HAL
open science

L'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux

Justin Papin-Groseil

To cite this version:

Justin Papin-Groseil. L'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00543725

HAL Id: dumas-00543725

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00543725

Submitted on 6 Dec 2010

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 d'Angers,
UFR des Sciences Médicales,
Ecole de Sages-Femmes - René Rouchy,

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

L'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAC CHEZ LA FEMME ENCEINTE PAR LES PROFESSIONNELS MEDICAUX LIBERAUX

Etude descriptive comparative réalisée à Angers
du 1er juillet au 1er octobre 2009

Présenté par : PAPIN-GROSEIL Justin
Sous la direction de : Madame la sage-femme Brigitte MOLLE-GUILIANI
et Madame Brigitte GOICHON

Mars 2010

Je remercie,

Madame Brigitte Mollé-Guiliani, sage-femme tabacologue qui m'a orienté tout au long de l'élaboration de ce travail.

Madame Brigitte Goichon, cadre enseignante de l'école de Sages-Femmes, pour sa disponibilité et les conseils qu'elle m'a apporté dans la réalisation de ce projet d'étude.

L'équipe enseignante de l'école de Sages-Femmes René Rouchy.

Ma famille et mes amis qui m'ont accompagné et soutenu pendant ces cinq années d'études.

Jérôme, mon ami, pour son aide précieuse et son soutien.

SOMMAIRE

ABREVIATION..... 7

INTRODUCTION..... 8

GENERALITES..... 9

1. Données épidémiologiques 9

1.1. Quelques chiffres 9
1.2. Epidémiologie du tabagisme féminin en France..... 9
1.3. Epidémiologie du tabagisme passif 10

2. Conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement 10

2.1. Composition de la fumée du tabac..... 10
2.2. Tabac et fécondité..... 11
2.3. Tabac et malformations 12
2.4. Tabac et déroulement de la grossesse 12
2.5. Tabac, bien-être fœtal et répercussions sur le nouveau-né..... 13
2.6. Autres risques indirectement liés au tabagisme 13
2.7. Tabac et accouchement..... 14

3. La prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte..... 14

3.1. Pourquoi prendre en charge les femmes enceintes fumeuses ?..... 14
3.2. Comprendre la dépendance..... 15
3.3. Comment prendre en charge les femmes enceintes fumeuses ?..... 15
3.3.1. Comprendre la motivation de la femme enceinte fumeuse 15
3.3.2. Rappeler les bénéfices à l'arrêt du tabagisme 16
3.3.3. Les outils d'évaluation du tabagisme 16
3.3.4. La prise en charge psychologique et/ou comportementale 17
a. Tout d'abord, le conseil minimal..... 17
b. L'intervention brève 17
c. L'entretien motivationnel 18
d. La thérapie comportementale et cognitive (TCC)..... 8
3.3.5. La consultation tabacologique..... 19
3.3.6. La prise en charge pharmacologique..... 19
a. Les traitements nicotiniques substitutifs (TNS) 19
b. Le butropion et la varenicline..... 20
c. Les autres méthodes 20

MATERIEL ET METHODE 21

1. Constitution de la population 21
2. Le questionnaire 22
3. L'analyse statistique du recueil de données 22

RESULTATS 23

1. Caractéristiques de la population étudiée 23

1.1. Le sexe 23
1.2. Age 23
1.3. Statut tabagique 23

2. Le questionnaire 25

2.1. Connaissez-vous le conseil minimal ? 25
2.2. Posez-vous la question « Fumez-vous du tabac ? » 26
Posez-vous la question « Fumez-vous du cannabis ? » 26
Posez-vous la question « Souhaitez-vous arrêter ? » 27
2.3. Lors des consultations suivantes, posez-vous ces questions systématiquement ? 29
2.4. Chez une patiente enceinte fumeuse, posez-vous la question : « Votre conjoint fume-t-il ? » 30
2.5. Chez une patiente enceinte non fumeuse, posez-vous la question : « Votre conjoint fume-t-il ? » 31
2.6. Informez-vous systématiquement et oralement des effets du tabagisme actif ? 32
Informez-vous systématiquement et oralement des effets du tabagisme passif ? 33
2.7. Quel est le message que vous délivrez auprès des femmes enceintes sur la consommation de tabac acceptable ? 34
2.8. Mettez-vous systématiquement à disposition une brochure informative sur la prévention du tabac chez la femme enceinte ? 35
2.9. Informez-vous systématiquement les femmes enceintes fumeuses de l'existence de consultation de tabacologie ? 36
2.10. Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous abordez le tabagisme gravidique ? 37
2.11. Quel est votre sentiment lorsque-vous parlez de tabac à une femme enceinte ? 38
2.12. Formation ou documentation souhaitée par les professionnels de santé 39

