



HAL
open science

La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum : les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un suivi régulier en post-partum : étude réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy de novembre 2020 à mars 2021 : étude observationnelle, prospective, unicentrique, qualitative par entretien semi-directif

Mathilde Leroy

► **To cite this version:**

Mathilde Leroy. La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum : les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un suivi régulier en post-partum : étude réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy de novembre 2020 à mars 2021 : étude observationnelle, prospective, unicentrique, qualitative par entretien semi-directif. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04320718

HAL Id: hal-04320718

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04320718v1>

Submitted on 4 Dec 2023

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERES DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Leroy Mathilde

**La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en
post-partum.**

**Les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un
suivi régulier en post-partum.**

*Etude réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU
de Nancy de novembre 2020 à mars 2021.*

*Etude observationnelle, prospective, unicentrique, qualitative par
entretien semi-directif.*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Crociati Anaïs

Sage-femme coordinatrice enseignante



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

Leroy Mathilde

**La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en
post-partum.**

**Les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un
suivi régulier en post-partum.**

*Etude réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU
de Nancy de novembre 2020 à mars 2021.*

*Etude observationnelle, prospective, unicentrique, qualitative par
entretien semi-directif.*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Crociati Anaïs

Sage-femme coordinatrice enseignante

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont conseillées, soutenues, et qui se sont rendues disponibles à tout moment pour que ce mémoire soit le plus complet possible.

Madame Crociati Anaïs, sage-femme coordinatrice enseignante, directrice de mon mémoire, qui m'a soutenue et encouragée tout le long de la rédaction de ce mémoire.

Les sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy, qui m'ont, malgré les circonstances exceptionnelles, accordées du temps et m'ont fait part le plus fidèlement possible de leur expérience.

Les différents professionnels tabacologues et addictologues que j'ai rencontrée et avec qui j'ai beaucoup appris à propos des addictions.

J'aimerais remercier mes amies avec qui j'ai partagé ces 4 années d'études, pour tous ces moments de complicité et de rire.

Enfin, j'aimerais remercier ma famille et mon compagnon, pour leur soutien sans faille et leurs encouragements qui ont toujours été d'une grande aide.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION.....	4
1. GENERALITES SUR LE TABAC	4
2. LA LUTTE ANTI-TABAC AU NIVEAU MONDIAL, EUROPEEN ET FRANÇAIS	5
3. LE TABAGISME ET LA FEMME ENCEINTE, LE NOURRISSON ET SON ENTOURAGE.....	6
MATERIEL ET METHODE.....	11
1. POPULATION ETUDIEE	11
2. TYPE D'ETUDE ET METHODOLOGIE.....	12
3. REALISATION DES ENTRETIENS.....	13
4. ANALYSE DES RESULTATS	14
RESULTATS ET DISCUSSION	16
1. LES ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE ENTRE LE TROISIEME TRIMESTRE DE GROSSESSE ET LA FIN DU POST-PARTUM	16
2. PROFILS DES SAGES-FEMMES IMPLIQUEES DANS LA PRISE EN CHARGE EN POST-PARTUM DES PATIENTES SEVREES PENDANT LA GROSSESSE	33
3. OBSTACLES A LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS PERSPECTIVES D'AMELIORATION ET PISTE DE TRAVAI	37
4. LES PROPOSITIONS	40
5. CRITIQUE DE L'ETUDE.....	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
TABLE DES MATIERES	49
ANNEXES.....	51

LISTE DES ABREVIATIONS

CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DE : Diplôme d'Etat
DU : Diplôme Universitaire
ECUN : Entérocolite Ulcéro-Nécrosante
ENP : Enquête Nationale Périnatale
GEU : Grossesse Extra-Utérine
HAS : Haute Autorité de Santé
HRP : Hémorragie Utéro-Placentaire
HTA : Hypertension Artérielle
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy
MSN : Mort Subite du Nourrisson
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PPAG : Petit Poids pour l'Age Gestationnel
RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique
RPM : Rupture Prématuro des Membranes
SFT : Société Francophone de Tabacologie
SPF : Santé Publique France
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
Testeur CO : Testeur de Monoxyde de Carbone
TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

INTRODUCTION

« Le tabac est le vecteur de mort le plus implacable jamais mis au point et déployé à l'échelle de la planète. »

John Seffrin, Directeur général de l'American Cancer Society et ancien Président de l'union international contre le cancer (UICC) (1).

1. GENERALITES SUR LE TABAC

La consommation de tabac est un problème de santé publique majeur, c'est une cause importante de décès, de maladies, et d'appauvrissement. Concernant la santé publique mondiale la consommation de tabac est l'une des plus graves menaces qui n'ait jamais pesée sur l'Homme. Les dangers sont réels : le tabac tue plus d'une personne consommatrice sur deux, plus de 8 millions de morts chaque année, 7 millions sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs et 1,2 millions sont des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée de cigarette, victimes du tabagisme passif (2).

Concernant plus particulièrement la France, entre 2000 et 2016, on observait une prévalence du tabagisme aux alentours de 30% de consommation dans la population adulte. Depuis 2017, une tendance à la diminution s'engage. L'enquête Baromètre Santé 2018 réalisée par Santé Publique France (SPF) montre cette diminution de la consommation. Les derniers chiffres montrent que la consommation de tabac de manière quotidienne est passée de 26,9 % en 2017 à 25,4 % (28,2 % des hommes et 22,9 % des femmes) en 2018 (3).

Cette diminution de consommation de tabac est à mettre en parallèle avec une augmentation du nombre de vapoteurs (utilisateurs de cigarettes électroniques) en 2018. Les débats autour de la cigarette électronique sont en cours encore en 2021 mais l'OMS rappelle le principe de précaution face à l'utilisation de ces cigarettes (4).

2. LA LUTTE ANTI-TABAC AU NIVEAU MONDIAL, EUROPEEN ET FRANÇAIS

Selon un article de février 2020 publié par Santé Publique France, la baisse de la consommation de tabac en France est à mettre en parallèle avec la lutte anti-tabac renforcée depuis 2014, notamment par la mise en place des plans nationaux. Ces mesures mises en place depuis 5 ans ont permis de faire diminuer de 4,5 points la consommation de tabac quotidienne (5).

Cette lutte est d'abord mondiale, l'OMS a un programme axé spécifiquement pour un monde sans tabac. Elle a développé la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), permettant à de nombreux pays notamment les pays européens de s'intéresser à la lutte contre le tabagisme. La Commission Européenne avec la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs a créé en 2009 une fiche technique concernant la lutte antitabac dans l'union européenne qui définit notamment la politique européenne de lutte contre le tabagisme (6), (7).

Concernant la France, la lutte contre le tabac constitue l'une de ses plus grandes priorités de santé publique. Elle agit sur plusieurs plans notamment par les lois de santé publique mais aussi par les plans gouvernementaux et les plans cancers. Les grandes lois françaises pour la lutte contre le tabagisme débutent par l'adoption de la loi Veil du 9 juillet 1976, puis adoption de la loi Evin du 10 janvier 1991 qui marque d'une pierre blanche le commencement de la lutte contre le tabac en France avec quelques mesures telles que l'interdiction totale de la publicité autour du tabac. La mise en place des plans cancers a permis une hausse des prix de vente des cigarettes de manière forte et répétée, à l'heure actuelle, l'arrêté du 28 septembre 2020 à porter le prix de vente des tabacs manufacturés à 10 euros depuis janvier 2021 (8).

A la prise de conscience des politiques publiques s'ajoutent une prise de conscience des professionnels de santé, notamment lors de la formation initiale des professionnels de santé par la formation au dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabac, par l'accès à un Diplôme Universitaire en Tabacologie et d'Aide au Sevrage Tabagique (accessibles aux médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, ...), et enfin par la diversité d'offres de formation continue (9), (10), (11).

3. LE TABAGISME ET LA FEMME ENCEINTE, LE NOURRISSON ET SON ENTOURAGE

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de mortalité associé à la grossesse. Selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé), les professionnels de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues, ...) doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac des femmes enceintes fumeuses et aider celles qui arrêtent à prévenir la reprise du post-partum (10), (12).

3.1. TABAGISME ET COMPLICATIONS GRAVIDIQUES

La France a le taux le plus élevé de femmes enceintes fumant au troisième trimestre de la grossesse, celui-ci se porte à 17,8%, ceci malgré les risques du tabagisme sur l'évolution de la grossesse et sur l'enfant à venir (13).

En effet, en plus des risques liés à la consommation de tabagisme dans la population générale se greffent les risques du tabagisme autant sur le plan obstétrical que sur le plan pédiatrique (14) (cf Annexe I).

3.1.1. Conséquences obstétricales

Une consommation de tabac pendant la grossesse entraîne une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (GEU), en effet le risque est multiplié par trois à quinze. Nous observons également une augmentation du taux de fausse couche multiplié de 1,5 à trois chez les personnes tabagiques. Les risques d'hémorragies rétro-placentaire (HRP), de placenta prævia sont également augmentés par la consommation de tabac au premier trimestre de la grossesse ce qui montre l'importance de la prévention du tabagisme dès que la patiente exprime le souhait d'une grossesse au professionnel de santé (14), (16).

3.1.2. Conséquences sur le fœtus

De nombreuses études ont montré la corrélation entre le nombre de cigarettes fumées et le risque de Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) chez les fœtus. L'étude « tabac-grossesse-vulnérabilité et RCIU » montre une augmentation multipliée par deux du risque de RCIU. Le risque d'accouchement prématuré (MAP) et de rupture prématurée des membranes (RPM) est augmenté de deux à trois avec le tabagisme et

cela entraîne d'importantes séquelles notamment celles liées à une prématurité. Concernant les morts fœtales tardives 10% sont imputées directement au tabac, notamment majoré par un âge maternel supérieur à 35 ans et par la quantité de cigarettes fumées (14), (17).

3.1.3. Conséquences sur le nouveau-né

A la naissance, les enfants ayant été exposé in utéro à la cigarette ont plus de risque d'avoir un faible poids de naissance (PPAG), l'étude « tabac-grossesse-vulnérabilité et RCIU » montre une diminution du poids de naissance de 283g en moyenne. Le tabagisme maternel peut également entraîner une majoration des anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF), des risques de lésions cérébrales anténatales. Les fœtus exposés ou enfants exposés auront des risques plus élevés de mortalité et de morbidité, d'entérococolite ulcéro-nécrosante (ECUN), de détresse respiratoire, de retard psychomoteur ou de paralysie cérébrale. Nous observons également une augmentation des malformations types fentes faciales, craniosténose. A la naissance, l'exposition au tabac entraîne une augmentation du risque de mort subite du nourrisson (MSN) (14), (17), (18).

A plus long terme, ce sont des enfants qui auront un risque augmenté d'obésité, de problèmes ORL et respiratoire (asthme, bronchite, otite, ...), d'hypertension artérielle (HTA), de diabète et de maladie coronarienne (14).

Les conséquences sur la grossesse et le fœtus soulignent l'importance de prendre en charge la patiente fumeuse avant le début de la grossesse et tout le long de celle-ci. Mais les risques retrouvés également après la naissance chez l'enfant et l'adulte en devenir montre l'importance de prévenir la rechute en post-partum (10).

3.2. LES CHIFFRES ET LES CATEGORIES DE POPULATION TOUCHEES PAR LE TABAGISME EN PRE-, PER-, ET POSTNATAL

Les données du Baromètre Santé Publique France mettent en exergue des changements significatifs entre 2017 et 2018 de la prévalence du tabagisme quotidien en fonction de l'âge et du sexe. Concernant plus particulièrement la femme, les chiffres montrent une stagnation de la consommation pour les femmes de 18 à 44 ans par rapport à 2017 et une baisse de la consommation chez les femmes de 45-54 ans (à la suite de l'augmentation entre 2016-2017) (Annexe II et III) (3).

Concernant les femmes enceintes en France selon les chiffres du rapport d'expert du CNGOF publié en 2020, 30% des femmes fumaient avant la grossesse, 20 à 24% continuent de fumer au premier trimestre et 14 à 20% sont toujours fumeuses au troisième trimestre de la grossesse. Santé publique France ajoute que parmi les 30% de femmes fumeuses avant la grossesse, au troisième trimestre 45,8% avaient arrêté, 37,2% avaient diminué leur consommation et 16,2% avait continué de consommer (15), (19).

Les chiffres cités varient en fonction de l'âge de la femme (plus de risque chez la femme jeune), des caractéristiques sociodémographiques (plus de risque si la femme a un faible niveau d'instruction, n'a pas de profession, ou un conjoint fumeur), du nombre de cigarettes fumées avant la grossesse, en fonction de la parité (plus de risque chez la primipare), et des régions. Les femmes multipares, les femmes ayant un niveau d'étude ou de revenu plus faible, les femmes ayant un souhait de grossesse plus tardif ont plus de risque de réduire leur consommation que de l'arrêter au moment d'une grossesse. Parmi les femmes qui réduisent leur consommation, les femmes entre 30 et 35 ans, les femmes au foyer, les femmes ne souhaitant pas de grossesse ou les étudiantes réduisent peu leur consommation (15), (19).

Concernant les femmes sevrées du tabagisme au cours de la grossesse, il existe un risque élevé de rechute en post-partum, il a été démontré lors d'une étude réalisée en 2014 que 80% des post-parturientes rechutent au cours de l'année dont 30% juste après l'accouchement (10), (15).

Le maintien de l'abstinence en post-partum est facilité par l'allaitement, l'absence de fumeur à la maison, l'absence de dépression du post-partum (15).

3.3. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE PRE-, PER-, ET POSTNATALE

La grossesse apparaît comme un moment propice à l'arrêt de la consommation de tabac puisque 45,8% des femmes fumeuses ont arrêté leur consommation de tabac au troisième trimestre et 37.2% la diminue (19).

Lors d'une consultation hors grossesse ou lors d'une consultation prénatale, il est recommandé d'informer les futurs parents sur les bénéfices apportés par l'arrêt du tabac (tabagisme actif et passif) sur la fertilité, chez la femme enceinte, chez le fœtus et l'enfant à venir. Il est important de poser la question de la consommation de tabac

antérieure à la grossesse et actuelle, de conseiller l'arrêt du tabac, et d'interroger sur le tabagisme dans l'entourage (10), (19), (20).

Il est recommandé de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses, ou de les orienter vers un accompagnement plus structuré à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse. Les informations sur les outils d'aide à l'arrêt, les approches psychologiques et comportementales (TCC), et la réalisation d'entretien motivationnel est recommandé. La prescription de Traitement Nicotinique de Substitution (TNS) est autorisée en privilégiant les formes orales pendant la grossesse et l'allaitement, il est recommandé d'informer la patiente sur l'utilisation possible et moins nocive des TNS que le tabac pendant la grossesse, du caractère remboursable des TNS sur prescription du médecin ou de la sage-femme. La HAS a mis en place des outils, algorithmes décisionnels, afin d'accompagner les professionnels de santé dans la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte (Annexe IV) (10), (19), (20).

