymisée, facultative et à pour finalité deux objectifs : contribuer à un travail de recherche, dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes enceintes en contact avec le tabagisme de leur entourage, ainsi que de valider mon mémoire de fin d'études dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme.

D'avance, je vous remercie pour votre participation et le temps que vous m'accorderez.

Pour toutes informations complémentaires : a.raviart@hotmail.fr

1.
Depuis combien d'année(s) êtes-vous diplômé(e)

*

2.
Dans quel secteur travaillez-vous ?

*

- Libéral
- Hospitalier
- Libéral + hospitalier
- Ajouter un champ

3.
Êtes-vous en possession d'un DU ou DIU ?

*

- Je ne possède pas de DU ou DIU
- Tabacologie
- Addictologie
- Ajouter un champ

4.
Réalisez-vous des consultations prénatales ?

*

- OUI
- NON

5.

A quelle fréquence réalisez-vous des consultations prénatales ?

*

- Quotidiennement
- Hebdomadairement
- Mensuellement
- Rarement
- Ajouter un champ

6.

Combien de temps disposez-vous pour réaliser une consultation prénatale ?

*

- < 10 minutes par patiente
- Entre 10 et 15 minutes par patiente
- Entre 15 et 20 minutes par patiente
- Entre 20 et 25 minutes par patiente
- 30 minutes par patiente
- > 30 minutes par patiente

7.

Connaissez-vous le "conseil d'arrêt du tabac" ?

*

- OUI
- NON

8.

Quelle(s) thématique(s) abordez-vous lors de vos consultations avec vos patientes ?

*

- Le tabagisme actif
- Le tabagisme passif
- L'alcool
- Les autres toxiques
- La nutrition
- Le sport et la grossesse
- Ajouter un champ

9.

Lors de l'anamnèse à la première consultation, concernant le tabac et le cannabis, posez-vous les questions suivantes :

*

- Fumez-vous du tabac ?
- Avez-vous fumé du tabac ?
- Fumez-vous du cannabis ?
- Votre conjoint est-il fumeur ?
- Qui dans votre entourage consomme du tabac ?
- Fume-t-on à l'intérieur de votre domicile ?
- Fume-t-on à l'intérieur de votre véhicule ?

10.

Lors des consultations suivantes, posez-vous les questions précédentes systématiquement ?

*

- OUI
- NON

11.

Informez-vous systématiquement vos patientes des effets du tabagisme actif ?

*

- OUI
- NON

12.

Citez les principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme actif :

*

Ne sait pas ? inscrire : NSP

13.

Informez-vous systématiquement vos patientes des effets du tabagisme passif ?

- OUI
 NON

14.

Citez les principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme passif :

*

Ne sait pas ? Inscrivez : NSP

15.

Avez-vous déjà prescrit des substituts nicotiques (TSN) ?

*

- OUI
 NON

16.

A quelle fréquence :

- Fréquemment
 Rarement

17.

Avez-vous déjà prescrit des substituts nicotiques à l'entourage de vos patientes ?

- OUI
 NON

18.

A quelle fréquence en prescrivez-vous ?

- Rarement
 Fréquemment

19.

Si vous n'avez jamais prescrit de substituts nicotiques, pourquoi ?

- Je n'ai pas le droit de prescription
 Ce n'est pas un acte cotable auprès de la sécurité sociale
 Je n'ai pas les connaissances nécessaires pour prescrire ce type de substituts
 Ajouter un champ

20.

Quelles sont, selon vous, les difficultés que vous rencontrez pour aborder le tabagisme auprès des femmes enceintes ?

*

- Vous n'avez pas de difficultés
- Le tabagisme est un sujet tabou
- Ce n'est pas un sujet important
- Vous manquez vous-même de connaissance à ce sujet
- Vous n'y pensez pas
- Vous n'avez pas le temps lors de vos consultations
- Ajouter un champ

21.

Quelles sont, selon vous, les difficultés que vous rencontrez pour aborder la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes ?

*

- Vous n'avez pas de difficultés
- L'alcool est un sujet tabou
- Ce n'est pas un sujet important
- Vous manquez vous-même de connaissance à ce sujet
- Vous n'y pensez pas
- Vous n'avez pas le temps lors de vos consultations
- Ajouter un champ

22.

Selon vous, qui peut prescrire des substituts nicotiniques chez une femme enceinte ?

*

- Le médecin généraliste
- Le gynécologue-obstétricien
- La sage-femme en secteur hospitalier
- La sage-femme libérale
- La sage-femme en possession d'un DU ou DIU de tabacologie ou addictologie

23.

Selon vous, qui peut prescrire des substituts nicotiniques à l'entourage d'une femme enceinte ?

*

- Le médecin généraliste
- Le gynécologue-obstétricien
- La sage-femme en secteur hospitalier
- La sage-femme libérale
- La sage-femme en possession d'un DU ou DIU en tabacologie ou addictologie

24.

Si vous pouviez ou pouvez prescrire des substituts nicotiniques aux proches fumeurs de vos patientes, le feriez-vous ?

*

- OUI
- NON
- Ne sait pas

25.

Si vous-même n'assurez pas la prise en charge du tabagisme, vers qui orientez-vous de préférence vos patientes fumeuses ?

*

- Médecin traitant
- Gynécologue-obstétricien
- Collègue sage-femme formée en tabacologie
- Consultation médicale spécialisée en tabacologie / addictologie
- Vous ne l'orientez pas

26.

Posez-vous la question "êtes vous exposée au tabagisme passif" ?

*

- OUI
- NON

27.

Si oui, demandez-vous :

- Où ?
- Comment ?
- Par qui ?
- Combien ?

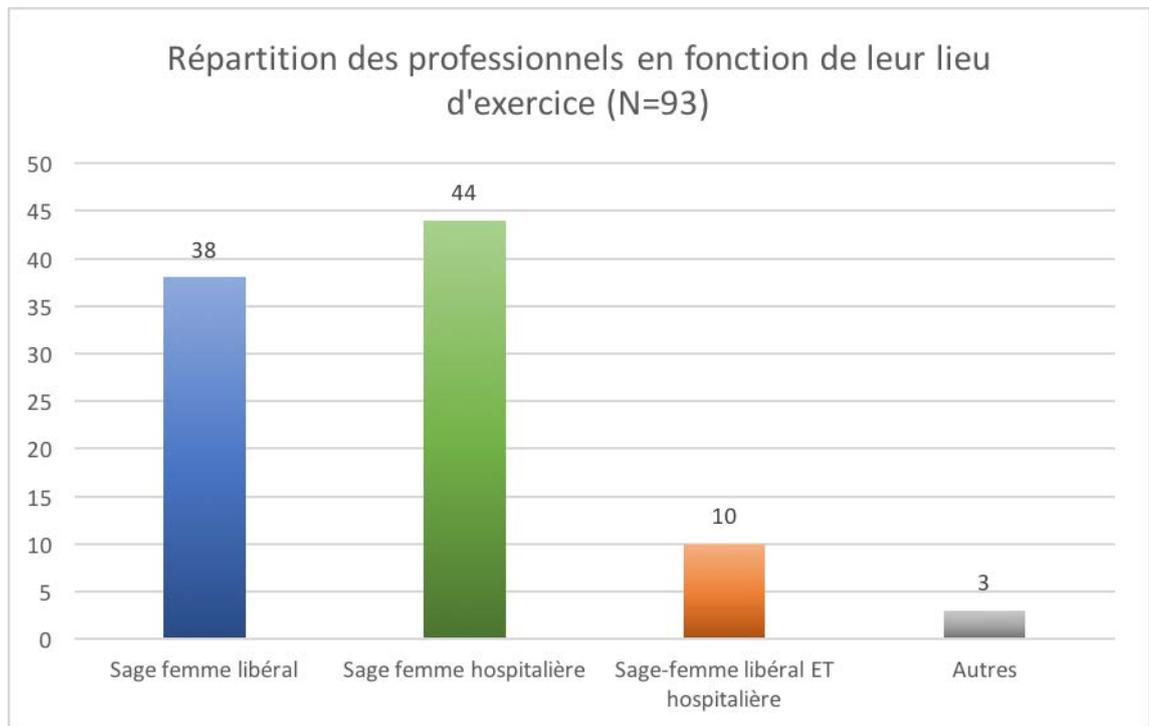
28.