DISCUSSION 40

1. Population 40
2. Biais 40
3. Les études comparatives 40

4. Le conseil minimal 42
A. La connaissance du conseil minimal 42
B. Les questions du conseil minimal 43
C. La bonne pratique du conseil minimal 43
D. La régularité du conseil minimal 45
5. Le conjoint ou le tabagisme passif 46
6. L'information donnée à la patiente 47
7. L'orientation des patientes 49
8. Difficultés et sentiments des praticiens médicaux 51
9. Demande de formation des praticiens médicaux 52

CONCLUSION 54

BIBLIOGRAPHIE 56

ANNEXES 60

Annexe 1 : Test de Fagerström 61
Annexe 2 : Le conseil minimal 62
Annexe 3 : Le questionnaire 63
Annexe 5 : Réglette addiction du Réseau destinée aux praticiens 65
Annexe 6 : Page de garde 66

ABREVIATIONS

INPES : Institut national de prévention et d'éducation en santé.

PMA : Procréation médicalement assistée.

GEU : Grossesse extra-utérine.

HRP : Hématome rétro-placentaire.

PBI : Placenta bas-inséré.

RPM : Rupture prématuré des membranes.

RCIU : Retard de croissance intra-utérin.

CO : Monoxyde de carbone.

ORL Oto-rhino-laryngologie.

APGAR : Adaptation à la vie extra-utérine.

TSN : Traitement substitutif nicotinique.

TCC : Thérapie comportementale et cognitive

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

IFSI : Institut de Formation en soins infirmiers.

DIU : Diplôme inter-universitaire.

INTRODUCTION

Si au XVIème siècle le tabac, encore appelé « Herbe de la reine », est reconnu pour ses vertus médicinales, au XXIème siècle ses effets néfastes sont véritablement devenus un sujet majeur de santé publique.

Les risques encourus pendant la grossesse sont à ce jour bien définis et souvent admis par les patientes et les praticiens médicaux. La grossesse est une période propice à l'arrêt du tabac au bénéfice de la femme enceinte et du fœtus. Les professionnels libéraux accompagnant la femme enceinte sont les premiers acteurs privilégiés pour susciter une aide au sevrage tabagique. Mais qu'en est-il actuellement de la prise en charge effectuée par ces praticiens médicaux libéraux ?

Nous avons souhaité dresser un état des lieux de cette prise en charge de la femme enceinte sur la problématique du tabac sur la commune d'Angers. Nous avons souhaité évaluer plus particulièrement :

- La proportion des praticiens médicaux à prodiguer le conseil minimal.
- La proportion des praticiens médicaux à soulever le problème du tabagisme passif.
- La qualité des informations données sur le tabagisme actif et passif.
- L'orientation des patientes enceintes fumeuses
- Les difficultés et le ressentiment des praticiens lorsqu'ils abordent la problématique du tabagisme avec une patiente enceinte.
- La demande éventuelle de formation sur le sujet.

Nous avons souhaité, par ailleurs, connaître s'il y avait des différences notoires de qualité de prise en charge de la patiente enceinte selon les spécialités des professionnels libéraux accompagnant la femme enceinte :

- Médecins généralistes ;
- Gynécologues-obstétriciens ;
- Sages-femmes.

GENERALITES

1. Données épidémiologiques.

1.1. Quelques chiffres… [1]

Le tabac est la deuxième cause de mortalité dans le monde, il est responsable de près de 5 millions de mort par an. En France, cette épidémie tabagique entraîne la mort prématurée de 66 000 personnes chaque année et de 3000 par le tabagisme passif. C'est la première cause de mortalité évitable. Le nombre de fumeurs en France s'élèverait à 15 millions d'individus, soit 33% de la population et un tiers d'entre eux souhaiteraient arrêter.

1.2. Epidémiologie du tabagisme féminin en France. [2] [3]

Le tabagisme féminin est en décroissance : 32% des femmes fumaient en 1984-86 et 25% en 2002-03 tous âges confondus. Cependant, la prévalence chez les jeunes filles âgées de 17 ans ou moins est plus importante, elle s'estime à 27%. Chiffre plus alarmant, 46% des femmes entre 18 à 24 ans fument en 2002-03.

Parmi les femmes enceintes fumeuses, 45% d'entre elles arrêtent de fumer pendant la grossesse. Cependant, 25% des femmes fument encore au troisième trimestre. Enfin, plusieurs études révèlent que ¾ des femmes qui ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse reprennent la cigarette 3 à 6 mois après l'accouchement, période qui correspond à l'arrêt de l'allaitement et à la reprise de l'activité professionnelle.