D'après les chiffres de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, 80% des femmes incluses disent avoir été interrogées par leur médecin sur leur consommation et 49% des femmes fumeuses disent avoir reçu des conseils pour arrêter. L'étude de *Grangé et al* réalisée en France en 2005 montre que 76% des femmes enceintes fumeuses déclarent avoir été interrogées par leur médecin ou leur sage-femme sur leur consommation de tabac, le conseil minimal concernant l'arrêt du tabac n'était donné que pour 16% des femmes, seulement 7% d'entre elles ont été informées de la possibilité d'une consultation tabacologique, et 53% des patientes fumeuses ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur les avantages à cesser de fumer (19), (20).

De nombreuses études montrent que peu de femmes enceintes fumeuses utilisent des TNS pour débiter un sevrage tabagique, il est probable que cela soit par manque d'information. D'après l'étude de 2018, interrogeant les patientes prises en charge en consultation prénatale par des sages-femmes, près de la moitié des femmes ne souhaitent pas l'aide d'un professionnel de santé pour les aider, 32% souhaitent le soutien d'un tabacologue et 19% le soutien d'une sage-femme (21).

Il est également recommandé d'afficher dans les bureaux de consultation des informations (méthode d'auto-support) sur le tabagisme et de compléter ces

informations par des brochures à donner à la patiente. L'étude de *Grangé et al* montre que 77% des femmes disent n'avoir pas reçu de brochure d'information (10), (20).

La HAS recommande d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant et aux différentes périodes critiques (retour à la maison, à la fin de l'allaitement, reprise du travail) pour les patientes qui ont arrêté en amont ou pendant la grossesse. Il est alors conseillé d'anticiper la sortie de maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique afin de prévenir la rechute et d'apporter aux femmes enceintes sevrées des documents d'information sur le risque de rechute (10). Peu d'études françaises ont été retrouvées sur la question du sevrage tabagique en post-partum, notamment sur ce qui est apporté à la femme enceinte à la sortie de maternité.

Depuis l'arrêté publié le 8 juin 2016 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes les produits de substitutions nicotiques sont désormais autorisés à la prescription par les sages-femmes, que cela soit pour la femme enceinte mais également à son entourage jusqu'à sa période post-natale c'est-à-dire jusqu'à six semaines du post-partum (22). Pourtant malgré les recommandations de la HAS et du CNGOF, et les nouveaux droits de prescription des sages-femmes comment expliquer en France le taux de rechute de 30% chez les femmes ayant eu un sevrage tabagique avant ou pendant leur grossesse ?

L'objectif principal de cette étude était de caractériser les éléments de prise en charge du sevrage tabagique entre le troisième trimestre et la fin du post-partum des praticiens sages-femmes impliqués dans le suivi des patientes fumeuses accouchant à la maternité du CHRU de Nancy. Les objectifs secondaires étaient de caractériser les différents profils des praticiens sages-femmes impliqués dans la prise en charge en post-partum des patientes sevrées sur le plan tabagique pendant la grossesse et d'identifier les obstacles à la mise en place des recommandations concernant la gestion professionnelle du risque de la reprise tabagique en post-partum.

MATERIEL ET METHODE

1. POPULATION ETUDIEE

1.1. LIEU ET POPULATION CIBLE

Ce travail de recherche a été réalisé au sein de la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (type III) de novembre 2020 à mars 2021.

Dans un souci de faisabilité, nous avons choisi de cibler la population professionnelle hospitalière d'un centre de niveau III pour atteindre une large diversité de profils et un effectif suffisant. Les entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes de consultation et des sages-femmes de suites de couche, professionnels concernés par la prise en charge d'un sevrage tabagique au cours de la grossesse qui s'étend de l'anté-partum jusqu'au post-partum.

1.2. CRITERES D'INCLUSION

Les critères d'inclusion de cette étude sont :

- Les sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy qui prennent en charge les sevrages tabagiques lors des consultations de suivi de grossesse et en secteur d'hospitalisation post natale
- Les sages-femmes de la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy qui ont été ou sont en relation avec la patiente ayant eu un sevrage tabagique sur son parcours anténatal et post-natal.

1.3. CRITERES DE NON-INCLUSION

Les critères de non-inclusion de l'étude sont :

- Les sages-femmes ne travaillant pas dans les secteurs de consultations obstétricales ou en secteur mère-enfant de la maternité du CHRU de Nancy,

Les sages-femmes travaillant en secteur de salle de naissance et en service d'urgence gynécologie obstétrique n'ont pas été interrogées. La rechute ne concerne pas

directement le post-partum immédiat, elle a lieu majoritairement dans les jours et semaines qui suivent. Il était alors plus pertinent de se concentrer sur le post-partum en service de suite de naissance et la période post-natal (dont la consultation post-natal).

1.4. LA METHODE DE RECRUTEMENT DE LA POPULATION

Le recrutement de la population a été réalisé au sein des services de consultation et de secteur de suite de naissance de la maternité du CHRU de Nancy.

Une présentation au préalable de la problématique et du protocole d'étude a été menée auprès des sages-femmes coordinatrices de la MRUN par e-mail au mois d'octobre 2020.

La prise de contact auprès des sages-femmes hospitalières travaillant dans les services concernés a débuté à partir de la deuxième moitié du mois de novembre 2020 jusqu'à la fin du mois de mars 2021. Le recrutement s'est réalisé d'une part par une présentation du projet par présentation orale, puis prise de contact de manière directe afin de convenir d'une date de rendez-vous.

2. TYPE D'ETUDE ET METHODOLOGIE

2.1. TYPE D'ETUDE ET NOMBRE DE SUJET

L'étude proposée est une étude observationnelle, prospective, unicentrique, qualitative par entretien semi-directif, afin d'identifier et de caractériser les éléments de prise en charge et de soutien du sevrage tabagique en post-partum par les sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy.

La taille de l'échantillon a été déterminée suivant le principe de saturation théorique de Thiétart. Cela consiste à ne pas fixer en avance la taille de sujets nécessaire pour une étude qualitative et ainsi arrêter l'étude après atteinte d'une saturation théorique (24).

2.2. MODE DE RECUEIL DES DONNEES

Les données ont été recueillies par la réalisation d'entretiens semi-directifs. Il a été proposé aux sages-femmes volontaires des entretiens en présentiel ou en visio-conférence contenu du contexte sanitaire. Les entretiens ont été enregistrés ou repris de manière manuscrite (en l'absence d'accord d'enregistrement). Les entretiens ont été

réalisés par un seul et même investigateur dans des conditions calmes et sans témoin. Ils ont été par la suite transcrits d'un système audio anonyme à un logiciel de traitement de texte. Les enregistrements audios ont été supprimés après retranscription.

Afin de permettre l'analyse des données tout en gardant l'aspect qualitatif recherché, une grille d'entretien a été réalisée (cf Annexe V).

3. REALISATION DES ENTRETIENS

Toutes les sages-femmes ont été informées des modalités de l'entretien, de l'aspect volontaire et de l'anonymisation des données. Une lettre d'information à la population (Annexe VI) et un document de consentement (Annexe VII) (à signer par la sage-femme) a été distribuée à toutes les participantes.

Les entretiens ont été faits à la manière d'entretien semi-directif pour limiter le biais de confusion (mal compréhension des questions).

La grille d'entretien est divisée en 6 axes constitués comme ceci :

- Axe 1 : Présentation de la sage-femme
- Axe 2 : Lors d'une consultation prénatale
- Axe 3 : En post-partum : en secteur post-partum et lors de la consultation de sortie
- Axe 4 : En post-partum : en consultation post-natale
- Axe 5 : Rechute de la consommation de tabac en post-partum
- Axe 6 : Etat des connaissances des compétences en tabacologie

L'entretien est modulable en fonction du secteur dans lequel la sage-femme interrogée travaille, c'est pour cela que tous les axes ne sont pas systématiquement évoqués. Les axes évoqués de manière systématique sont les axes n°1, 5, 6. Les axes n°2 et 4 sont évoqués que si les sages-femmes travaillent en secteur de consultation prénatale, alors que l'axe n°3 concerne les sages-femmes qui travaillent en secteur de suite de naissance.

A l'intérieur de chaque axe, une ou plusieurs « questions générales » ont été posées, à cela s'ajoutait des questions secondaires si besoin, adaptées à la situation évoquée par la sage-femme.

L'objectif étant une ouverture du sujet de recherche, et la proposition spontanée de solutions à la résolution des problèmes.

4. ANALYSE DES RESULTATS

Le critère de jugement principal était de mettre en avant la présence ou l'absence des éléments de la prise en charge indiqués par les recommandations de la HAS concernant la prise en charge du sevrage tabagique en vigueur à chacune des étapes du patient.

Les critères de jugement secondaires étaient de mettre en avant la présence ou l'absence de formation sur la dépendance au tabac et sur le traitement de la dépendance tabagique des protagonistes, la prescription des substituts nicotiques par les professionnelles sages-femmes interrogées et l'utilisation des ressources, outils disponibles pour l'aide à prise en charge du sevrage tabagique par les professionnels interrogés.

Les résultats ont été analysés tout d'abord de façon quantitative notamment pour caractériser l'échantillon.

Une comparaison a été réalisée entre les pratiques déclarées et les recommandations de la HAS à propos de la prise en charge tabacologique. Deux tableaux ont été créés (Annexe VIII et IX) respectivement pour le secteur de consultation et pour le secteur de suite de couche. Un code couleur a été attribué à chacun des axes étudiés en fonction de la majorité absolue d'application des recommandations : vert pour « fait », orange pour « partiellement fait », et rouge pour « non fait », deux couleurs ont été attribuées quand la majorité absolue n'a pu être définie.

Les résultats ont bénéficié également d'une analyse qualitative, avec un codage des thèmes, sous-thèmes et mots clés à l'aide d'un code couleur. Une grille d'analyse a ensuite été créée. Ces analyses sont réalisées sans jugement et interprétation, les phrases et mots sont des retranscriptions exactes des entretiens.

Afin de faciliter la lecture des résultats, les sages-femmes interrogées en consultation abordent la mention « CS » suivi d'un numéro en fonction de leur ordre d'entretien, alors que les sages-femmes interrogées en secteur de suite de naissance abordent la mention « SDN » avec également un numéro en fonction de leur ordre d'entretien. C'est pour cela que la sage-femme travaillant en secteur de suite de naissance et en secteur de consultation abordera la mention (CS1 et SDN1).

RESULTATS ET DISCUSSION

Quatorze sages-femmes ont accepté de participer à l'étude et ont été auditionnées. Douze entretiens ont été réalisés en présentiel, deux en visio-conférence et douze entretiens ont été enregistrés dont deux recopiés de manière manuscrite. Parmi ces quatorze entretiens, dix sages-femmes travaillaient en secteur de suite de naissance et cinq sages-femmes travaillaient en secteur de consultation, une sage-femme travaillait en secteur de suite de naissance et en secteur de consultation.

Les entretiens ont duré entre 7 min 50sec et 31min 45sec.

Nous étudierons en premier lieu les résultats en fonction des éléments de prise en charge du sevrage tabagique entre le troisième trimestre de grossesse et la fin du post-partum en secteur de consultation et en secteur de suite de naissance. Puis nous aborderons les différents profils des praticiens impliqués dans l'arrêt du tabac chez une femme. Enfin nous exposerons les obstacles rencontrés par les sages-femmes auditionnées et les perspectives et axes d'amélioration pour faire face à ces obstacles.

1. LES ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE ENTRE LE TROISIEME TRIMESTRE DE GROSSESSE ET LA FIN DU POST-PARTUM









1.1. LES SAGES-FEMMES EN SECTEUR DE CONSULTATION (CS1 à CS5)

1.1.1. Dépistage et information

1.1.1.1. A propos de la consommation tabagique

Concernant les sages-femmes travaillant en secteur de consultation, intervenant auprès des femmes enceintes au troisième trimestre et par la suite en consultation post-natale (consultation organisée six semaines après l'accouchement), une sage-femme sur cinq abordait l'intégralité des points retrouvés dans les recommandations de la HAS concernant le dépistage individuel et le maintien de l'abstinence, voir tableau 1.

Tableau 1 : Niveau d'application des recommandations HAS en secteur de consultation par les praticiens sages-femmes concernant le dépistage, le conseil d'arrêt et l'apport d'information. (N=5)

		Niveau d'application
Dépistage propre à la femme enceinte	Tabagisme actuel	
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	
	Evaluer le tabagisme de son entourage	
Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	
	Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	
Information sur le tabagisme passif		
Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement		

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

L'évaluation de la consommation de tabac chez les femmes enceintes fumeuses et leur entourage était réalisée par les professionnels et selon les recommandations de manière systématique. Nous avons observé que le dépistage tel qu'il était recommandé par la HAS était systématisé par les professionnels travaillant en secteur de consultation lors des consultations anténatales (10). Il semblerait pour les sages-femmes interrogées travaillant en secteur de consultation, que cela soit une évidence de poser la question à propos de la consommation de tabac actuelle, comme précédant la grossesse. D'ailleurs,

les sages-femmes travaillant en secteur de consultation déclaraient que la consommation de tabac faisait partie des premières questions à poser à une patiente qui se présentait en consultation.

« C'est vrai qu'on évoque dès le départ quand on ouvre le dossier, ça fait partie des premières questions que l'on pose, (...) » (CS1)

« Moi j'en parle systématiquement aux fumeuses. » (CS2)

« En général j'en parle dès la première consultation, à l'ouverture du dossier, (...). » (CS3)

Nous avons observé également que tel qu'il était recommandé par la HAS les sages-femmes disaient informer en anténatale de manière systématique du risque de tabagisme passif pour la mère et pour l'enfant à naître.

Cependant, nous avons remarqué que le conseil d'arrêt tel qu'il était recommandé par la HAS, c'est-à-dire en informant clairement la patiente des bénéfices sur sa santé de l'arrêt du tabac et de donner le conseil d'arrêt de façon plus personnalisée soit moins développé en consultation anténatale par les sages-femmes. Les sages-femmes conseillaient systématiquement un arrêt de la consommation de manière claire et personnalisée, elles déclaraient toutes proposer à leur patiente des conseils et une assistance (10). Concernant la recommandation d'apporter à la patiente l'information des bénéfices importants de l'arrêt pour sa santé et pour l'enfant à naître, nous avons remarqué qu'il était principalement centré sur les bénéfices immédiats de l'arrêt du tabac.

Grâce aux entretiens nous avons observé un dépistage de la consommation de tabac et une information sur le tabagisme passif systématisé. Concernant le conseil d'arrêt, lui aussi était systématisé mais nous pouvons remarquer qu'il était principalement centré sur les bénéfices de l'arrêt immédiat c'est-à-dire concentré sur la grossesse actuelle, les bénéfices fœtaux et sur l'enfant à naître. En effet, aucune sage-femme n'avait évoqué le fait de parler avec leurs patientes des bénéfices de l'arrêt du tabac à long terme, c'est-à-dire diminution du risque de cancer, de maladie cardiovasculaire, de maladie pulmonaire... Ce manque d'information pourrait être une raison pour laquelle nous avons retrouvé une reprise de la consommation de tabac en post-partum à hauteur de 80% dans l'année qui suit l'accouchement (10).