Selon vous, est-il éthique d'aborder systématiquement au cours d'une consultation prénatale :

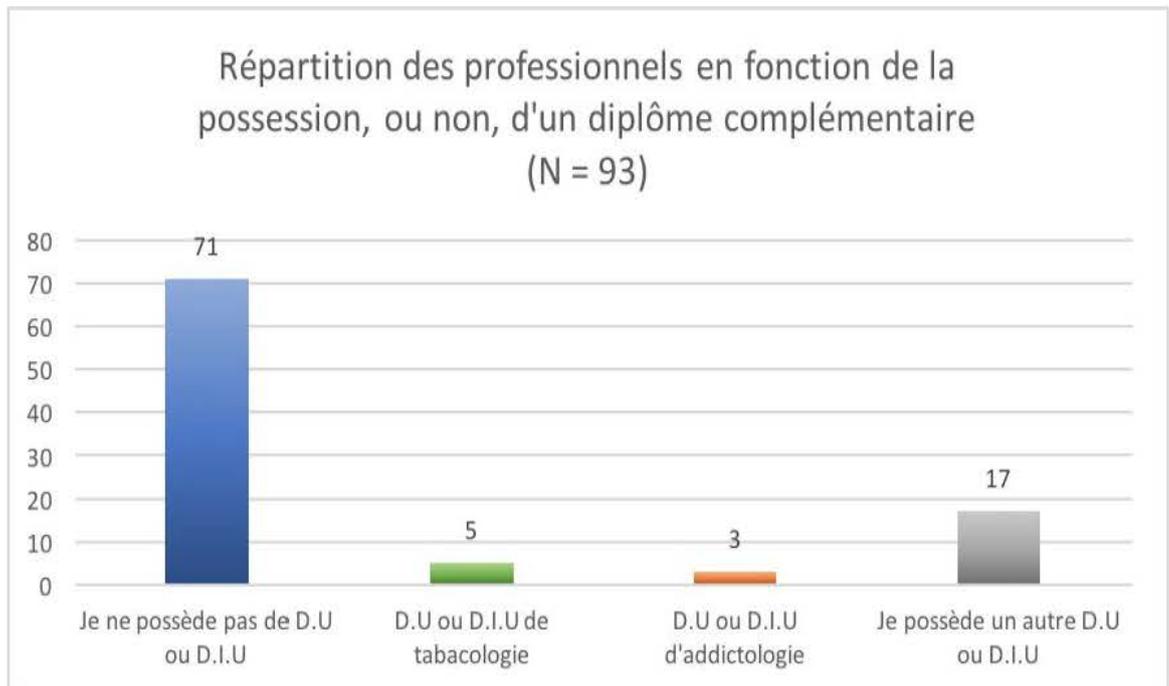
*

- Diabète
- HTA
- Tabac
- Alcool
- Toxiques
- Violences conjugales

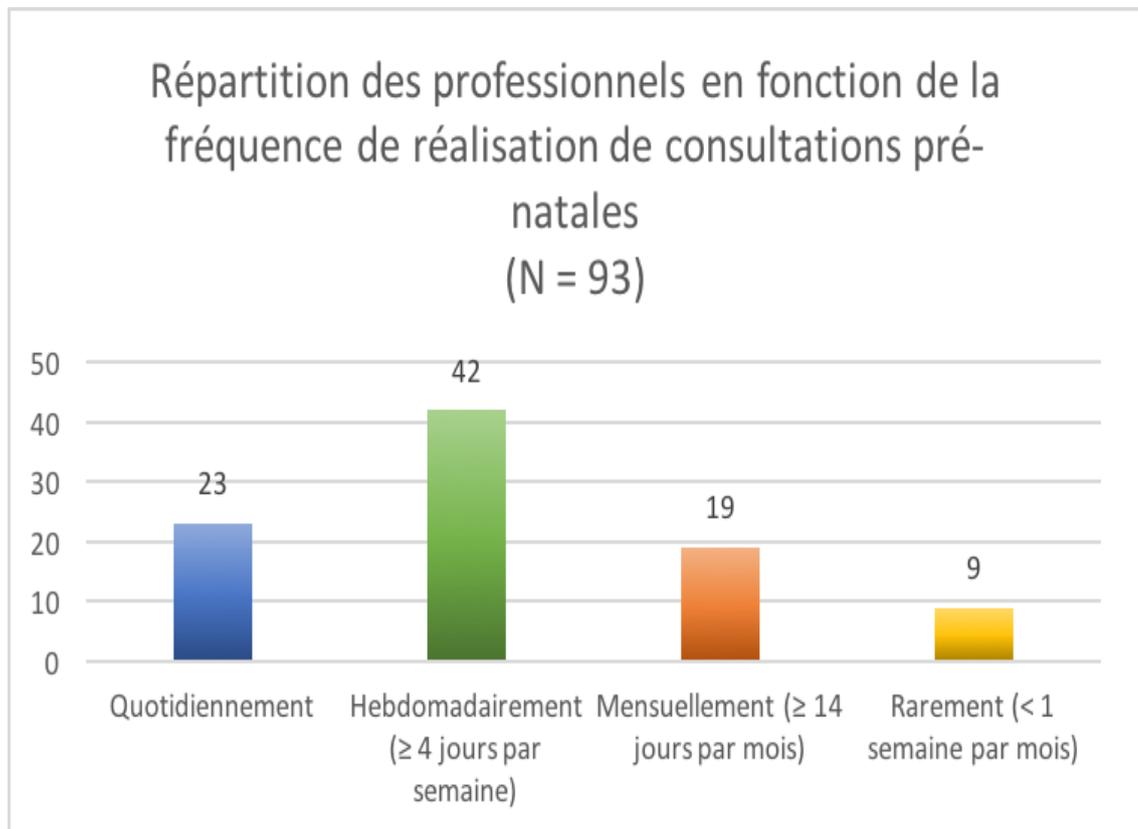
ANNEXE III



ANNEXE IV

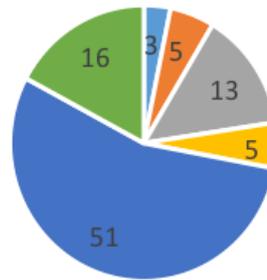


ANNEXE V



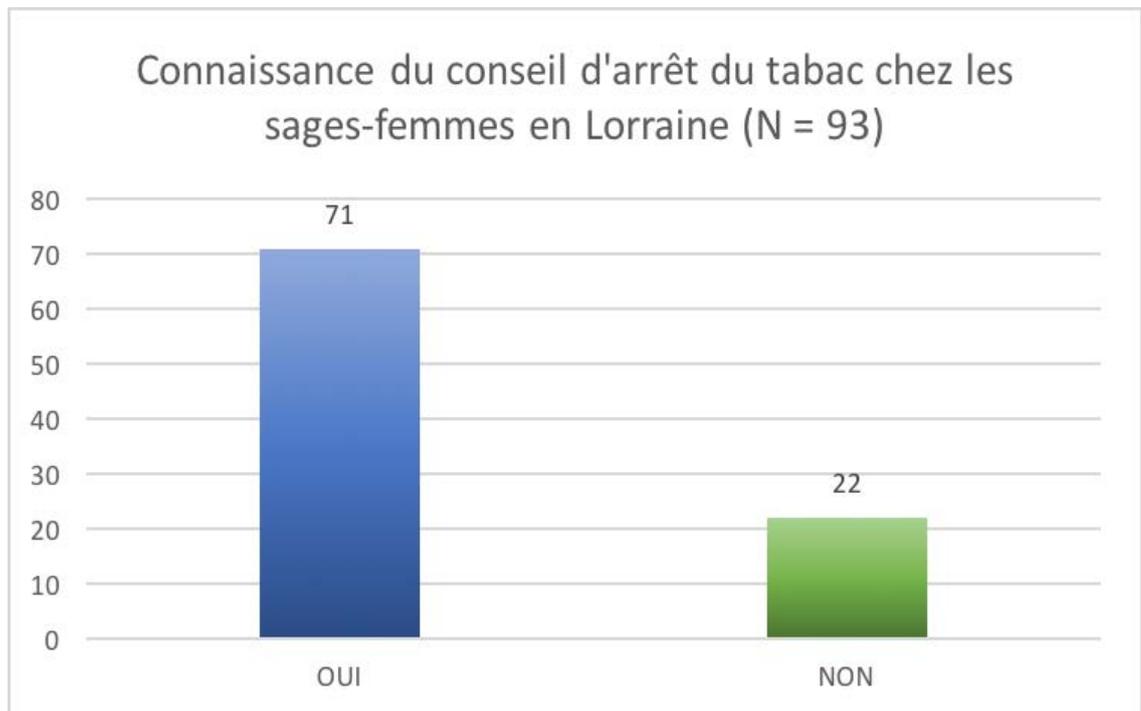
ANNEXE VI

Temps accordé par patiente lors d'une
consultation pré-natale
(N = 93)