1.1.1.2. A propos du risque de rechute ou faux pas en post-partum

Une majorité des sages-femmes interrogées en secteur de consultation n'évoquaient pas lors des consultations prénatales le risque de rechute (cf tableau 1).

Deux sages-femmes sur les cinq interrogées évoquaient avec leur patientes sevrées le risque de rechute en post-partum de la consommation de tabac.

La sage-femme CS1 présentait aux femmes enceintes le risque de rechute en post-partum en leur disant qu'« *il y a très souvent des rechutes en post-partum(...), je leur redis effectivement que c'est une période qui est fragile et que c'est important en fait de continuer ou de mettre en place un suivi dans ce moment-là et que c'est possible en tout temps ou pris en charge.* ». La sage-femme CS5 déclarait pendant l'entretien qu'elle abordait la notion du risque de rechute de la consommation de tabac lors de la consultation du 9^e mois. « *Je leur dis toujours qu'une fois qu'elles auront accouché ça sera sûrement encore plus dur de ne pas craquer et que c'est à ce moment qu'il faut qu'elles fassent appel à un ou des professionnels du sevrage ou un tour en acupuncture qui peut donner un petit coup de pouce pour qu'elles arrêtent plus longtemps et qu'elles reviennent si besoin, si elles ressentent qu'il y a une envie de craquer (...).* »

Les trois autres sages-femmes interrogées n'évoquaient pas avec les patientes sevrées le risque de rechute en post-partum. Une sage-femme disait ne pas parler de la rechute du tabac en consultation prénatale car elle « *évite de leur mettre dans la tête la perspective de la rechute.* ». Or, les recommandations de la HAS insistent sur les bénéfices apportés à anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant et aux différents points critiques (le retour à la maison, la fin de l'allaitement ou la reprise du travail (10). De plus les recommandations de la SFT et du CNGOF recommandent de mettre en place un « conseil » pour prévenir la reprise en post-partum, il semblerait que les méthodes d'incitation financière soient les plus efficaces pour prévenir la reprise du tabac en post-partum (contrairement aux thérapies cognitivo-comportementales qui n'ont pas montré de bénéfice dans l'arrêt de la consommation) (15). Ces méthodes d'incitation financière n'ont pas été évoquées par les sages-femmes interrogées.

Concernant la consultation post-natale, il a été demandé aux sages-femmes si elles abordaient la notion du sevrage tabagique ou de la rechute lors de la consultation post-natale (aux environs de six semaines après l'accouchement). Une seule sage-







femme (CS1) sur les cinq interrogées s'informait de manière systématique sur la consommation actuelle du tabac et apportait des informations sur le risque de rechute tabagique lors du post-partum. Quatre sages-femmes ne s'informaient donc pas auprès des patientes de leur statut tabagique. Dans l'analyse qualitative des entretiens lors de la consultation post-natale nous retrouvions chez ces quatre sages-femmes les notions d'« essayer de poser la question » (CS2), « pas quelque chose de systématique » (CS2 et CS5), « pas aussi vigilante » (CS2), « ne pas y penser » (CS3 et CS4), « aborder moins facilement qu'en prénatale » (CS5). Hors comme toute consultation auprès d'un professionnel de santé, nous devrions retrouver le même schéma de dépistage de la consommation, information sur les bénéfices d'arrêt, sur le tabagisme passif, sur la rechute pour les patientes sevrées et un conseil d'arrêt personnalisé pour les patientes encore fumeuses (10).

Nous avons pu souligner précédemment que les sages-femmes étaient principalement centrées sur les risques de la consommation tabagique sur la grossesse et l'enfant à naître, cela se confirme lors de la consultation post-natale où la consommation de tabac ne semble ne plus être une priorité. La consultation post-natale se réalisant aux environs de 6 semaines après l'accouchement cela est en lien avec la reprise du travail qui est un point critique de la reprise de consommation, c'est pourquoi l'information lors de cette consultation devrait être une priorité.

1.1.2. Orientation, outils et prescription

Concernant les ressources disponibles à apporter aux femmes enceintes l'intégralité des sages-femmes interrogées orientaient la patiente vers un médecin ou une sage-femme tabacologue, voir tableau 2.

Tableau 2 : Niveau d'application des recommandations HAS en secteur de consultation par les praticiens sages-femmes concernant l'orientation de la patiente, les outils disponibles et les prescriptions possible à la femme enceinte. (N=5)

	Niveau d'application
Présentation de matériel d'auto-support	
Prescription de TNS (Traitement Nicotinique Substitutif)	
Orientation vers un médecin/sage-femme tabacologue	
Prescription à l'entourage de la patiente	
Testeur CO	
Prévoir d'autres consultations axées spécifiquement sur son tabagisme	

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

La prescription de substituts nicotiques n'était pas pratiquée par la majorité des sages-femmes interrogées.

La sage-femme CS1 prescrivait des substituts nicotiques aux patientes ne souhaitant pas rencontrer un médecin ou une sage-femme tabacologue : « *Après je propose de les **orienter vers les tabacologues**, alors après ça dépend des dames, y'en a qui ont envie de voir une tierce personne, d'autres qui ne veulent pas dans ce cas-là je fais en utilisant les petites réglettes (...) pour faire le score, pour voir le type de dépendance, si y'a dépendance (...) voir ce qui faut mettre en place comme **traitement**.* » (CS1). Une sage-femme CS5 déclarait prescrire des substituts nicotiques uniquement en relais : « *Je ne suis pas assez au point pour prescrire (...). Par contre si elles ont des traitements (...) je peux prescrire, donc je fais relais, mais je les encourage toujours à aller voir quelqu'un parce que c'est peut-être une dose qui ne correspond pas ou plus, et moi je ne suis pas assez au point là-dedans donc je les adresse.* »

Plusieurs fois la sage-femme CS2 évoquait des termes tels qu'une « *peur de dire des bêtises* », « *je ne m'en sens pas capable* » ou « *je ne m'aventure pas* ». Par contre elle ajoutait : « *Je les invite à le faire, j'essaie de les motiver et je vois si elles sont réceptives ou pas et je n'hésite pas à chaque consultation à voir où elles en sont (...), à les encourager et à les féliciter (...). (...) je les adresse systématiquement à mes collègues tabacologues* ». La sage-femme CS3 déclarait « *moi je dis que je suis une « quiche », que je n'y connais rien, qu'il faut quelqu'un qui sache évaluer le bon dosage (...). Donc moi je ne me lance jamais dans la prescription.* ». Une sage-femme CS4 ajoutait ne pas prescrire de substituts nicotiques car elle ne retrouvait pas là son rôle. Nous avons observé grâce à ces témoignages une peur de prescrire, un manque de connaissance dans la manière de prescrire, et un manque de connaissance dans l'importance du rôle de la sage-femme auprès des patientes tabagiques. Nous avons pu noter que les recommandations s'accordent sur le fait qu'il faut fournir un accompagnement psychologique ou orienter vers un accompagnement plus structuré pour maximiser les chances de succès, mais il faut avoir une connaissance des TNS afin d'informer les femmes enceintes des bénéfices du TNS par rapport à la consommation tabagique(10),(15). Il est donc important de fournir une information plus complète aux sages-femmes pour leur permettre d'apporter des informations plus détaillées aux patientes concernant les TNS.

Néanmoins, les sages-femmes n'ont pas évoqué lors de l'entretien l'utilisation de matériel d'auto-support tel que les flyers ou les affiches, pourtant les différents textes recommandent ce type de transmission d'information notamment par la présence d'affiche en salle d'attente(10),(15). Ce type de matériel est intéressant dans la pratique car il permet de transmettre l'information sans culpabiliser.

Des sages-femmes orientaient également les patientes vers un traitement homéopathique, des rendez-vous d'autohypnose ou d'acupuncture.

« *Je leur propose éventuellement l'**autohypnose** si elles veulent aussi.* » (CS3)

« *Moi je peux les aider en **homéopathie** si elles veulent* » (CS5)

D'après la HAS, il n'y a pas de contre-indication à utiliser les méthodes telles que l'acupuncture, l'activité physique ou l'hypnose en plus des méthodes recommandées. Mais alors, il est impératif d'informer en priorité le patient des

méthodes thérapeutiques qui ont prouvé leur efficacité, puis si le patient souhaite utiliser les méthodes dont le bénéfice n'est pas prouvé il est essentiel de maintenir l'accompagnement et lui proposer des stratégies d'arrêt à bénéfices prouvés (10).

Nous nous étions rendu compte que malgré les différents outils créés pour informer et aider la patiente à l'arrêt du tabac peu sont utilisés par les sages-femmes de consultation, majoritairement elles orientaient les patientes vers une personne possédant une formation plus complète concernant le sevrage tabagique mais aucune n'avait évoqué l'utilisation de matériel d'auto-support notamment des flyers ou des affiches à destination des femmes enceintes. Nous avons constaté également que peu de sages-femmes pensaient à prescrire des TNS et aucune n'avait évoqué l'idée de prescrire à l'entourage de la patiente, cela peut être par manque de connaissance du droit de prescriptions ou par manque de formation pour engager une telle prescription, de manière générale nous avons observé une faiblesse dans la prise en charge d'un éventuel sevrage malgré un bon dépistage et une bonne information.

L'analyse lexicale nous a permis d'appuyer cette constatation nous avons relevé principalement des termes en rapport avec l'apprentissage et l'expression : le verbe « dire » était entendu seize fois, « expliquer » était retrouvé onze fois, « aborder » était cité neuf fois, « parler » sept fois, et « informer » quatre fois. Nous avons retrouvé le champ lexical du soutien : « encourager » était retrouvé cinq fois, « féliciter » quatre fois. Mais également des termes en rapport avec le questionnement, l'initiative et la tentative : concernant le questionnement, le verbe « demander » était cité cinq fois, pour la notion de tentative, « essayer » était retrouvé huit fois et concernant le champ lexical de l'initiative, « proposer », « prescrire », « accompagner », et « reproposez » étaient cités chacun deux fois.







1.2. LES SAGES-FEMMES EN SECTEUR DE SUITE DE NAISSANCE (SDN1 à SDN10)

1.2.1. *Prise en charge en post-partum d'une patiente sevrée sur le plan tabagique*

A propos des sages-femmes travaillant en secteur de suite de naissance, il leur a été demandé de quelle manière prenaient-elles en charge les patientes qui avaient déjà

entrepris un sevrage pendant leur grossesse ou en péri-conceptionnel, que cela soit avec ou sans l'aide d'un professionnel ou de TNS, voir tableau 3.

Tableau 3 : Niveau d'application des recommandations HAS en secteur de suite de naissance par les praticiens sages-femmes concernant la prise en charge en post- partum d'une patiente sevrée sur le plan tabagique. (N=10)

		Niveau d'application
Dépistage de la consommation de tabac chez la femme post-parturiente pendant la grossesse	Evaluer d'éventuelles difficultés à maintenir l'arrêt du tabac et évaluer et adapter le traitement	
	Organiser le suivi tabacologique à la sortie	
	Evaluer le tabagisme de son entourage	
Information sur le tabagisme passif		
Information sur le risque de rechute ou faux-pas post-accouchement		 

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

Nous avons observé que les recommandations de la HAS ne sont majoritairement pas appliquées par les praticiens de ce secteur, que cela soit pour le dépistage d'une manière générale et l'information sur le tabagisme passif. A propos des informations à donner concernant le risque de faux-pas ou de rechute post-accouchement, nous avons observé qu'une partie des sages-femmes informait les patientes de manière partielle (c'est-à-dire qu'elles n'informaient pas systématiquement).

Les entretiens révélèrent que l'information n'était pas recherchée ou n'était pas transmise si les patientes sont déjà sevrées :

« Déjà je ne vais **pas chercher l'information** forcément en suite de couche. Après en parlant des fois ça vient (...). Après en post-partum je ne suis **pas très attentive** (...). » (SDN5)

« Tout dépend de ce qu'elle a bénéficié (...) je pense que j'apporterai **pas plus d'information** sauf à sa demande après si elle a déjà un sevrage je ne vais pas plus loin. » (SDN8)

« Souvent j'ai **espoir** que quelque chose soit mis en place avant et je poursuis la prise en charge en prescrivant des gommes, des patchs, ... » (SDN9)

« Bah si elle est déjà sevrée je pense que **je ne la prends pas en charge de manière particulière**. Ce n'est peut-être pas bien. » (SDN10)









Nous avons observé chez la majorité des professionnels interrogés un désintérêt au dépistage des patientes sevrées de la consommation de tabac et un manque d'apport d'information que cela soit sur le tabagisme passif ou sur le risque de rechute. Pourtant il semble essentiel de réaborder le sevrage, dépister une potentielle reprise de la consommation et redonner des informations régulièrement. En effet, le taux de rechute indiqué par la littérature est de 30% après un accouchement et de 80% dans l'année qui suit (10). Ces taux objectivent un réel besoin d'informer les patientes sur les risques de rechute ou de faux-pas aux différents points critiques et éventuellement réadapter les dosages de TNS après un accouchement.

Au sein des entretiens des sages-femmes qui avaient un bon niveau d'application des recommandations, nous avons retrouvé un champ lexical en accord avec une réévaluation régulière, adaptée et personnalisée : « revoir avec la patiente », « lui demander si elle besoin », « informer/expliciter/discuter », « proposer quelque chose », « montrer », « accompagner », « référer à une collègue ».

1.2.2. *Prise en charge en post-partum d'une patiente fumeuse*

A la suite de l'entretien, les sages-femmes ont été invitées à s'exprimer sur la manière dont elle prenait en charge une patiente fumeuse dans un service de suite de couche comme cela est indiqué dans le tableau 4.

Tableau 4 : Niveau d'application des recommandations HAS en secteur de suite de naissance par les praticiens sages-femmes concernant la prise en charge en post-partum d'une patiente fumeuse sur le plan tabagique. (N=10)

		Niveau d'application
Dépistage de la consommation de tabac chez la femme post-parturiente fumeuse	Tabagisme actuel	
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	
	Evaluer le tabagisme de son entourage	
Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	
	Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	
Information sur le tabagisme passif		 

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

Nous avons remarqué dans le tableau ci-dessus que la majorité des sages-femmes ne dépistaient pas la consommation de tabac, c'est-à-dire qu'elles ne faisaient pas le point sur le tabagisme précédant la grossesse, pendant la grossesse et actuel et n'évaluaient pas le tabagisme de l'entourage.

« ***Je ne l'aborde pas toujours, à part si dans le dossier c'est marqué que c'est une grosse fumeuse*** » (SDN3)

« Je ne pose pas la question concernant la consommation de tabac sauf si je vois qu'il y a un souci de culpabilité, si ça les dérange. Si elles n'abordent pas le sujet je ne pose pas la question. » (SDN9)

Concernant le conseil d'arrêt, les sages-femmes n'informaient pas des bénéfiques liés à l'arrêt du tabac et ne donnaient pas majoritairement un conseil d'arrêt personnalisé et clair. Par contre une majorité de sages-femmes disaient proposer à la patiente des conseils et une assistance. Or, la HAS recommande à tous les professionnels de fournir aux patients un conseil d'arrêt de manière clair et personnalisé (notamment en informant les patientes du risque pour leur santé, du tabagisme passif pour leurs enfants et des coûts économiques et sociaux) (10).

A propos du tabagisme passif une moitié des sages-femmes interrogées en suite de naissance informait la patiente alors qu'une autre moitié ne l'évoquait pas.

Nous avons observé que les sages-femmes de suite de couche n'étaient pas sensibilisées au dépistage et au conseil d'arrêt qui doit être délivré à toutes personnes fumeuses. Une sage-femme a évoqué l'idée que « ce n'était pas le moment » alors que la HAS recommande d'anticiper la rechute aux différents points critiques notamment au retour à la maison ou à la fin de l'allaitement (10).

« Je pars du principe que si la patiente n'a pas réussi à arrêter au moment de sa grossesse qui est quand même un moment super important c'est pas juste après l'accouchement que vous allez pouvoir la faire arrêter. Ce n'est pas le moment je pense. » (SDN6)

D'autres sages-femmes évoquaient plutôt un manque de connaissance et manque d'assurance pour parler du sevrage tabagique.







« Je pense que je ne le fais pas de manière systématique parce que j'en ai pas forcément la connaissance, enfin plus ou moins parce qu'on fait quand même le point sur le dossier quand les patiente remontent de suite de couche mais je dirai que si ça n'a pas été quelque chose qui a déjà été questionné pendant la grossesse je ne le fais pas en systématique en post-partum (...) » (SDN8)

« Non pas vraiment parce que je ne suis pas forcément à l'aise. (...) ce n'est pas le truc sur lequel je prends du temps. » (SDN10)

1.2.3. Orientation, outils et prescription

Il a été demandé aux sages-femmes interrogées ce qu'elles apportaient aux femmes qui désiraient poursuivre le sevrage ou en commencer un, voir tableau 5.

Tableau 5 : Taux d'utilisation des outils, personnes ressources et prescriptions possibles pour une femme fumeuse ou ancienne fumeuse en service de suite de naissance par les praticiens sages-femmes. (N=10)

	Niveau d'application
Matériel d'auto-support	
TNS	
Sage-femme/ médecin tabacologue	
Prescription à l'entourage de la patiente	
Testeur CO	
Prévoir des consultations axées sur le tabagisme	

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

La majorité de sages-femmes de suite de naissances interrogées déclaraient prescrire des TNS mais partiellement (c'est-à-dire qu'elles ne le font pas systématiquement), la plupart des sages-femmes disaient prescrire des TNS à la suite d'une prescription déjà mis en place ou après demande d'avis.

« Par contre, où c'est plus compliqué et où je propose des patchs c'est les césariennes. Parce que les patientes qui passent en césarienne et qui sont fumeuses, non seulement elles ont la reprise du transit post césarienne mais en plus elles ont un début de syndrome de manque, du coup, elles dégustent. » (SDN6)

« Par contre si elle, elle me demande si elle peut aller fumer ou quand elle peut aller fumer, etc, ... Si c'est elles qui expriment qu'elles sont fumeuses ça m'est déjà arrivé de

proposer des substituts nicotiques mais pas systématiquement, je n'ai pas le réflexe systématiquement à chaque fois. » (SDN7)

« Si c'est déjà mis en place, je suppose qu'elle a déjà des prescriptions donc je lui administre ce qu'elle a de prescrit et voilà. » (SDN8)

Nous avons observé que la prescription de TNS par les sages-femmes en suite de naissance était réalisée principalement si la patiente était en demande d'une prescription, en fonction du mode d'accouchement (césarienne, donc quand la patiente a une perte de la mobilité), et de la quantité de tabac qu'elle consommait (plus elle sera en demande de sortir pour aller fumer plus la sage-femme va penser à lui proposer des substituts).

Nous avons retrouvé également que la totalité des sages-femmes orientait les patientes vers des sages-femmes ou médecins tabacologues mais la majorité des sages-femmes interrogées ne le faisaient pas de manière systématique. Pourtant les recommandations HAS informent que si l'information, le dépistage, le conseil d'arrêt ne peut être effectué par le professionnel de santé, alors il doit orienter la patiente vers un accompagnement plus structuré pour améliorer les chances de succès (10).









La présentation de matériel d'auto-support n'était majoritairement pas réalisée par les sages-femmes. Une seule sage-femme disait donner des dépliants aux patientes : *« Après je leur donne aussi les petits **dépliants** pour qu'elles puissent se reposer tranquillement dessus (...). » (SDN1)*, mais elle ajoutait par la suite qu'à cause de la fermeture du bureau de consultation (dû aux nouvelles procédures qui ont été créées suite à la pandémie COVID) auparavant consacré aux patientes pour leur rendez-vous de post-partum, il était plus difficile de donner les dépliants. En effet, les sages-femmes disaient se déplacer à présent avec un chariot dédié aux rendez-vous de « sortie », ce qui ne laissait que peu de place pour y mettre des dépliants de prévention et ne permettait plus une lecture des affiches de prévention. Au vu de l'essor des nouvelles technologies, peut-être serait-il plus efficace de transmettre à la patiente des numéros de téléphone (le « 3990 tabac info service », « fil santé jeune », « drogues infos service », ou encore vers les tabacologues accessible à la patiente) des liens url ou QRcode (tabac info service, ...) permettant à la patiente d'être dirigée directement vers un site d'information et de prévention. D'ailleurs les recommandations du CNGOF informent sur le fait qu'il reste à évaluer l'intérêt de l'aide numérique dans la reprise du tabagisme en post-partum (15).

Les sages-femmes n'avaient pas évoqué la possibilité de prescription à l'entourage de la patiente, n'utilisaient pas de testeur de monoxyde de carbone et elles ne prévoient pas avec la patiente une consultation dédiée au sevrage tabagique pendant le post-partum à la maternité.

1.2.4. Prise en charge et information apportées lors de la consultation de sortie à propos du sevrage tabagique

Il avait ensuite été demandé aux sages-femmes comment prenaient-elles en charge sur le plan tabagique les patientes en consultation de sortie comme cela est indiqué sur le tableau 6.

Tableau 6 : Niveau d'application des recommandations HAS en secteur de suite de naissance par les praticiens sages-femmes concernant la prise en charge lors de la consultation de sortie d'une patiente fumeuse ou sevrée sur le plan tabagique (N=9)

		Niveau d'application
Dépistage de la consommation de tabac chez la femme post-parturiente lors de la consultation de sortie	Tabagisme actuel	
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	
	Evaluer le tabagisme de son entourage	
Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	
	Conseiller l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	
Information sur le tabagisme passif		
Information sur le risque de rechute ou faux-pas post-accouchement		

Légende :



: Fait



: Partiellement fait



: Non fait

Pour l'étude de la prise en charge des patientes lors de la **consultation de sortie**, seule la sage-femme SDN8 n'avait pas pu répondre aux questions car elle ne réalisait jamais de consultation de sortie.

La consultation de sortie de maternité est une consultation médicale. Selon les recommandations, comme pour toute consultation avec un professionnel de santé, nous devons retrouver un dépistage de la consommation, un conseil d'arrêt pour les patientes fumeuses, une information sur le tabagisme passif et une information sur le risque de faux-pas ou de rechute post-accouchement pour les patientes sevrées (10).

Nous avons observé lors du séjour en maternité lors du post-partum que le dépistage de la consommation de tabac notamment le dépistage actuel était réalisé par une majorité de sages-femmes lors de la consultation de sortie. Contrairement au dépistage de la consommation antérieure à la grossesse et l'évaluation du tabagisme de l'entourage qui n'était pas réalisée par les sages-femmes interrogées.

« Je pense que c'est plus facile d'aborder cela pendant la consultation de sortie parce que c'est un temps vraiment dédié à la femme et du coup c'est peut-être quelque chose qu'elle peut évoquer elle-même plus facilement » (SDN7)

La consultation de sortie de maternité semblait être un moment plus privilégié pour parler de la consommation tabagique que lors du séjour à la maternité de manière générale. Nous pouvons penser que le dépistage incomplet au vu des recommandations peut être dû à un manque de connaissance à propos de la prise en charge du tabagisme et du sevrage tabagisme. D'ailleurs le champs lexical retrouvé entre accord avec cette idée, nous avons observé principalement un champ lexical de l'expression (« aborder » cité trente fois, « dire » et « parler » quatorze fois, « expliquer » dix fois, « demander » six fois, « essayer » et « informer » quatre fois, « conseiller » trois fois) et de nombreuses formes négatives (« ne pas savoir » qui est cité sept fois, « ne pas être assez formé » retrouvé quatre fois, « ne pas connaître » cité trois fois, et toutes les tournures « ne pas avoir cette notion », « ne pas se souvenir », « ne pas aller », « ne pas être attentive », « ne pas en parler », « ne rien faire de plus », « ne pas dire », « ne pas penser », « ne pas avoir de réflexe », « ne pas poser la question » qui sont retrouvées chacune deux fois).

Par contre, nous observons que la majorité des sages-femmes interrogées ne délivraient pas de conseil d'arrêt tel qu'il est recommandé par la HAS. Une sage-femme justifiait le fait de ne pas parler du tabac lors de la consultation de sortie car selon elle : « (...) ça ne fait pas parti des conseils de sortie. On a trop de choses à aborder, on en a parlé souvent avant pendant le séjour » (SDN2).

A propos de la transmission d'information autour des risques du tabagisme passif, nous avons remarqué que la majorité des sages-femmes interrogées déclarent donner ce type d'information. En effet, nous avons pu observer que la plupart des sages-femmes abordaient le sevrage tabagique, la consommation de tabac et le tabagisme passif en évoquant les risques du tabagisme passif sur le nouveau-né (c'est-à-dire : MSN, allaitement, allergie, problème ORL, syndrome de sevrage ...)

« Après je l'aborde surtout au moment des informations sur la mort subite du nourrisson, même quand elles ne fument pas. » (SDN4)

« Du coup je l'aborde plus quand elles ont diminué et continué à fumer. Parce que du coup on l'aborde sur les conseils d'allaitement. On est plus amené à en parler, à parler du syndrome de sevrage chez l'enfant. » (SDN6)

« Si la patiente est fumeuse j'aborde la consommation de tabac en parlant du nouveau-né, je leur dis d'aérer les pièces quotidiennement, je leur dis de ne pas fumer à l'intérieur de la maison, et c'est à ce moment-là que j'aborde avec elles s'il y'a un désir d'arrêt du tabac. » (SDN9)

Pour certaines sages-femmes interrogées nous avons pu observer que la discussion autour du tabagisme passif et du sevrage tabagique était particulièrement évoquée si la patiente est considérée comme une personne qui consomme beaucoup de tabac.

« (...) si vraiment dans le dossier c'est marqué que c'est une grosse fumeuse, dans ce cas-là on va l'aborder quand on va aborder les risques de MSN. » (SDN3)

Par contre la majorité des sages-femmes n'évoquaient pas avec leurs patientes sevrées les risques de faux-pas ou de rechute post-accouchement. Pourtant le retour à domicile est un moment à risque de reprise de la consommation, particulièrement si l'entourage de la femme est consommateur de tabac (10), (15).

D'autres constatations ont pu être révélées suite aux entretiens, en effet une sage-femme a exprimé qu'il était plus facile d'aborder le tabagisme lors de la consultation de sortie car elle retrouvait dans le logiciel informatique de la maternité dans la partie à remplir « consultation de sortie » un item « addictologie ». Une autre sage-femme annonçait que suite à la pandémie COVID19 le bureau de consultation sage-femme a été fermé et que ce bureau permettait plus facilement d'engager le dialogue grâce à la présence d'affiches sur le tabac et l'alcool et de nombreux dépliants à donner.

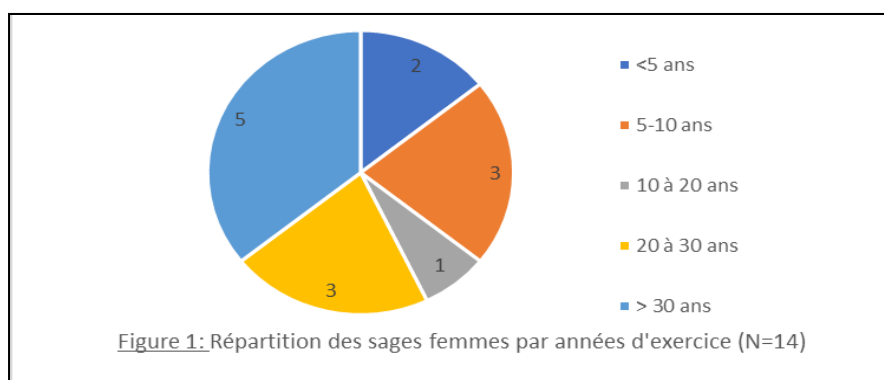
Nous avons remarqué que la présence d'affiches, de flyers, d'une case à remplir dans un logiciel ou d'un temps privilégié avec la patiente, justifient peut-être que le dépistage du tabac et que les informations apportées aux patientes soient plus systématiques ou plus complètes lors de la consultation de sortie que lors du séjour de la patiente en suite de couche

2. PROFILS DES SAGES-FEMMES IMPLIQUEES DANS LA PRISE EN CHARGE EN POST-PARTUM DES PATIENTES SEVREES PENDANT LA GROSSESSE

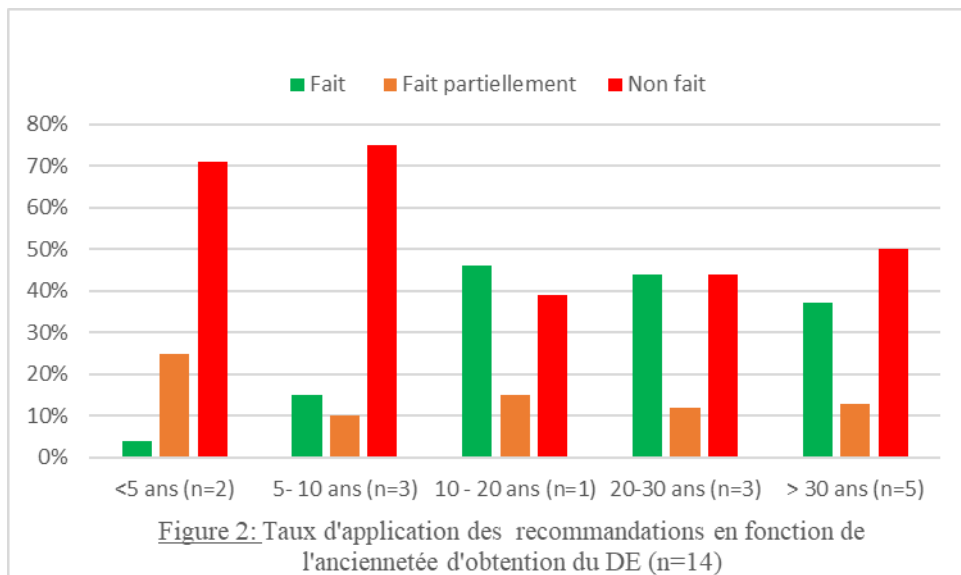
Toutes les personnes interrogées étaient de sexe féminin.