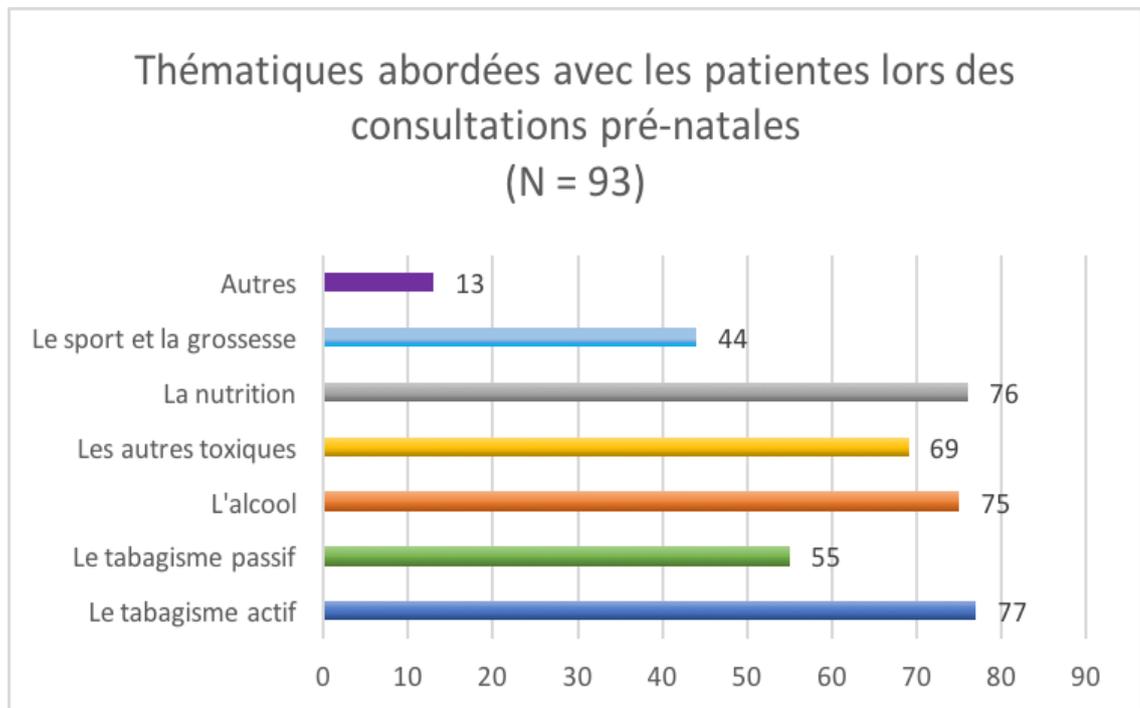


■ < 10 minutes ■ [10-15min] ■ [15-20 min] ■ [20-25 min] ■ 30 min ■ > 30 min

ANNEXE VII

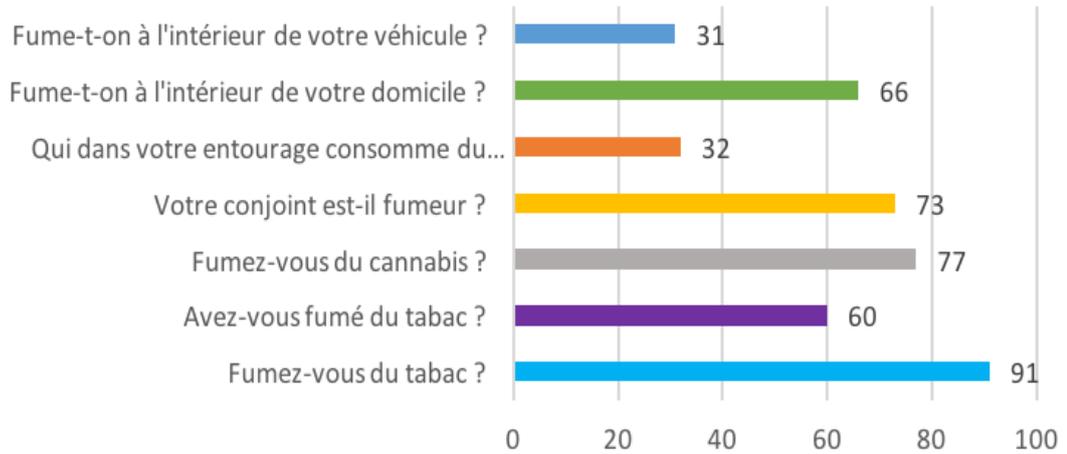


ANNEXE VIII

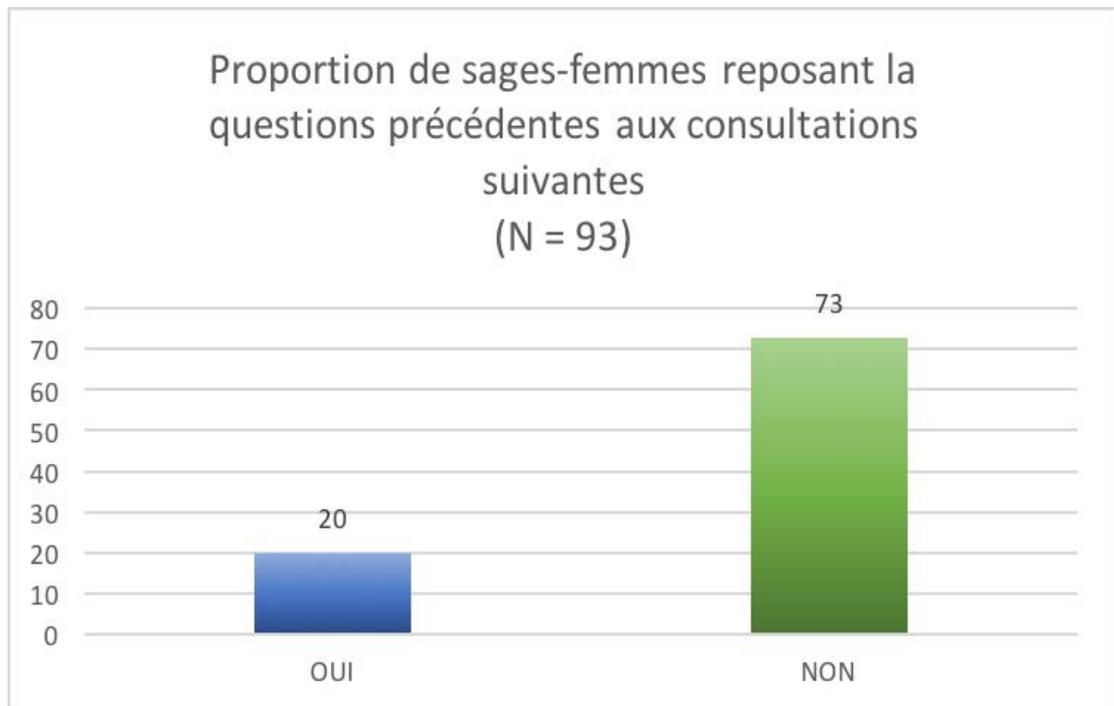


ANNEXE IX

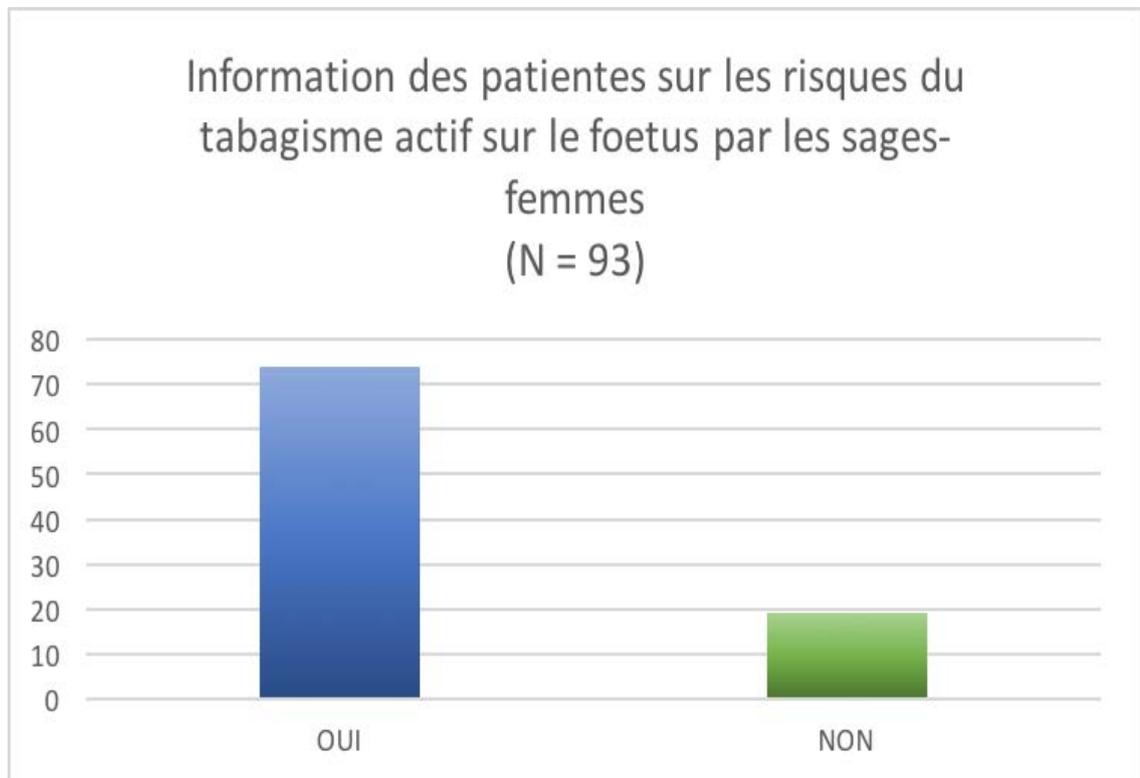
Questions concernant le tabac et le cannabis,
posées systématiquement lors de l'anamnèse (N
= 93)