2.1. EN FONCTION DE L'ANNEE DE DIPLOME

La figure 1 présente la répartition des professionnels interrogés selon leur ancienneté.



La figure 2 quant à elle montre la relation entre les années d'ancienneté et le taux d'application des recommandations.

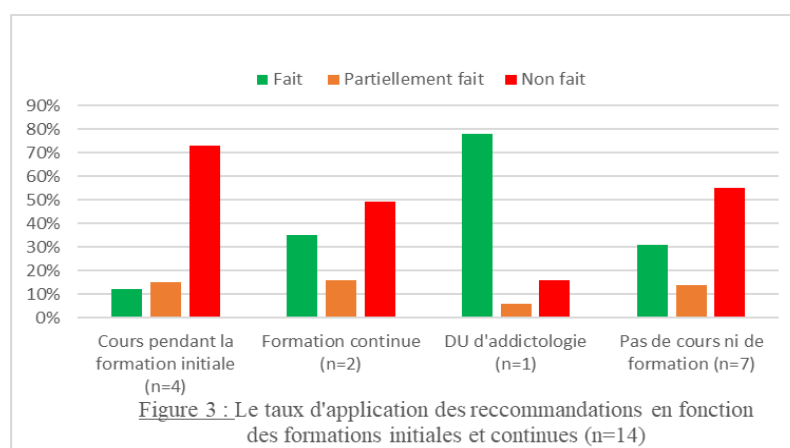


Nous avons observé que les sages-femmes diplômées depuis moins de 10 ans appliquaient moins les recommandations de la HAS que les sages-femmes diplômées depuis plus de 10 ans (70-80% de non-application pour les premières contre 30-50% pour les secondes). Les jeunes diplômées semblaient avoir moins d'aisance pour délivrer des informations multiples et semblaient majoritairement se concentrer sur les points qu'elles considéraient médicalement prioritaire.

2.2. EN FONCTION DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Parmi les 14 sages-femmes interrogées, quatre sages-femmes déclaraient avoir reçu des enseignements concernant le tabagisme et le sevrage tabagique pendant leur formation initiale et deux ne disaient n'en avoir aucun souvenir. Deux sages-femmes disaient avoir eu une formation en addictologie avec une partie sur la tabacologie et une sage-femme avait suivi un Diplôme Universitaire d'addictologie avec une partie de tabacologie en 2015.

La figure suivante montre la relation entre la présence de cours lors de la formation initiale et continue concernant la prise en charge du sevrage tabagique et l'application des recommandations.

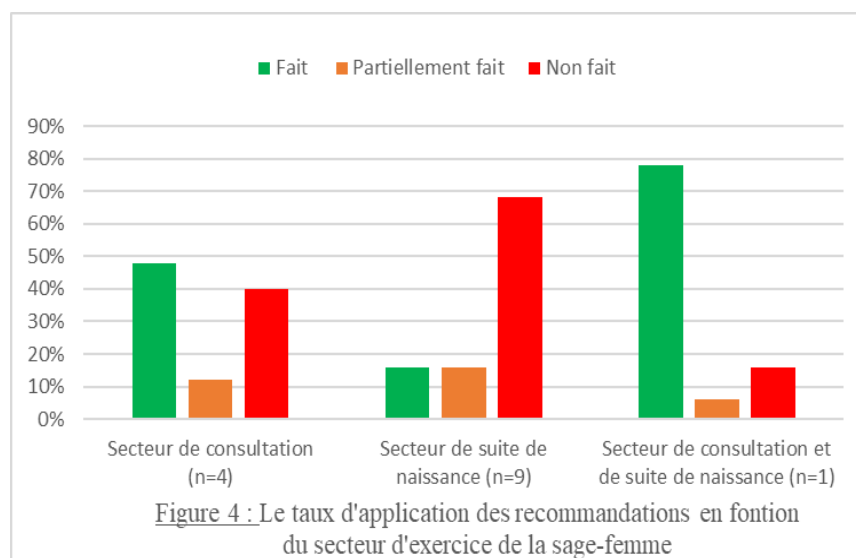


Nous avons observé que la prise en charge des patientes après une formation continue était plus complète contrairement aux sages-femmes qui n'avaient eu que des cours pendant la formation initiale. Les enseignements semblaient être plus facilement retenus et appliqués quand ils étaient réalisés lors de la formation continue. La sage-femme possédant un DU d'addictologie respectait plus de 70% des recommandations HAS.

De plus, nous avons constaté que les sages-femmes déclarant ne pas avoir bénéficié de formation durant leur carrière et durant leur formation initiale avaient des connaissances plus solides concernant le tabac et le sevrage tabagique contrairement aux sages-femmes qui avaient eu une formation initiale. Il est possible que l'expérience permette d'être plus attentive à ce point auprès des patients et que des transmissions de connaissances se font entre collègues et par l'expérience. La transition de la formation initiale à la pratique reste à améliorer. La formation clinique et pratique des étudiants se déroulant majoritairement en stage et de façon mimétique, nous pouvons émettre au vu des constats précédents de l'application relativement faible des recommandations l'hypothèse que cela ne favorise pas la prise en charge autour du tabac. Ce constat est à établir avec prudence car le peu d'effectif ne permet pas de donner de certitude, d'autant plus que nous n'avons pas eu d'information quant au lieu de formation.

2.3. EN FONCTION DU SERVICE D'EXERCICE DE LA SAGE-FEMME AU SEIN DE LA MRUN

La figure 4 présente le taux d'application des recommandations en fonction du secteur d'exercice de la sage-femme interrogée, nous avons priorisé les entretiens sur les secteurs de consultation et de suite de naissance.



Les sages-femmes travaillant en secteur de suite de naissance semblaient moins sensibilisées au tabagisme et à la prise en charge du sevrage tabagique contrairement aux sages-femmes travaillant en consultation. Nous pouvons nous demander si la différence de prise en charge est due à un manque de connaissance ou aux spécificités du terrain d'exercice. En effet, les sages-femmes travaillant en suite de naissance exposaient pour beaucoup un manque de temps dans la prise en charge, un manque de personnel, qui empêcheraient d'avoir un temps dédié à une discussion autour de la consommation de tabac ou du sevrage.

2.4. INTERET PROFESSIONNEL POUR LE SUJET

Le constat qui s'extirpe des entretiens à propos de l'intérêt professionnel pour le tabac conditionne la motivation des sages-femmes à s'informer et se former autour des sujets tels que les addictions et le tabac, mais également de leur manière de prendre en charge les patientes tabagiques ou sevrées.

Au fil des entretiens, plusieurs sages-femmes ont évoqué les mots « motivation », « intérêt », « être convaincu ». La sage-femme CS1 abordait l'idée de « s'intéresser aux addictions » : *« J'ai travaillé en néonatalogie donc je me suis intéressée aux addictions, enfin c'était plutôt d'abord des patientes avec des dépendances sous opiacées, tous les produits un peu illicite »*. La sage-femme CS4 disait qu'elle était une « convaincu » à propos de ce qui concernait la motivation.

D'autres sages-femmes annonçaient ne pas avoir d'attirance, de vocation ou même une peur à évoquer le sujet du tabac avec les patientes. La sage-femme SDN5 annonçait : *« J'ai déjà pas une attirance sur les addictions, prendre en charge les dames par rapport à ça, alors c'est vrai que je n'informe pas plus que ça (...) »* et CS2 : *« je n'ai pas la vocation pour faire de l'accompagnement tabaco par la suite »*.

Nous avons retrouvé le champ lexical de la peur avec une phrase : « peur de dire des bêtises » retrouvé une fois, le champ lexical du désintérêt avec les phrases « ne pas avoir la vocation », « ne pas s'y aventurer », « ne pas se lancer », « ne pas avoir une attirance » chacune également retrouvées une fois, qui entre en contradiction avec le champ lexical de l'intérêt « intéresser aux addictions » qui est retrouvé une fois.

3. OBSTACLES A LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS PERSPECTIVES D'AMELIORATION ET PISTE DE TRAVAIL

3.1. LES OBSTACLES RENCONTRES

Les sages-femmes ont été interrogées sur les éventuels obstacles et difficultés à mettre en œuvre la prise en charge du sevrage tabagique et sur les solutions potentielles envisagées.

Parmi les sages-femmes interrogées, cinq sages-femmes sur les quatorze interrogées déclaraient ne pas rencontrer d'obstacles à parler du tabac.

Concernant les cinq sages-femmes qui déclaraient ne pas rencontrer d'obstacle de prime abord, nous retrouvons tout de même dans le discours des difficultés rencontrées. La sage-femme SDN6 disait ne pas rencontrer d'obstacle car ce n'est pas une question intime : « (...) *le tabac vous ne rentrez pas dans l'intimité du couple, vous donnez juste des conseils où vous parlez d'une dépendance classique, parce qu'il y a pleins de gens qui fument, pleins de gens qui arrêtent. Non je ne rencontre pas de freins là-dessus, surtout qu'on ne l'aborde jamais dans le jugement surtout si elles ont repris.* » mais ajoutait ensuite rencontrer un obstacle à propos du fait qu'elle apporte beaucoup trop d'informations aux patientes.

La sage-femme travaillant à la fois en suite de couche et en consultation disait qu'elle ne rencontrait pas d'obstacle en consultation prénatale : « *Non parce que c'est quelque chose que j'aborde facilement, j'aborde aussi d'autres types de produits plus compliqués.* », ainsi qu'en consultation de sortie : « *j'en parle, j'arrive à trouver le temps, on a aussi des petits items à la fin qu'on coche (...)* »

La sage-femme CS3 rencontrait comme seul obstacle la motivation de la patiente : « *A part le non catégorique de la patiente, je ne rencontre pas d'obstacle.* » mais ajoutait que ça pourrait être bien d'avoir plus d'heures attribué au tabac lors de la formation initiale « *plus de sensibilisation et d'heure d'enseignement, pour que les étudiants vous ayez déjà quelques outils, pour savoir comment bien aborder la question avec les patients, quel est le meilleur moment et comment les accompagner et après.* »

La sage-femme CS4 annonçait également « *Pas du tout pas du tout, de toute façon c'est une question systématique toute façon on est obligé par rapport à l'anamnèse du dossier.* » sauf peut-être s'il existait une grande barrière linguistique.

La sage-femme CS5 ne rencontrait par d'obstacle concernant le sevrage tabagique en consultation prénatale mais avouait qu'elle rencontrait un obstacle de temps lors de la consultation postnatale.

Pour les neuf autres sages-femmes, il a été relevé comme obstacle l'abondance d'information à transmettre au cours de la grossesse et en post-partum, le manque de temps pour apporter une information complète à la patiente, un manque de formation que cela soit de la formation initiale ou continue, une difficulté à amener le sujet au décours d'une conversation et un manque de transmission des informations.

Il a été demandé à ces sages-femmes quelles pouvaient être selon elles les perspectives d'amélioration des obstacles rencontrés afin de fournir à la patiente et à son nouveau-né la prise en charge la plus optimale et personnalisée, tout en étant en accord avec les recommandations.

3.2. LES AXES D'AMELIORATION PROPOSES

L'analyse des entretiens a permis de révéler six possibilités d'amélioration :

- **Un apport d'informations tout le long du parcours patient** (par la sage-femme libérale, en suite de couche, en consultation de sortie ou postnatale) :

« *Alors l'idéal est que la sage-femme libérale derrière puisse continuer à donner un peu d'information, qu'il y en ait un peu aussi à la consultation postnatale, mais c'est beaucoup d'information en peu de temps et dans un état de fatigue.* » (SDN6)

« *Il faudrait l'inclure dans la consultation de sortie plutôt, se mettre un item en plus au niveau des addictions en général.* » (SDN10)

« *A J1 se mettre un « Attention Tabac » je sais pas éventuellement quoi* » (SDN10)

« *(...) faire des points plus réguliers pendant la grossesse pour savoir où elles en sont* », dans le sens de noter dans le dossier l'évolution précise de la consommation (SDN7).

« *Quand il y a une barrière linguistique totale parce qu'on est devant un étranger qui ne parle pas un mot de français et qui fume. (...) Alors déjà pour les faire venir une fois*

tous les mois pour un suivi médical c'est déjà ardu alors que je vous avoue que la consultation tabaco c'est compliqué » (CS4), ce qui permet de penser que les soignants qui s'occupaient de cette patiente devraient dans le cas d'une barrière linguistique se transmettre des informations complètes afin d'améliorer la prise en charge et connaître ce qui a été dit ou mis en place précédemment (afin d'éviter des oublis ou redites).

- Un apport d'information par une personne dédiée spécialisée

« Il faudrait je pense un temps dédié pour ça, une personne dédiée pour ça. Je pense effectivement que l'intérêt chez ses patientes là c'est de leur faire rencontrer des spécialistes ayant des DU de tabacologie, pour ces questions-là » (SDN2)

- Mettre ou remettre en place des méthodes d'autosupport pour les patientes / fascicule d'information pour les professionnels de santé :

« Peut-être un peu plus d'infos, peut être un petit fascicule ou quelque chose comme ce qui est fait pour le PCU, un truc qui nous sensibilise qu'on puisse en parler dans les consultations de sorties. Dans la fiche de conseils de sortie ce n'est pas mis dedans, pourquoi pas ? », « (...) mettre des fascicules dans les chambres, les couloirs (...), ou alors chez le pédiatre » (SDN5)

- Une formation initiale plus complète et une formation continue pour tous :

« Plus de sensibilisation et d'heure d'enseignement, pour que les étudiants vous ayez déjà quelques outils, pour savoir comment bien aborder la question avec les patients, quel est le meilleur moment et comment les accompagner et après. »

« Je pense effectivement que ça serait bien de nous faire une petite formation (...). Une piqure de rappel de temps en temps ça fait du bien. » (SDN5)

« Pour y remédier, je pense qu'on pourrait faire des formations sur le sevrage tabagique et qu'il soit mis en place une sorte de protocole, une note d'information plus claire. » (SDN9)

« Donc je pense que si je remettais les choses au clair, je prendrai l'habitude de plus en parler, ça irait mieux » (SDN3)

« Parfois aussi le comportement des patientes, des fois il y a des gens qui se braquent facilement, qui se culpabilisent » (SDN10), ce qui laisse penser qu'une formation complète permettrait de mieux se former afin d'avoir plus de bagages pour informer des

patients qui pourraient sembler plus réfractaire à la prise en charge et ainsi augmenter les chances d'entamer une procédure de sevrage.

- **Par une prise de conscience des professionnels de santé :**

« (...) C'est à la sage-femme et je m'inclus dedans du coup, mais c'est à la sage-femme de se renseigner elle-même » (SDN7)

« Non après c'est peut-être à nous aussi de nous informer et de se remettre à jour mais oui du coup je pense qu'il y a des données qui manquent, ça c'est sûr. » (SDN10)

Les autres facteurs extrinsèques soulevés ne nous laissent que peu de moyens d'action. Certaines sages-femmes rencontrent également des difficultés à évoquer le sujet à cause d'une « **banalisation** » du sujet par la société :

« En plus le tabac c'est pas comme les autres addictions, c'est tellement banalisé dans la population générale qu'on peut vite passer à côté d'une femme fumeuse (...) par exemple une femme toxico, on va le savoir pendant tout le séjour et c'est quelque chose qu'on va penser, une femme fumeuse et bien non parce que je dirai (...) y'a tellement de femmes fumeuses que finalement ça passe peut être un peu plus entre les mailles du filet » (SDN7).

4. LES PROPOSITIONS

En premier, il serait cohérent de permettre la création d'un parcours patient avec une possibilité d'accès aux informations de la patiente à tous les professionnels de santé prenant en charge la patiente concernant sa consommation de tabac actuelle et passée ainsi que son positionnement et /ou avancement dans sa démarche de sevrage tabagique.

En plus des logiciels internes ou documents internes à la maternité, il serait intéressant de communiquer avec les professionnels libéraux qui prennent en charge la patiente, que cela soit la sage-femme libérale réalisant son suivi en PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité), son suivi post-partum, rééducation périnéale ou gynécologique, mais également son médecin généraliste, et/ou son gynécologue-obstétricien. Il existe des outils qui pourraient être utilisés de manière plus automatique tel que le carnet de santé maternité qui pourrait être présenté par la patiente à tous les

professionnels qu'elle rencontre ou l'utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé) qui permettrait même une poursuite de la prise en charge hors grossesse et post-partum. Cela permettrait de résoudre l'obstacle de temps et la perte d'information qui a pu être remonté grâce à cette étude. En permettant à chaque profession de santé de connaître le statut tabagique de la patiente cela permettrait de faire des points plus réguliers tout au long de la grossesse et du post-partum, et ainsi d'orienter la patiente vers un professionnel référent.

En second, il est important de souligner que l'apport d'une formation continue sur le tabac et le sevrage tabagique en plus de la formation initiale est une demande de la part des sages-femmes interrogées. En effet la plupart des sages-femmes se sentent démunies face à une patiente en cours de sevrage ou une patiente tabagique. Il est important de fournir des outils afin de faciliter la prise en charge de ces patientes. Cela peut passer par une information type flyers à destination des sages-femmes (mais risque de perte et ne permet pas d'aborder l'aspect psychologique d'une addiction), ou par la mise en place de micro-formation permettant la mise en place de cas pratiques réalisés de façon interne à l'hôpital et permettant de former un maximum de sages-femmes de façon régulières. Une plateforme (projet FAST) sera bientôt disponible afin de faciliter la formation des professionnels de santé concernant le tabac, celle-ci est portée par le Collégium Santé de l'Université de Lorraine. Ceci permettrait d'être une alternative à une formation plus complète en addictologie qui ne serait pas une volonté pour toutes les sages-femmes.

Concernant l'observation faite pendant ce mémoire du manque de transmission de matériel d'auto-support pour les patientes, il pourrait être intéressant de remettre en place la salle de consultation de sortie en suite de couche et/ou de fournir aux patientes à la place d'un flyers ou d'une affiche un numéro de téléphone, un site internet en passant par un QR code. En effet il se pourrait que les informations soient à l'heure actuelle plus facilement transmissibles grâce au téléphone portable et à internet.

5. CRITIQUE DE L'ETUDE

5.1. LES LIMITES

La limite principale de cette étude concerne le choix des entretiens semi-directifs, nous observons que les premiers entretiens réalisés sont moins qualitatifs que les derniers notamment par manque d'expérience, même si des entretiens tests avaient été réalisés au préalable. De plus le port du masque, la distanciation sociale suite à la pandémie COVID19 et la présence d'un seul interviewer n'a pas permis d'analyse non verbale.

5.2. LES BIAIS

Le premier biais que nous pouvons observer est un biais de volontariat, en effet les personnes qui ont accepté de participer à l'étude peuvent être plus sensibilisées au sujet du sevrage tabagique contrairement à celles qui ont refusé de réaliser l'entretien.

Il est également retrouvé un biais de subjectivité notamment suite à la relecture des entretiens et à l'écriture des résultats par une seule personne, c'est pour cela qu'il était important de comparer les réponses aux entretiens avec les recommandations en vigueur.

5.3. FORCES DE L'ETUDE

Une des forces de cette étude est son aspect qualitatif. En effet grâce à la réalisation des entretiens, nous avons pu mettre en avant à la fois des données quantitatives (comme lorsque nous faisons une analyse quantitative grâce à un questionnaire) et à la fois une analyse qualitative. Cette diversité nous permet de laisser aux personnes interrogées un espace libre pour exprimer leurs impressions face à une situation, les difficultés qu'elles rencontrent dans leur quotidien et leurs besoins. Ce qui permet de donner à cette étude un réel poids concernant le besoin des sages-femmes.

Une autre force de cette étude est le fait d'étudier le sevrage tabagique en post-partum. En effet, il existe beaucoup d'étude concernant la prise en charge tabagique lors d'une grossesse ou en amont de celle-ci, mais aucune n'a vraiment permis de justifier pourquoi nous retrouvons des taux de rechute tabagique en post-partum aussi

important. Cette étude permet un état des lieux et des possibilités d'amélioration à propos d'un sujet peu exploité.

CONCLUSION

De manière générale, nous avons observé que la prise en charge tabagique, tel qu'il est prévu par la HAS, par les praticiens sages-femmes impliquées dans le suivi prénatal des patientes est réalisé de manière quasi-systématique. Par contre, les informations à apporter aux patientes concernant le risque de rechute de la consommation de tabac lors d'un sevrage tabagique n'était pas évoqué par la majorité des sages-femmes interrogées lors des consultations prénatales ainsi que post-natales. Concernant la prise en charge tabagique des patientes lors du séjour à la maternité après l'accouchement, nous avons souligné que les sages-femmes n'étaient majoritairement pas impliquées dans le dépistage de la consommation de tabac. Nous avons noté que les sages-femmes apportaient généralement une information sur le tabagisme passif mais pas sur les risques du tabac pour la patiente ni sur les risques de rechute de la consommation de tabac pour les patientes sevrées. Concernant le profil des sages-femmes, les sages-femmes diplômées depuis moins de 10 ans sont moins impliquées dans la prise en charge du sevrage tabagique de manière générale contrairement à leurs aînées, pourtant ces sages-femmes ont disposé durant leur cursus d'une formation sur le tabac. Les sages-femmes travaillant en secteur de suite de naissance semblaient moins sensibilisées au tabagisme et à la prise en charge du sevrage tabagique contrairement aux sages-femmes travaillant en consultation. Un dernier constat a été relevé de cette étude concernant l'intérêt professionnel des sages-femmes à propos de la consommation de tabac, en effet celui-ci conditionne la motivation des sages-femmes à se former sur les risques d'une consommation tabagique.

Grâce aux entretiens réalisés, les sages-femmes ont pu s'exprimer à propos des obstacles qu'elles rencontraient au quotidien. Les sages-femmes évoquent un manque de formation qui est en lien avec la faible utilisation du droit de prescription des TNS, cela peut être par manque de connaissance du droit de prescription mais aussi par manque de temps. Il a été mis en avant également un manque de matériel d'auto-support pour évoquer avec les patientes le sevrage tabagique. Pour ces raisons, la plupart des sages-femmes préfèrent orienter vers un personnel plus formé. Nous avons pu relever à l'heure actuelle que la simple formation initiale n'était pas suffisante pour permettre aux jeunes diplômés une aisance dans la prise en charge de ces patientes. En effet il est

probable que le défaut de prise en charge des patientes par les sages-femmes en exercice ne permet pas aux étudiants une mise en pratique de leur formation initiale. Il est alors essentiel d'apporter aux sages-femmes une formation continue de manière régulière et en accord avec les recommandations afin que la prise en charge du sevrage soit engagée le plus rapidement possible, puis permettre un rendez-vous personnalisé vers un professionnel formé en tabacologie ensuite. Il faut également développer et fournir aux sages-femmes des outils nécessaires à une bonne prise en charge, affiches, flyers, mise en place de QR-code/URL vers des sites d'aide au sevrage tabagique, ... De plus, la mise en place d'un réel parcours patient en développant ou utilisant les moyens déjà existants permettrait une vraie transmission d'information entre les professionnels de santé qui entourent la patiente (que cela soit dans les différents secteurs au sein de l'hôpital ainsi qu'avec les professionnels libéraux).

Avec l'augmentation des sorties précoces (toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne) la place des sages-femmes libérales est de plus en plus importante dans le post-partum des patientes. Il serait intéressant de les impliquer dans le suivi des patientes tabagiques ou sevrées afin d'éviter le risque de rechute post-accouchement. En effet, les sages-femmes libérales sont les professionnels de premier recours pour les femmes post-parturientes, les visites à domicile post-accouchement sont des moments privilégiés afin d'engager ou poursuivre la communication autour du tabac.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Fong GT, Thompson ME, Boudreau C, équipe internationale ITC. Projet ITC, Rapport national ITC France; Octobre 2011. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), Paris, France.
- (2) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Tabac [en ligne]. 2021 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- (3) Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. BEH [en ligne]. 2019 [cité le 10 juin 2021]. (15):271-7. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html
- (4) Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. OFDT [en ligne]. 2020 [cité le 10 juin 2021]. 10. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_20bil.pdf
- (5) Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. BEH [en ligne]. 2020 [cité le 10 juin 2021]. (14):273-81. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html
- (6) FCTC, WHO Framework Convention on Tobacco Control. Convention-Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac [en ligne]. 2003 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : https://www.who.int/fctc/text_download/fr/
- (7) Commission Européenne, Direction Générale de la Santé des Consommateurs. La lutte anti-tabac dans l'union européenne. Ec.europa [en ligne]. 2009 [cité le 10 juin 2021]. 4. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/tobacco_control_fr.pdf
- (8) SPF, Santé Publique France. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [en ligne]. 2019 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>

(9) Perriot J. La formation en tabacologie par le DIU de tabacologie et aide à l'arrêt du tabagisme évaluation et perspective. SFT [en ligne]. 2009 [10 juin 2021]. 7. Disponible sur :

http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/form_tabacologie_Perriot2009.pdf

(10) HAS, Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [en ligne]. 2014 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

(11) SFT, Société Francophone de Tabacologie. Tabac : arrêtez comme vous voulez [en ligne]. [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : <https://sft.tree-learning.fr/catalog/offers/1>

(12) Delcroix M, dir. Texte des recommandations. Conférence de consensus : grossesse et tabac ; 7 et 8 octobre 2004 ; Lille, France. Paris : MASSON ; 2005. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/138466/index.pdf>

(13) Ministère des Solidarités et de la Santé. Grossesse et tabac [en ligne]. 2015 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/grossesse-et-tabac>

(14) Delcroix M-H. La grossesse et le tabac. Ed. Paris cedex 14 : Presses Universitaire de France ; 2017. Chapitre II : Tabac et grossesse ; p. 23-45. Disponible sur : <https://www-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/la-grossesse-et-le-tabac--9782130794738-page-23.htm>

(15) Grangé G, Berlin I, Berveiller P, Blanc J, et al. Rapport d'experts et Recommandations : Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse (Texte court). CNGOF [en ligne]. 2020 [cité le 10 juin 2021]. 17. Disponible sur : http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/Rapport_Recos-Tabagisme_Grossesse-CNGOF_SFT-2020.pdf

- (16) Waylen AL, Metwally M, Jones GL, Wilkinson AJ, Ledger WL. Effects of cigarette smoking upon clinical outcomes of assisted reproduction: a meta-analysis [en ligne]. 2009 [cité le 10 juin 2021];15(1):31-44.
- (17) M.-H. Delcroix, Y. Aubard, C. Gomez, T. Gauthier, D. Nguyen, C. Travers, A. Henry, « Tabac-grossesse-vulnérabilités et RCIU », XXVI^e Journée de la Fédération de gynécologie-obstétrique, CH Vichy, 1^{er} oct. 2016, déc. 2016, vol. 34, p. 29-31.
- (18) Site officiel Périnatalité. Le tabac et la mort subite du nourrisson [en ligne]. 2002 [cité le 10 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.perinat-france.org/article/tabac-mort-subite-nourrisson>
- (19) Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M-J, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. BEH [en ligne]. 2016 [cité le 10 juin 2021]; (35-36):694-703. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/pdf/2018_35-36_2.pdf
- (20) Grange G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier J-P, Valensi P, et al. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2006;125(1): p. 38-43.
- (21) Dutoyat O. Le tabagisme chez la femme enceinte [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2018. 145 p.
- (22) Delahaye J-M. Prévention du tabagisme, la place des sages-femmes. Contact Sage-Femme [en ligne]. 2016 [cité le 10 juin 2021]. (48) : 19. Disponible sur : <https://ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/11/CONTACT48BD.pdf>
- (23) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [J.O. 27 janvier 2016].
- (24) Thietart R-A. Méthodes de recherche en management. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2003.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1. GENERALITES SUR LE TABAC	4
2. LA LUTTE ANTI-TABAC AU NIVEAU MONDIAL, EUROPEEN ET FRANÇAIS	5
3. LE TABAGISME ET LA FEMME ENCEINTE, LE NOURRISSON ET SON ENTOURAGE	6
3.1. TABAGISME ET COMPLICATIONS GRAVIDIQUES	6
3.1.1. <i>Conséquences obstétricales</i>	6
3.1.2. <i>Conséquences sur le fœtus</i>	6
3.1.3. <i>Conséquences sur le nouveau-né</i>	7
3.2. LES CHIFFRES ET LES CATEGORIES DE POPULATION TOUCHEES PAR LE TABAGISME EN PRE-, PER-, ET POSTNATAL	7
3.3. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE PRE-, PER-, ET POSTNATALE	8
MATERIEL ET METHODE	11
1. POPULATION ETUDIEE	11
1.1. LIEU ET POPULATION CIBLE.....	11
2. TYPE D'ETUDE ET METHODOLOGIE	12
2.1. TYPE D'ETUDE ET NOMBRE DE SUJET.....	12
3. REALISATION DES ENTRETIENS	13
4. ANALYSE DES RESULTATS	14
RESULTATS ET DISCUSSION	16
1. LES ELEMENTS DE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE ENTRE LE TROISIEME TRIMESTRE DE GROSSESSE ET LA FIN DU POST-PARTUM	16
1.1. LES SAGES-FEMMES EN SECTEUR DE CONSULTATION (CS1 A CS5)	16
1.1.1. <i>Dépistage et information</i>	16
1.1.1.1. A propos de la consommation tabagique	16