ANNEXE X



ANNEXE XI

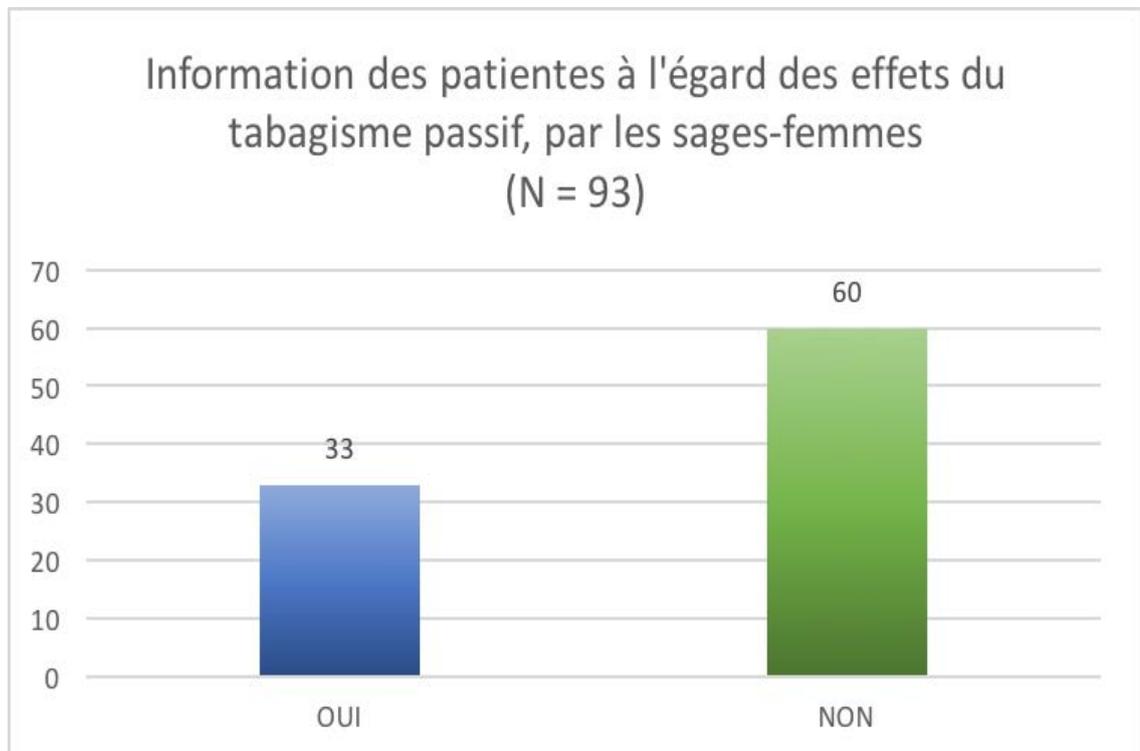


ANNEXE XII

Tableau 1 – Principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme actif selon les sages-femmes interrogées

<i>Intitulé du risque</i>	<i>Fréquence de leur citation par les sages-femmes interrogées (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Retard de croissance intra utérin	62	25,62
Prématurité / menace d'accouchement prématuré	40	16,53
Syndrome de sevrage	22	9,09
Mort inattendue du nourrisson	21	8,68
Asthme	15	6,2
Affections broncho-pulmonaires	12	4,96
Petit poids pour l'âge gestationnel	11	4,55
Fausse couche spontanée	10	4,13
Mort fœtale in utero	8	3,31
Pathologie de la sphère ORL	8	3,31
Rupture prématurée des membranes	6	2,48
Hématome rétro-placentaire	4	1,65
Prédisposition au tabagisme	4	1,65
Risque de métrorragies	3	1,24
Pré-éclampsie	3	1,24
Prédisposition allergique	3	1,24
Augmentation du monoxyde de carbone dans le sang	2	0,83
Grossesse extra-utérine	2	0,83
Anomalie du rythme cardiaque fœtale	1	0,41
Hyperactivité bronchique	1	0,41
Retard mental	1	0,41
Pleurs intenses	1	0,41
Cancers pédiatriques	1	0,41
Malformations	1	0,41
TOTAL (pour 93 sages-femmes interrogées)	242	100

ANNEXE XIII

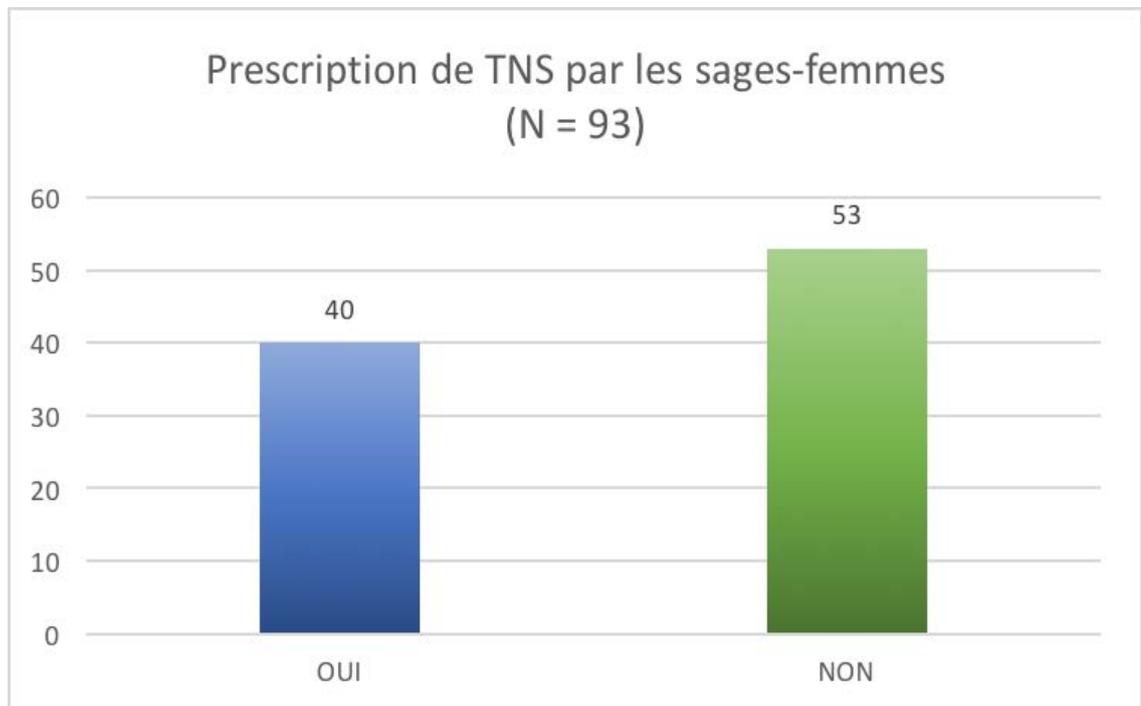


ANNEXE XIV

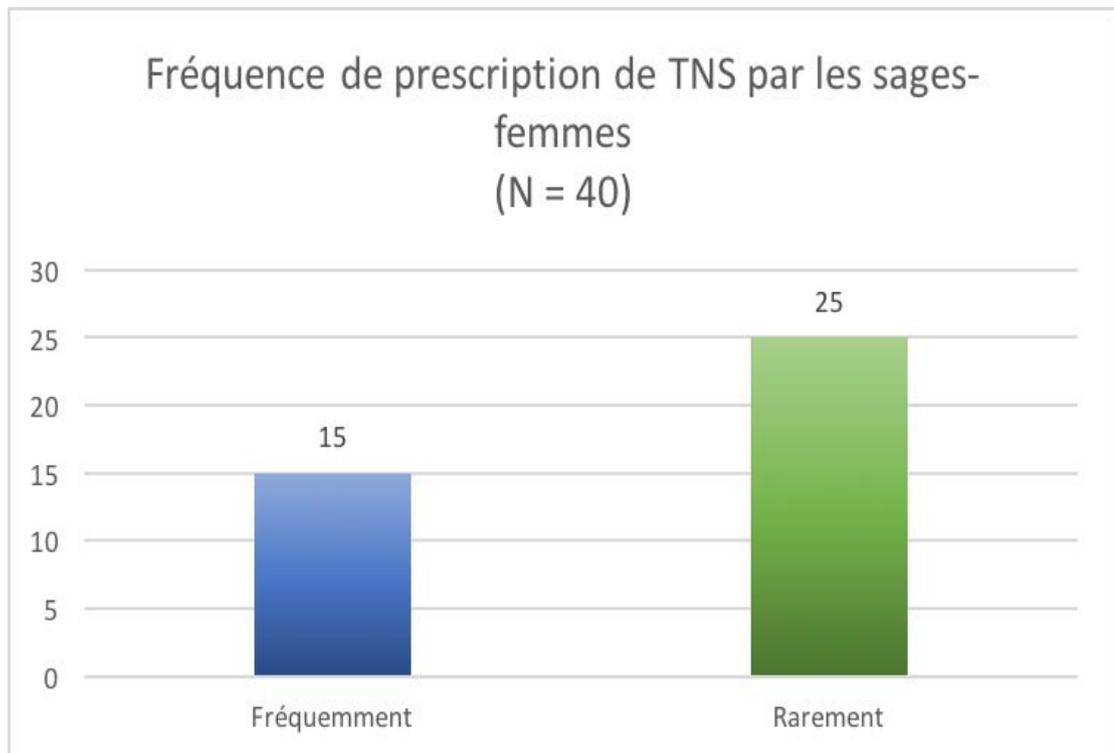
Tableau 2 – Principales conséquences pour le fœtus et l'enfant à naître du tabagisme passif selon les sages-femmes interrogées

<i>Intitulé du risque</i>	<i>Fréquence de leur citation par les sages-femmes interrogées (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
Retard de croissance intra utérin	53	30,81
Prématurité / menace d'accouchement prématuré	31	18,02
Mort inattendue du nourrisson	19	11,05
Ne sait pas	16	9,3
Asthme	11	6,4
Pathologies de la sphère ORL	11	6,4
Petit poids pour l'âge gestationnel	11	6,4
Pas de risque pour le fœtus	4	2,33
Fausse couche spontanée	4	2,33
Augmentation du monoxyde de carbone dans le sang	4	2,33
Rupture prématurée des membranes	3	1,74
Hématome rétro-placentaire	2	1,16
Grossesse extra-utérine	1	0,58
Cancers pédiatriques	1	0,58
Métrorragies	1	0,58
TOTAL (Sur 93 répondants)	172	100