1.1.1.2. A propos du risque de rechute ou faux pas en post-partum	19
1.1.2. <i>Orientation, outils et prescription</i>	20
1.2. LES SAGES-FEMMES EN SECTEUR DE SUITE DE NAISSANCE (SDN1 A SDN10).....	23
1.2.1. <i>Prise en charge en post-partum d'une patiente sevrée sur le plan tabagique</i>	23
1.2.2. <i>Prise en charge en post-partum d'une patiente fumeuse</i>	25
1.2.3. <i>Orientation, outils et prescription</i>	28
1.2.4. <i>Prise en charge et information apportées lors de la consultation de sortie à propos du sevrage tabagique</i>	30
2. PROFILS DES SAGES-FEMMES IMPLIQUEES DANS LA PRISE EN CHARGE EN POST-PARTUM DES PATIENTES SEVREES PENDANT LA GROSSESSE	33
2.1. EN FONCTION DE L'ANNEE DE DIPLOME	33
2.2. EN FONCTION DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE	34
2.3. EN FONCTION DU SERVICE D'EXERCICE DE LA SAGE-FEMME AU SEIN DE LA MRUN	35
2.4. INTERET PROFESSIONNEL POUR LE SUJET	36
3. OBSTACLES A LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS PERSPECTIVES D'AMELIORATION ET PISTE DE TRAVAIL	37
3.1. LES OBSTACLES RENCONTRES	37
3.2. LES AXES D'AMELIORATION PROPOSES	38
4. LES PROPOSITIONS	40
5. CRITIQUE DE L'ETUDE.....	42
5.1. LES LIMITES.....	42
5.2. LES BIAIS	42
5.3. FORCES DE L'ETUDE.....	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE	46
TABLE DES MATIERES	49
ANNEXES.....	51

ANNEXES

ANNEXE I : *Mesure d'association entre tabagisme actif et les différentes complications de la grossesse (mesure d'association la plus pertinente) – RPC CNGOF/SFT 2020 – Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse⁽¹⁵⁾.*

ANNEXE II : *Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2018⁽³⁾.*

ANNEXE III : *Prévalence du tabagisme (%) quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018⁽³⁾.*

ANNEXE IV : *Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS 2014⁽¹⁰⁾.*

ANNEXE V : *Grilles d'entretien sages-femmes*

ANNEXE VI : *Lettre d'information à la population*

ANNEXE VII : *Document de consentement*

ANNEXE VIII : *Analyse des entretiens concernant les sages-femmes travaillant en consultation obstétricale*

ANNEXE IX : *Analyse des entretiens concernant les sages-femmes en suite de couche*

ANNEXE I

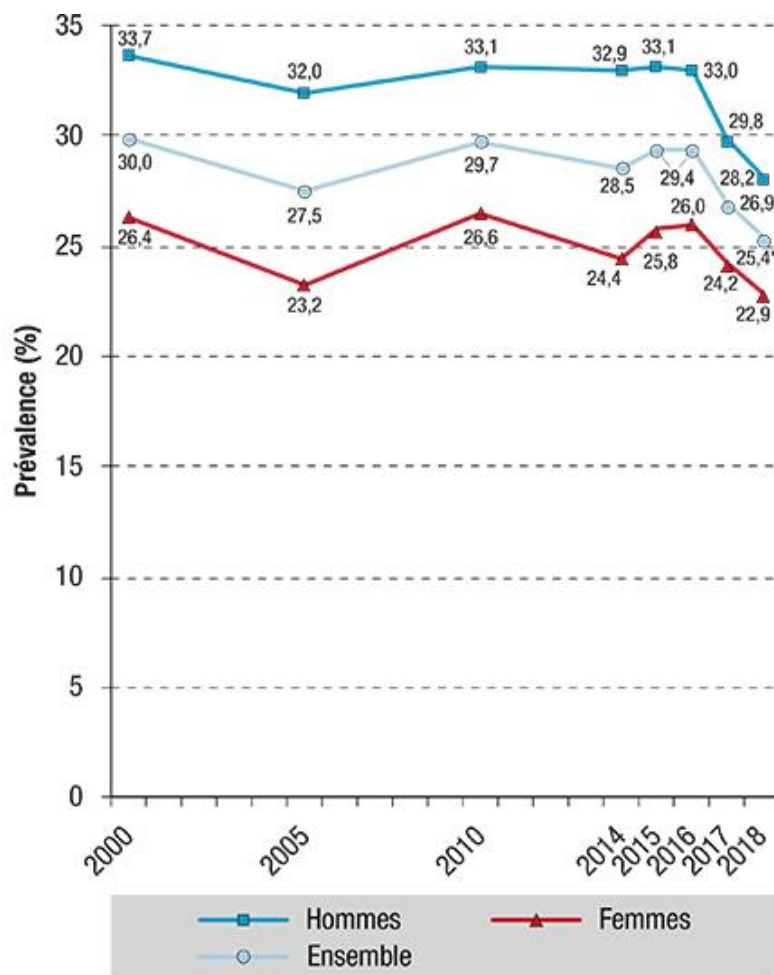
ANNEXE I: Mesure d'association entre tabagisme actif et les différentes complications de la grossesse (mesure d'association la plus pertinente) – RPC CNGOF/SFT 2020 – Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse^(15.)

Tableau 1 - Mesure d'association entre tabagisme actif et les différentes complications de la grossesse (mesure d'association la plus pertinente)

Complications de la grossesse	Mesure d'association et son intervalle de confiance à 95 % de la complication avec un tabagisme actif maternel
Fausse couche précoce ¶	1,23 (1,16-1,30)
Grossesse extra-utérine ¶¶	1,73 (1,28-2,32)
Anomalie congénitale **	1,01 (0,96-1,07)
Hématome rétroplacentaire**	1,69 (1,62-1,76)
Placenta praevia*	1,27 (1,18-1,35)
Prématurité**	1,21 (1,19-1,24)
Mort fœtale in utero*	1,36 (1,27-1,46)
Prééclampsie ¶¶	0,67 (0,60-0,75)
Césarienne ¶¶	1,09 (1,05-1,14)***
Petit poids de naissance *	1,95 (1,76-2,16)
* OR ¶ RR ** ORa ¶¶ RRa *** Risque pour les femmes fumant > 10 cigarettes par jour	

ANNEXE II

ANNEXE II : Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2018⁽³⁾.

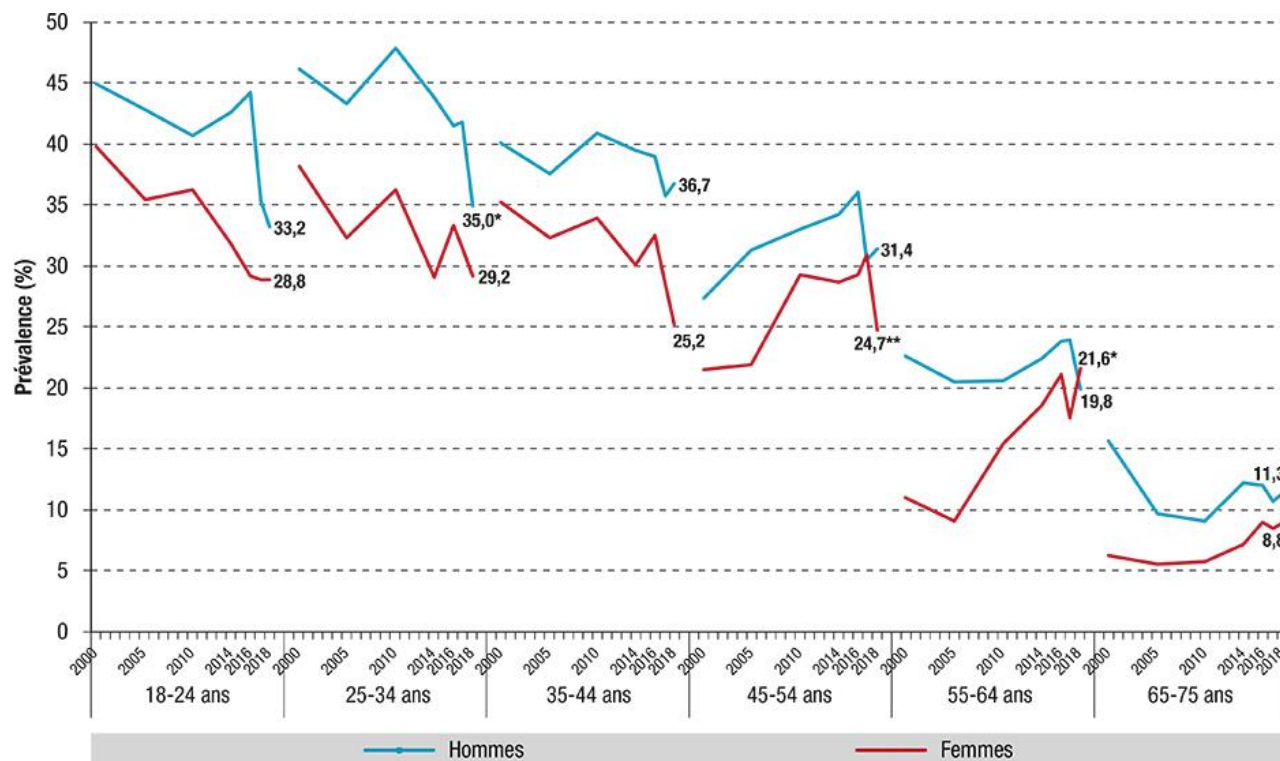


Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.

* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

ANNEXE III

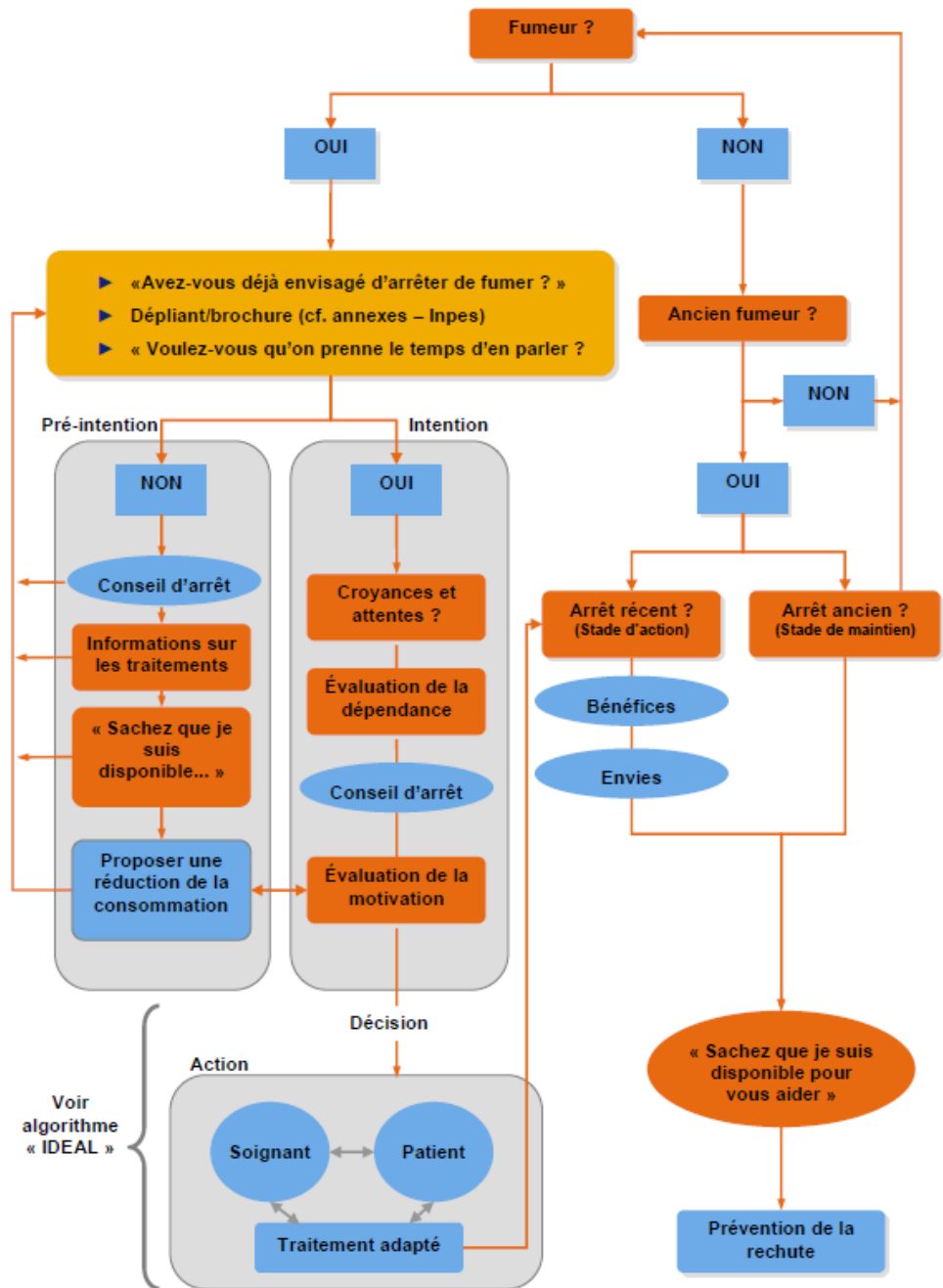
ANNEXE III : Prévalence du tabagisme (%) quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018⁽³⁾.



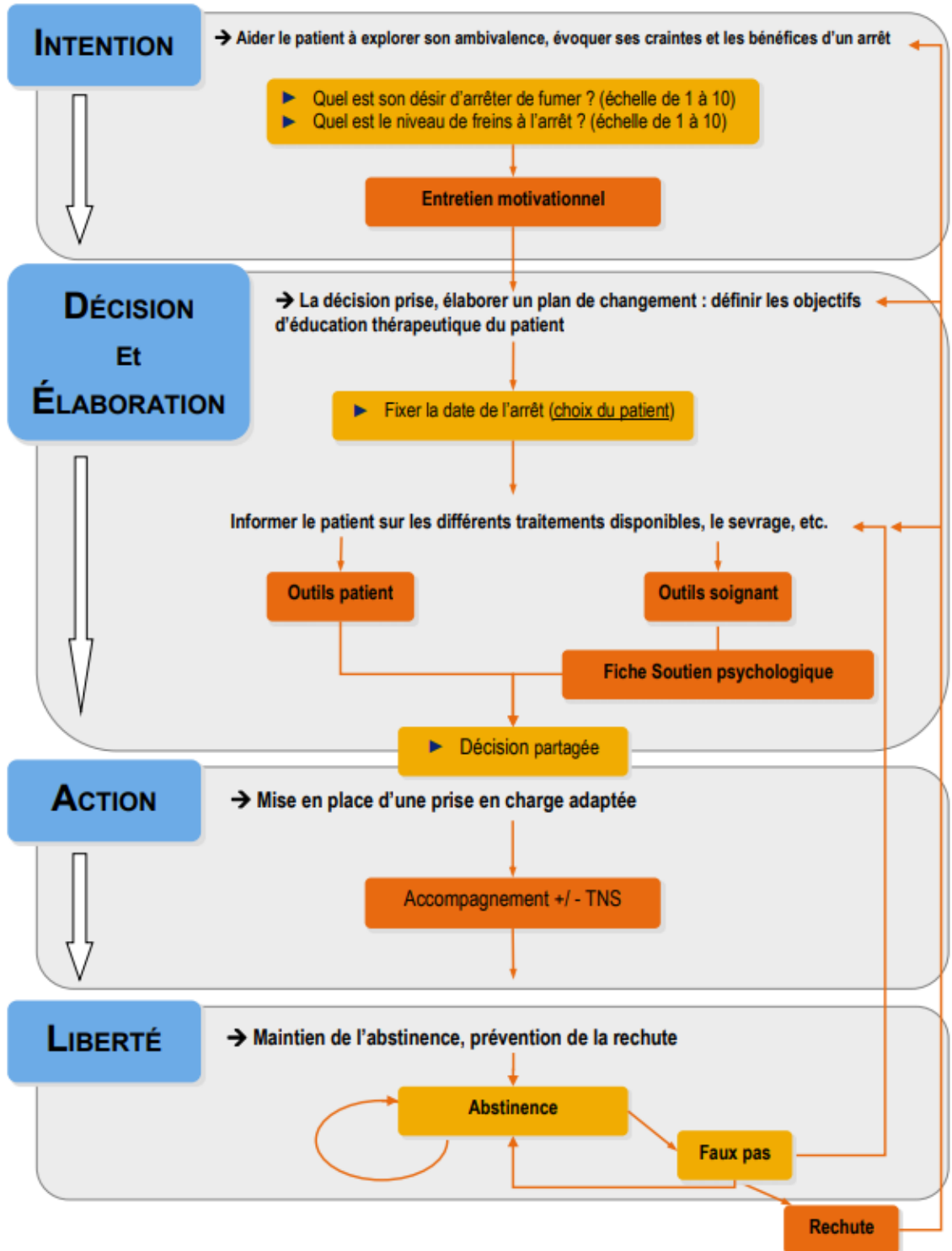
Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2017 et 2018 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.
 Les prévalences indiquées correspondent à l'année 2018.

ANNEXE IV

ANNEXE IV : Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS 2014⁽¹⁰⁾.



Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer



ANNEXE V

ANNEXE V : Grilles d'entretien sages-femmes

GRILLE D'ENTRETIEN SAGE- FEMME

Mémoire :

La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum.
Les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un suivi régulier en post-partum.
Etude réalisée auprès des sages-femmes à la maternité du CHRU de Nancy

Par Madame Leroy Mathilde

Directrice de Mémoire : Madame Crociati Anaïs

Entretien n°

Réalisé le

Durée :

AXE 1 : PRESENTATION DE LA SAGE-FEMME

- Année de l'obtention du DU de Maïeutique
- Avez-vous des cours concernant la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte lors de votre cursus ?
- Avez-vous eu des formations sur la prise en charge du sevrage tabagique depuis que vous travaillez ?
- Avez-vous obtenu un DU de tabacologie ou d'addictologie ?
- Travaillez-vous en : **Secteur de consultation** ? **Secteur mère enfant** ?
- Réalisez-vous des **consultations de post-partum** (consultation de sortie) ? A quelle fréquence ? (Quotidiennement, hebdomadaire, mensuel, rarement)
- Réalisez-vous des **consultations post-natales** (> 6 semaines après l'accouchement) ? A quelle fréquence ? (Quotidiennement, hebdomadaire, mensuel, rarement)

AXE 2 : LORS D'UNE CONSULTATION PRENATALE

Question générale 1 : Une patiente enceinte fumeuse se présente à vous, que lui dites-vous à propos de sa consommation de tabac ?

Dépistage propre à la femme enceinte	Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/>
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input type="checkbox"/>
	Evaluer le tabagisme de son entourage	<input type="checkbox"/>
Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>
	Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input type="checkbox"/>
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input type="checkbox"/>
Information sur le tabagisme passif		<input type="checkbox"/>
Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement		<input type="checkbox"/>

Réponses :

Question générale 2 : Que proposez-vous à cette patiente ? (Sevrage tabagique, orientation, ...)

Présentation de matériel d'auto-support	<input type="checkbox"/>
Prescription de TNS (Traitement Nicotinique Substitutif)	<input type="checkbox"/>
Orientation vers un médecin/sage-femme tabacologue	<input type="checkbox"/>
Prescription à l'entourage de la patiente	<input type="checkbox"/>
Prévoir d'autres consultations axées spécifiquement sur son tabagisme	<input type="checkbox"/>

Réponses :

Question générale 3 :

- Quels obstacles rencontrez-vous pour parler du sevrage tabagique aux femmes enceintes ?
- Comment pouvons-nous y remédier ?

AXE 3 : EN POST PARTUM : En secteur post-partum et lors de la consultation de sortie

Question générale 1 : Une patiente sevrée sur le plan tabagique est dans votre service de suite de couche, quelle est votre prise en charge sur le plan tabagique ?

Dépistage propre à la femme enceinte	Evaluer d'éventuelles difficultés à maintenir l'arrêt du tabac et évaluer et adapter le traitement	<input type="checkbox"/>
	Patiente sevrée ? Organiser le suivi tabacologique à la sortie	<input type="checkbox"/>
	Evaluer le tabagisme de son entourage	<input type="checkbox"/>
Information sur le tabagisme passif		<input type="checkbox"/>
Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement		<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le besoin de substituts nicotiques <input type="checkbox"/> - Proposer une consultation tabacologie <input type="checkbox"/> 		

Réponses :

Question générale 2 : Une patiente fumeuse non sevrée sur le plan tabagique pendant sa grossesse est hospitalisée dans votre service, quelle est votre prise en charge sur le plan tabagique ?

Dépistage propre à la femme enceinte	Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/>
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input type="checkbox"/>
	Evaluer le tabagisme de son entourage	<input type="checkbox"/>
Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>
	Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input type="checkbox"/>
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input type="checkbox"/>
Information sur le tabagisme passif		<input type="checkbox"/>

Réponses :

Question générale 3 : Que proposez-vous à cette patiente ?

Présentation de matériel d'auto-support	<input type="checkbox"/>
Prescription de TNS (Traitement Nicotinique Substitutif)	<input type="checkbox"/>
Orientation vers un médecin/sage-femme tabacologue	<input type="checkbox"/>
Prescription à l'entourage de la patiente	<input type="checkbox"/>
Prévoir d'autres séances consultations spécifiquement sur son tabagisme	<input type="checkbox"/>

Réponses :

Question générale 4 : Lors d'une consultation de sortie de maternité, comment abordez-vous la question du sevrage tabagique, de la poursuite du sevrage tabagique, du faux pas ou de la rechute ?

Dépistage propre à la femme enceinte	Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/>
	Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input type="checkbox"/>
	Evaluer le tabagisme de son entourage	<input type="checkbox"/>

Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>
	Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input type="checkbox"/>
	Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input type="checkbox"/>
Information sur le tabagisme passif		<input type="checkbox"/>
Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement		<input type="checkbox"/>
- Evaluer le besoin de substituts nicotiques <input type="checkbox"/>		
- Proposer une consultation tabacologie <input type="checkbox"/>		

Réponses :

Question générale 4 :

- Quels obstacles rencontrez-vous pour parler du sevrage tabagique en secteur post-partum ou en consultation de sortie ?
- Comment pouvons-nous y remédier ?

AXE 4 : EN POST PARTUM : En CONSULTATION POST-NATALE

Question générale 1 : Lors d'une consultation post-natale, comment abordez-vous la question du sevrage tabagique, de la poursuite du sevrage tabagique, du faux pas ou de la rechute ?

Question générale 2 :

- Quels obstacles rencontrez-vous pour parler du sevrage tabagique en consultation post-natale ?
- Comment pouvons-nous y remédier ?

AXE 5 : RECHUTE DE LA CONSOMMATION DE TABAC EN POST-PARTUM

Question générale 1 : A quelle fréquence évaluez-vous la reprise de la consommation de tabac en post-partum ?

Question générale 2 : Quelles sont les raisons évoquées par les patientes concernant la rechute de la consommation de tabac en post-partum ?

Question générale 3 : Quel est selon vous le moment le plus propice à la rechute ?

AXE 6 : ETAT DE CONNAISSANCE DES COMPETENCES EN TABACOLOGIE

Question générale : Que pensez-vous de la communication autour des compétences des sages-femmes en tabacologie ? Quelles sont les compétences des sages-femmes en termes de tabacologie ?

ANNEXE VI

ANNEXE VI : Lettre d'information à la population

Mémoire de Diplôme d'Etat de Maïeutique
Département Universitaire Lorrain de Maïeutique de l'Université
de Lorraine.

**La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum.
Les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un suivi régulier en post-
partum.
Etude réalisée auprès des sages-femmes à la maternité du CHRU de Nancy**

Etudiante en 5^{ème} année au sein du Département Universitaire Lorrain de Maïeutique de l'Université de Lorraine, je réalise mon mémoire sur la gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum sous la direction de Madame Anaïs Crociati, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nancy.

Dans le cadre de cette étude, je souhaite vous proposer un entretien professionnel afin de recueillir votre avis et votre expérience sur ce sujet.

Cet entretien est anonyme, et les réponses que vous y apporterez seront utilisées uniquement pour l'analyse de cette étude.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et joignable par mail leroy.mathilde88@laposte.net et à ce numéro 06.46.79.82.62.

Je vous remercie par avance pour votre participation.
Dans l'attente, je vous prie d'agréer, Docteur, Madame, Monsieur, mes salutations les plus respectueuses.
Avec mes plus sincères remerciements,

Mme Leroy Mathilde, étudiante sage-femme

Contacts :

Madame Leroy Mathilde, étudiante sage-femme à l'école de sage-femme de Nancy
mail : leroy.mathilde88@laposte.net, tél : 06 46 79 82 62

Madame Crociati Anaïs, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Nancy
mail : a.crociati@chru-nancy.fr

ANNEXE VII

ANNEXE VII : Document de consentement

|

Mémoire de Diplôme d'Etat de Maïeutique
Département Universitaire Lorrain de Maïeutique de
l'Université de Lorraine

Document de consentement à l'exploitation des données

Je soussigné(e),, donne l'autorisation à Madame Leroy Mathilde, étudiante sage-femme au Département Universitaire Lorrain de Maïeutique travaillant sur la gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum - Les enjeux de la prise en charge personnalisée et du suivi de la consultation de post-partum - sous la direction de Madame Crociati Anais, d'exploiter les données recueillies de manière anonyme lors de l'entretien que j'ai réalisé afin qu'un mémoire soit rédigé.

Signature

ANNEXE VIII

ANNEXE VIII : Analyse des entretiens concernant les sages-femmes travaillant en consultation obstétricale

ANALYSE DES ENTRETIENS CONCERNANT LES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN CONSULTATION OBSTETRICALE

AXE 2 : En consultation prénatale (Q1 : patiente fumeuse, Q2 : ressources disponibles)

			CS1	CS2	CS3	CS4	CS5
Q 1	Dépistage propre à la femme enceinte	Tabagisme actuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Evaluer le tabagisme de son entourage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Information sur le tabagisme passif		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Q 2	Présentation de matériel d'auto-support		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prescription de TNS (Traitement Nicotinique Substitutif)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Orientation vers un médecin/sage-femme tabacologue		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Prescription à l'entourage de la patiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prévoir d'autres consultations axées spécifiquement sur son tabagisme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2 : CS5 prescription d'un traitement homéopathique + conseil rendez-vous acupuncture

ANNEXE IX

ANNEXE IX : Analyse des entretiens concernant les sages-femmes en suite de couche

ANALYSE DES ENTRETIENS CONCERNANT LES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN SUITE DE COUCHE											
AX3 : En secteur de suite de couche et consultation de sortie de maternité (Q1 : patiente en sevrage tabagique, Q2 : patiente non sevrée, Q3 utilisation des ressources, Q4 consultation de sortie)											
		SDC1	SDC2	SDC3	SDC4	SDC5	SDC6	SDC7	SDC8	SDC9	SDC10
Q 1	Dépistage propre à la femme post-parturiente	Evaluer d'éventuelles difficultés à maintenir l'arrêt du tabac et évaluer et adapter le traitement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Organiser le suivi tabacologique à la sortie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Evaluer le tabagisme de son entourage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Information sur le tabagisme passif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Evaluer le besoin de substituts nicotiques										
	- Proposer une consultation tabacologie										
Q 2	Dépistage propre à la femme post-parturiente	Tabagisme actuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Evaluer le tabagisme de son entourage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Information sur le tabagisme passif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q 3	Présentation de matériel d'auto-support	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prescription de TNS (Traitement Nicotinique Substitutif)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Orientation vers un médecin/sage-femme tabacologue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Prescription à l'entourage de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Testeur CO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Prévoir d'autres séances consultations spécifiquement sur son tabagisme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		SDC1	SDC2	SDC3	SDC4	SDC5	SDC6	SDC7	SDC8	SDC9	SDC10
Q 4	Dépistage propre à la femme post-parturiente	Tabagisme actuel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NP	<input checked="" type="checkbox"/>
		Question sur son statut tabagique antérieur à la grossesse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
		Evaluer le tabagisme de son entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
	Conseil d'arrêt	Dire à la patiente que c'est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
		Conseiller à la patiente l'arrêt du tabagisme de manière claire et personnalisée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NP	<input checked="" type="checkbox"/>
		Proposer à la patiente des conseils et une assistance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>
	Information sur le tabagisme passif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NP	<input type="checkbox"/>	
	Information sur le risque de rechute ou de faux-pas post accouchement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NP	<input checked="" type="checkbox"/>	
	- Evaluer le besoin de substituts nicotiques										
	- Proposer une consultation tabacologie										

NP : Non pratiqué (ne réalise pas de consultation de sortie de maternité)

Fait

Partiellement fait

Non fait

Titre du mémoire

La gestion de la rechute tabagique chez les femmes en post-partum.

Les enjeux d'une prise en charge personnalisée et d'un suivi régulier en post-partum.

Etude réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy de novembre 2020 à mars 2021.

Résumé structuré

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de mortalité associé à la grossesse. Il est recommandé d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant et aux différentes périodes critiques (retour à la maison, à la fin de l'allaitement, reprise du travail) pour les patientes qui ont arrêtées de fumer en amont ou pendant la grossesse. Pourtant les chiffres de la HAS de 2014 affirme que 30% des femmes sevrées avant ou pendant la grossesse rechutent juste après l'accouchement et 80% au cours de l'année.

Peu d'études françaises ont été retrouvées sur la question du sevrage tabagique en post-partum.

L'objectif principal de cette étude est de caractériser les éléments de prise en charge du sevrage tabagique entre le 3e trimestre et la fin du post-partum des praticiens sages-femmes impliqués dans le suivi des patientes fumeuses accouchant à la maternité du CHRU de Nancy. Les objectifs secondaires sont de caractériser les différents profils des praticiens sages-femmes impliqués dans la prise en charge en post-partum des patientes sevrées sur le plan tabagique pendant la grossesse et d'identifier les obstacles à la mise en place des recommandations concernant la gestion professionnelle du risque de la reprise tabagique en post-partum.

Les résultats révèlent une quasi-absence de prise en charge du tabagisme ou du sevrage tabagique en post-partum. Les sages-femmes révèlent pour la plupart un manque d'aisance qui fait suite à un manque de formation. De plus, nous observons que la formation initiale théorique ne permet pas à l'heure actuelle une prise en charge du sevrage tabagique par les sages-femmes nouvellement diplômées, probablement par suite d'un manque d'observation pratique.

Mots clés (3)

Tabac – Post-partum – Sevrage tabagique