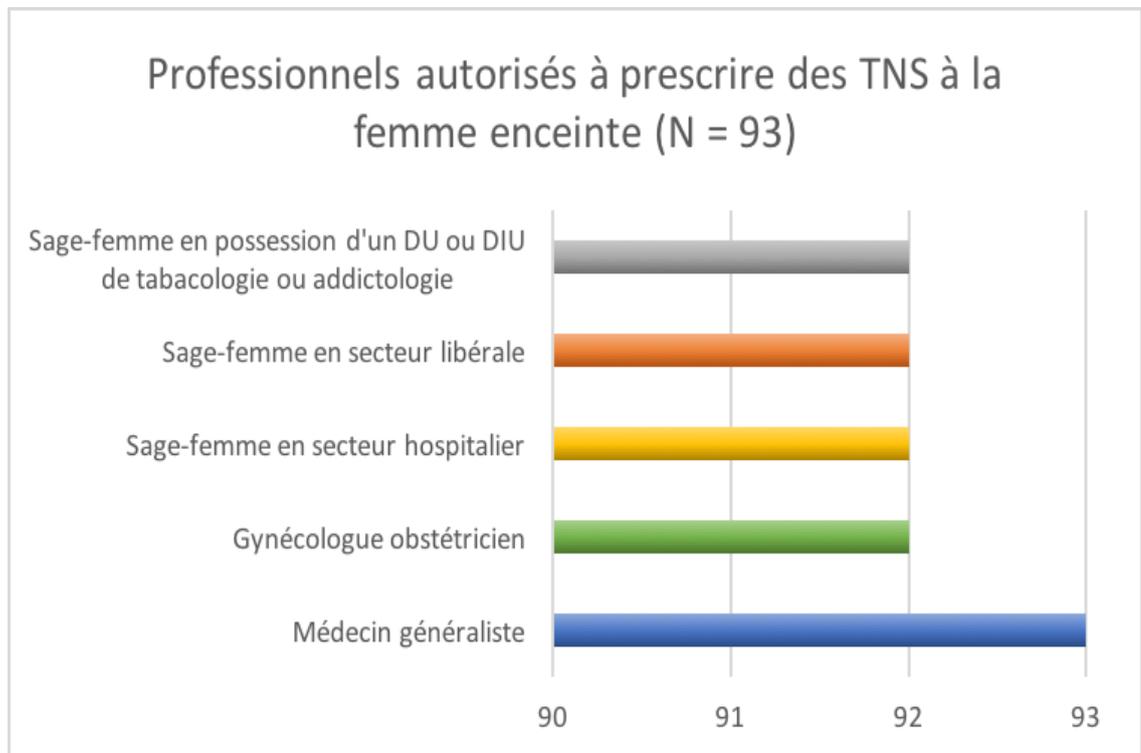
ANNEXE XV



ANNEXE XVI

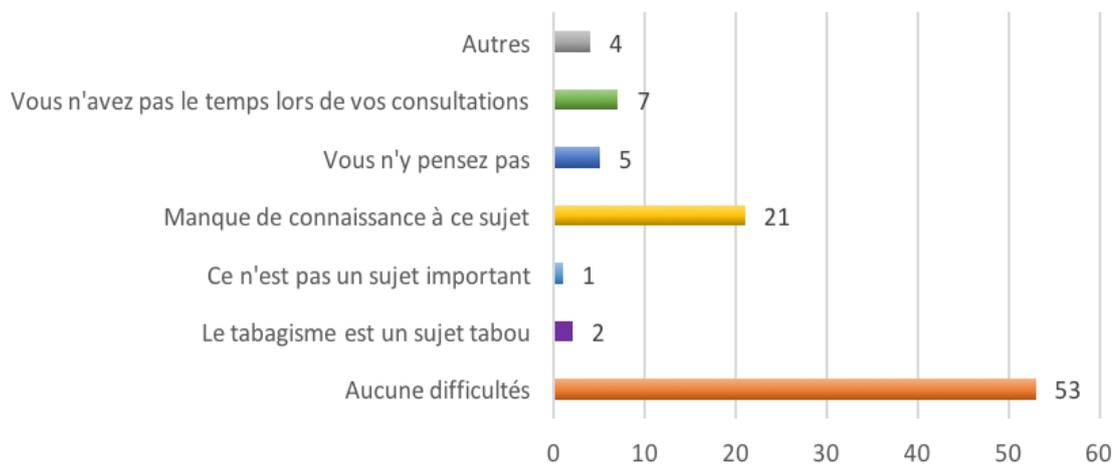


ANNEXE XVII

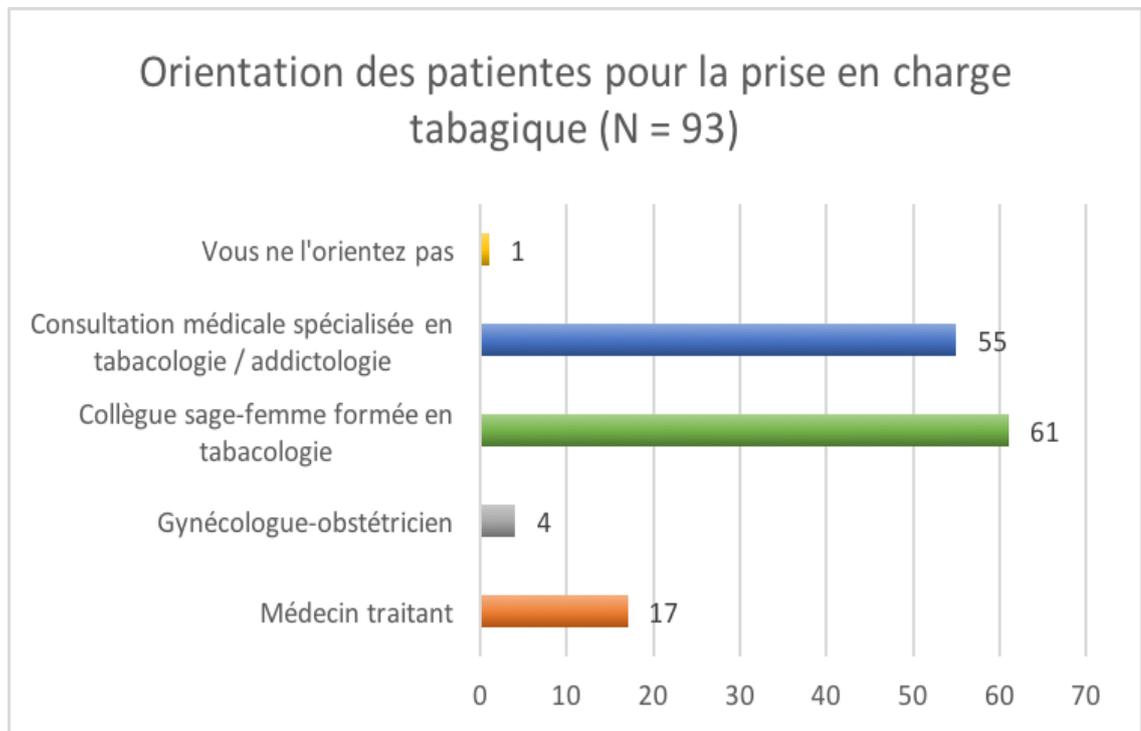


ANNEXE XVIII

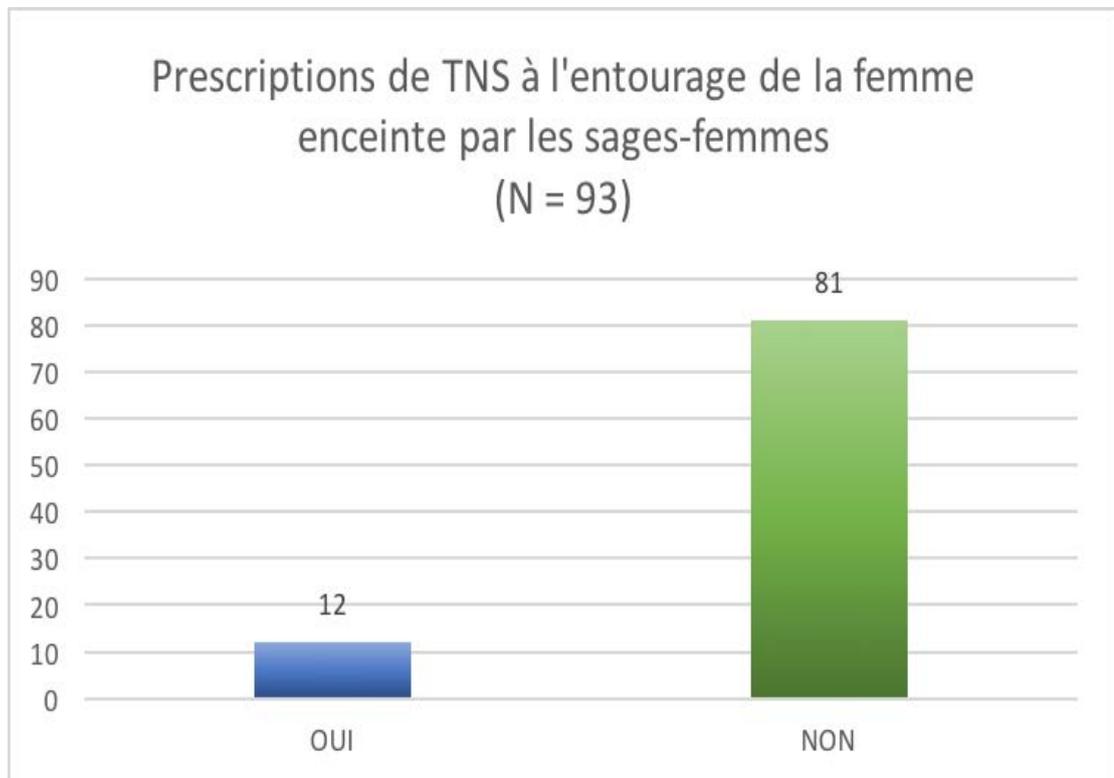
Difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder le tabagisme auprès des femmes enceintes (N = 93)



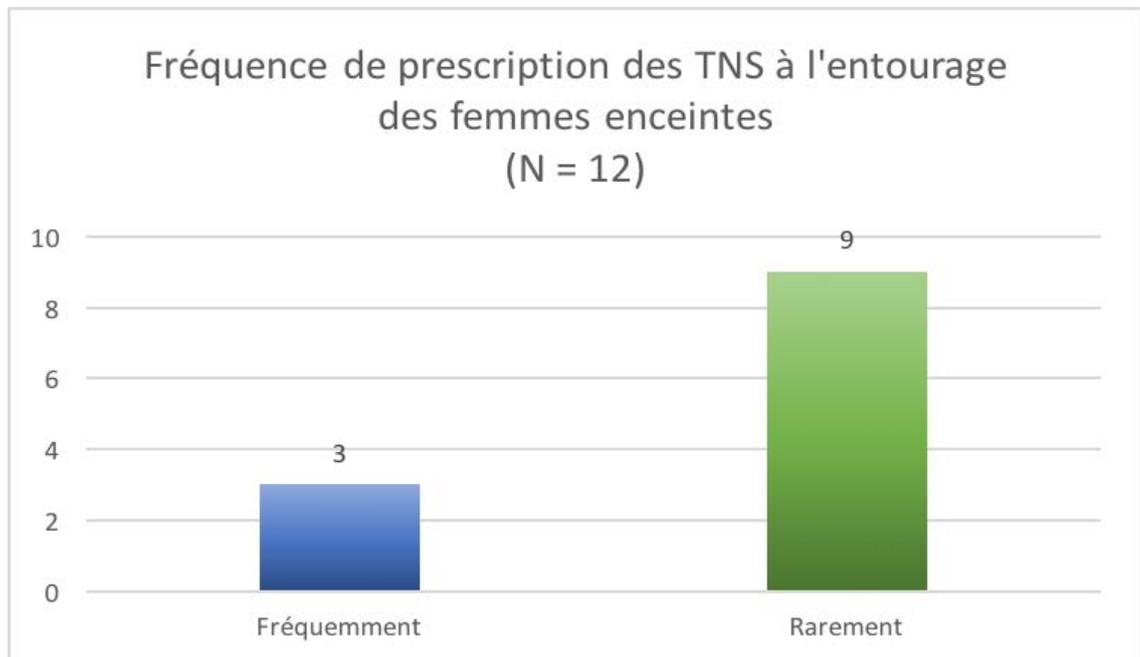
ANNEXE XIX



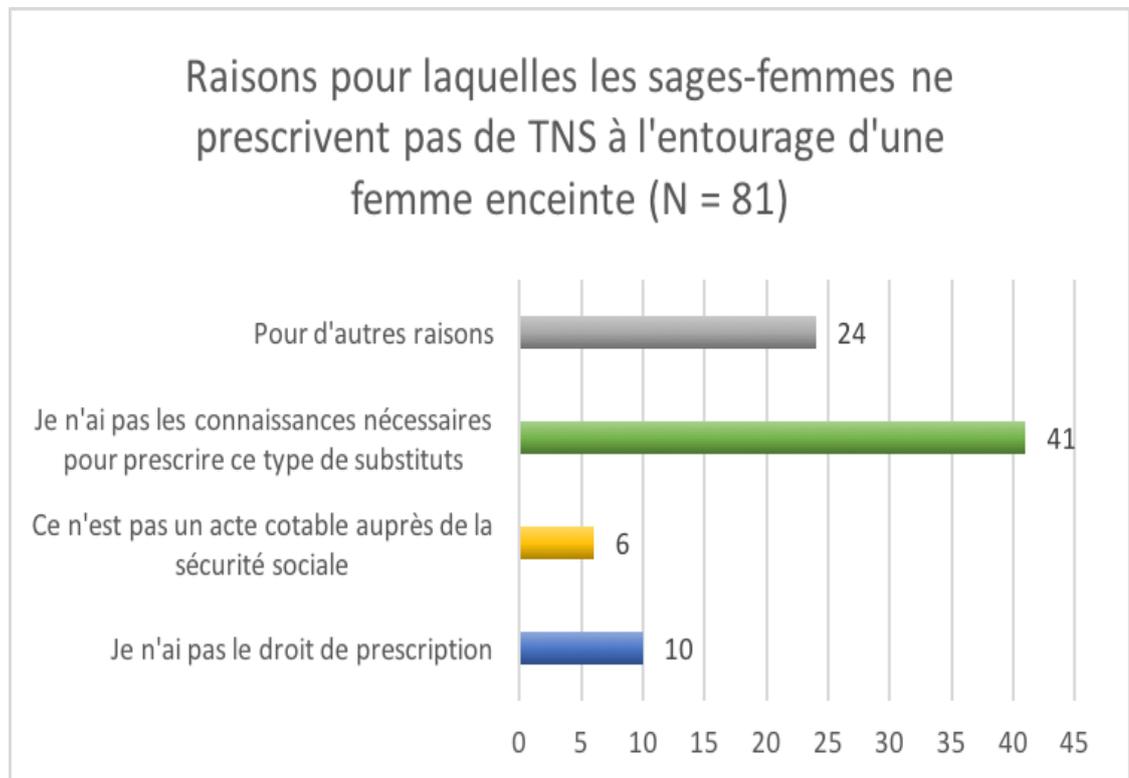
ANNEXE XX



ANNEXE XXI

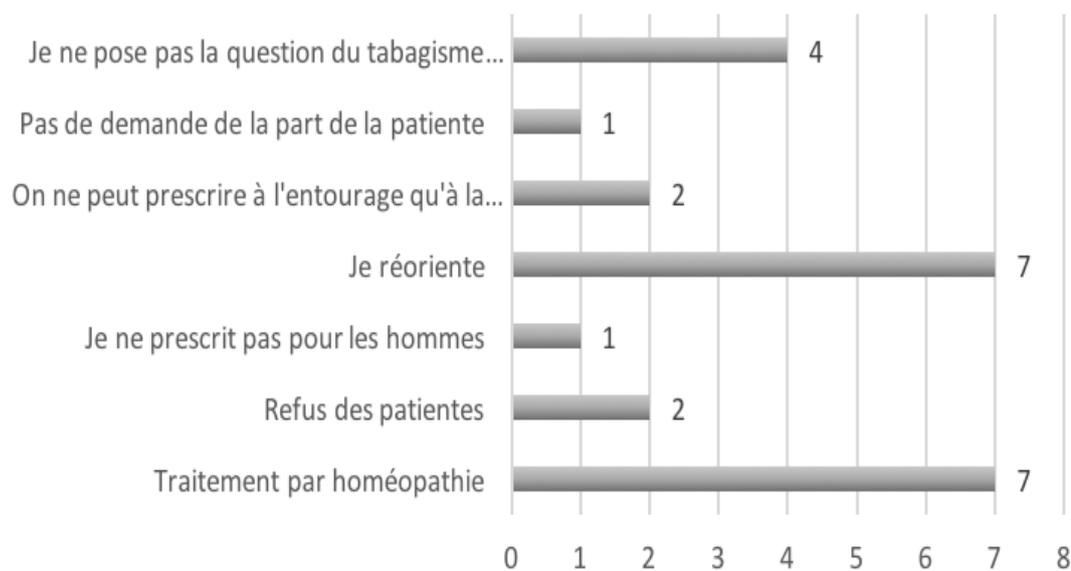


ANNEXE XXII

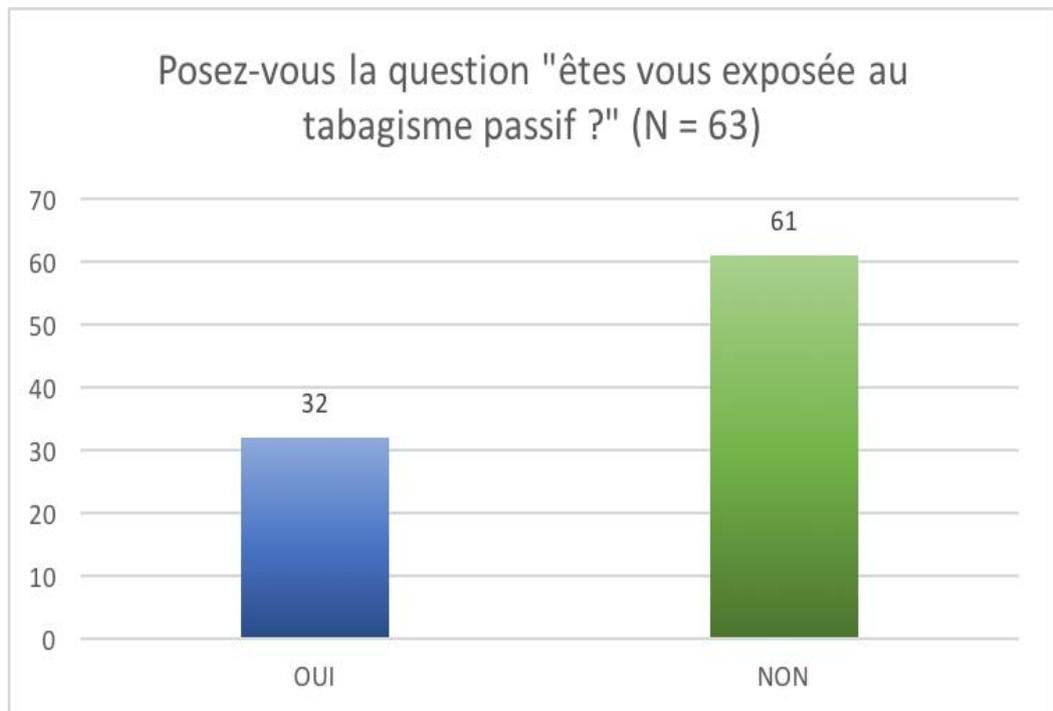


ANNEXE XXIII

Autres raison de non prescription à l'entourage (N = 24)

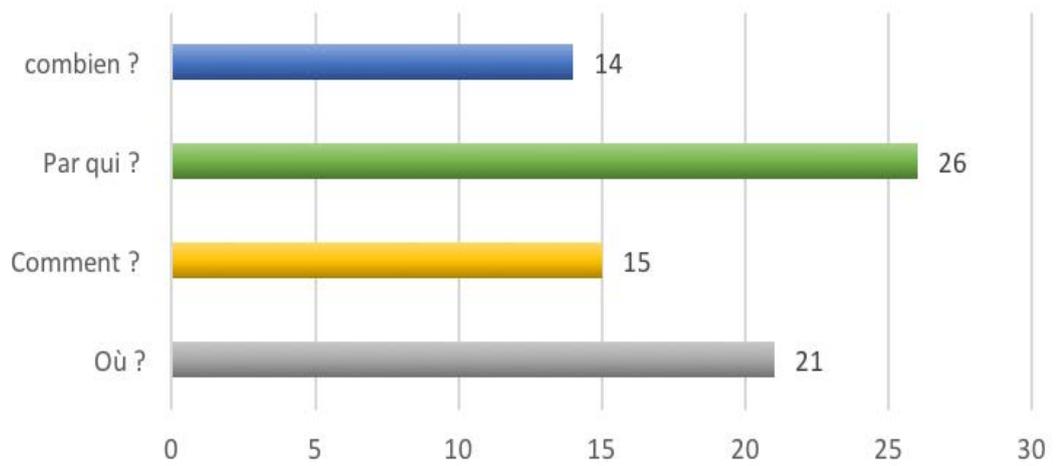


ANNEXE XXIV

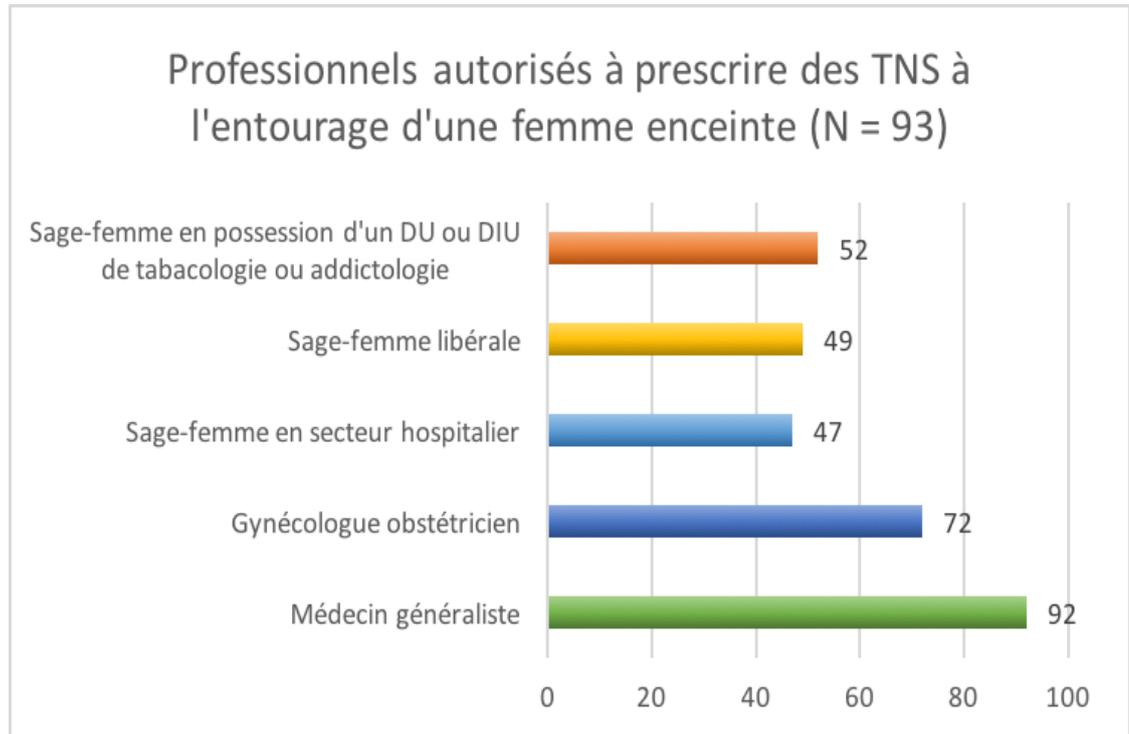


ANNEXE XXV

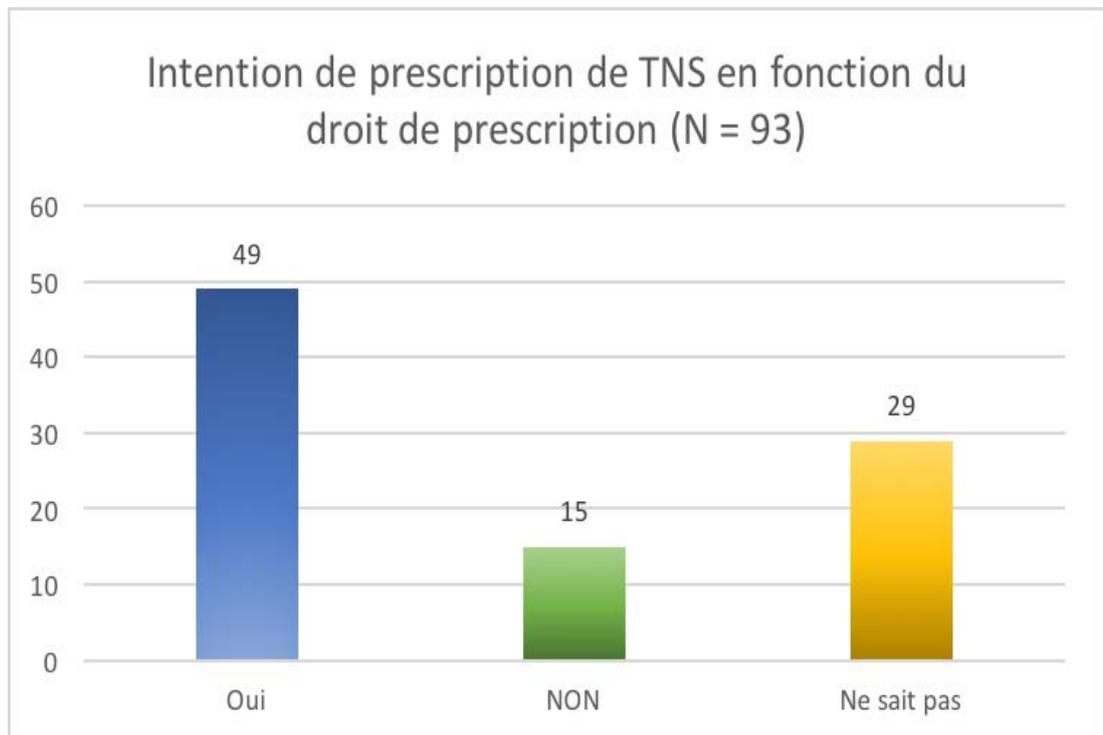
A la question "Êtes-vous exposées au tabagisme passif ?" si oui demandez vous :
(N = 32)



ANNEXE XXVI

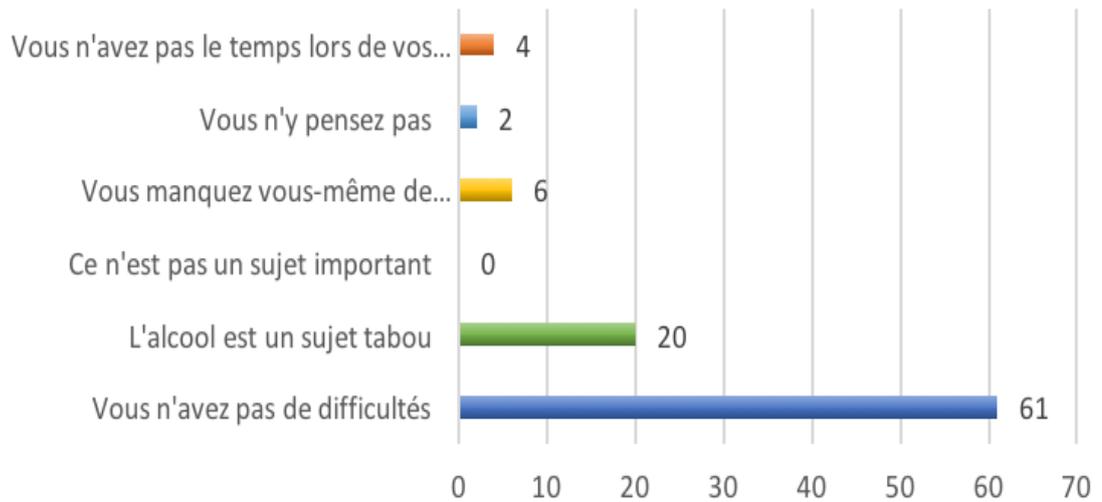


ANNEXE XXVII



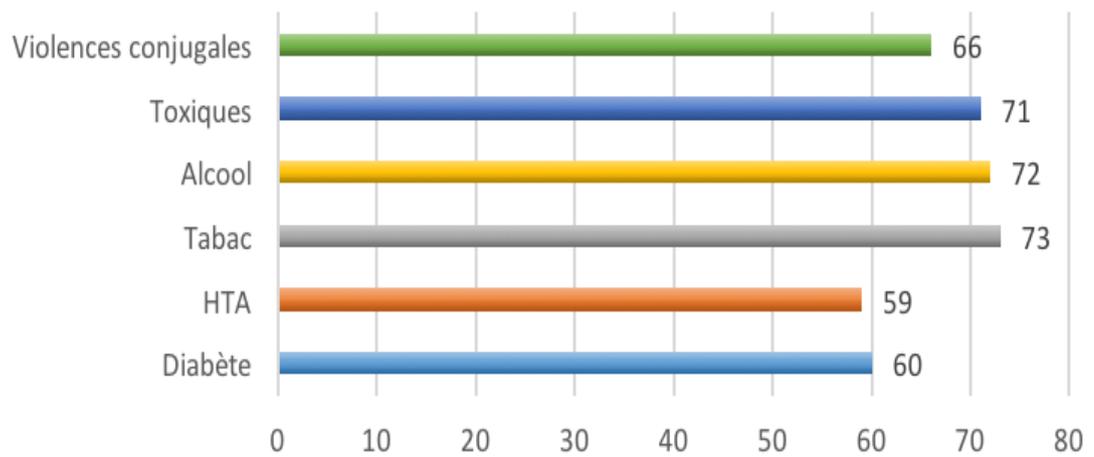
ANNEXE XXVIII

Difficultés rencontrées par les professionnels pour aborder le sujet de l'alcool auprès des femmes enceintes (N = 93)



ANNEXE XXIX

Proportion de professionnels trouvant éthique
d'aborder au décours d'une consultation
prénatale les thèmes suivants :
(N = 93)



Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de RAVIART Alexy - 2018

Titre du mémoire

La prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine.

Evaluation des pratiques professionnelles

Résumé structuré

Le tabagisme passif gravidique est un enjeu de santé publique. Les risques et les conséquences pour les fœtus des femmes exposées à la fumée de cigarette de leur entourage : les retards de croissance in utérin, les petits poids pour l'âge gestationnel et les morts inattendues du nourrisson sont à l'heure d'aujourd'hui prouvés scientifiquement, d'autres sont encore sources de présomption.

Des études sont encore nécessaires pour pouvoir évaluer l'ensemble des risques.

Les objectifs de cette étude qualitative sont d'évaluer s'il existe une prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes réalisant des consultations prénatales en Lorraine, l'évaluation du taux de prescription de substituts nicotiques réalisé par les sages-femmes de consultation prénatale et l'attention portée par les sages-femmes relatif au tabagisme passif lors des consultations prénatales.

Les résultats révèlent une prise en charge très faible du tabagisme passif chez les femmes enceintes en Lorraine, résultat d'un manque de connaissance issu d'une lacune de la formation initiale sur la prise en charge tabagique.

Mots clés (3)

Tabagisme passif – Grossesse – Tabac – Prise en charge du tabagisme passif