Lors d'une enquête transversale de 2003, 29% des femmes ont dit n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac, 70% ont été aidées à l'arrêt du tabac par leur entourage, 20% par les professionnels de santé et 3,5% ont reçu un traitement substitutif nicotinique. Ces résultats soulignent l'utilité d'améliorer l'information des femmes enceintes et de sensibiliser à l'arrêt du tabac les professionnels de santé qui les prennent en charge.

1.3. Epidémiologie du tabagisme passif. [2]

Les études menées par l'INPES montraient un taux de fumeurs de 33% dans la population générale française en 2002-03. Ceux-ci sont susceptibles de côtoyer des femmes en âge de procréer. Le tabagisme passif réel appliqué aux femmes enceintes ne peut cependant pas être mesuré du fait de l'absence d'études spécifiques sur ce sujet.

2. Conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement.

2.1. Composition de la fumée du tabac. [4]

Quand la cigarette part en fumée, c'est 4000 constituants qui sont inhalés par l'organisme. On distingue 4 grandes familles de composants :

1) Le monoxyde de carbone : il diminue la capacité d'absorption de l'oxygène dans le sang. On observe une hypoxie chronique ;

2) La nicotine : elle entraîne une dépendance physique et stimule le système nerveux sympathique (moteur de l'activité du corps) et provoque l'effet coupe-faim. Elle n'est pas responsable des pathologies liées au tabac ;

3) Les goudrons : puissants cancérigènes et mutagènes, ils participent à la paralysie des systèmes d'épuration pulmonaire, endommagent les alvéoles pulmonaires ;

4) Les irritants : ont une toxicité direct sur le tapis muco-ciliaire des poumons.

A noter aussi la présence de Cadmium : métal lourd qui s'accumule dans le placenta, chélateur du zinc, élément essentiel à la croissance fœtale.

2.2. Tabac et fécondité. [5] [6] [7] [8] [9]

Plus de 40 composants de la fumée sont des agents mutagènes altérant la qualité des cellules reproductrices aussi bien de l'ovocyte que du spermatozoïde.

D'un point de vue paternel, le tabagisme chez l'homme serait à l'origine :

- D'une dysfonction érectile réversible à l'arrêt ;
- D'une altération des paramètres spermiologiques diminuant le pouvoir fécondant des spermatozoïdes (oligoteratospermie, leucospermie et altération de la mobilité et de la vitalité des spermatozoïdes) ;
- D'une altération du matériel nucléaire entraînant la survenue d'anomalies lors du développement *in utero*.

D'un point de vue maternel, on constate :

- En PMA, le tabagisme maternel est associé à une diminution du recueil d'ovocyte et du taux d'implantation ;
- Le tabagisme est aussi associé à l'avancement de l'âge de la ménopause (2ans en moyenne) ;
- Les filles exposées *in utero* au tabagisme de leur mère voit aussi leur fécondité diminuer de manière significative.

Par ailleurs, 35% des GEU seraient associés au tabac selon plusieurs enquêtes. Une relation dose-effet et une réversibilité partielle sont évoquées.

Enfin, plusieurs études ont montré une augmentation du risque d'avortement spontané chez les fumeuses actives de 25% et un risque de décollement du placenta majoré.

2.3. Tabac et malformations. [10]

Le tabac n'a pas d'effet tératogène. Le taux de malformation, dans la seule population des mères tabagiques, reste usuel par rapport à la population générale. Il existe cependant une augmentation avérée, même si elle reste faible, de certaines malformations :

- Fentes labio-palatines ;
- Craniosténoses ;
- Gastroschisis ;
- Malformations des membres.

2.4. Tabac et déroulement de la grossesse. [9] [11] [12] [13]

La consommation de tabac entraîne, selon plusieurs études, la survenue :

- D'hématome rétro-placentaire (25% des cas d'HRP) ;
- De placenta bas inséré (PBI) dont le risque relatif s'estime à 2 chez les fumeuses ;
- De petite comme de grande prématurité. Une étude rétrospective, prospective et une méta-analyse françaises ont retrouvé une relation dose-effet. Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux (HRP, PBI, RPM) ;
- De rupture prématurée des membranes (RPM) dont le risque est doublé ;
- De retard de croissance intra-utérin (RCIU). C'est le risque majeur le plus avéré observé lorsqu'il y a imprégnation tabagique chez la mère. Même s'il a été retrouvé une relation entre l'intensité du RCIU et le nombre de cigarettes consommées, les effets délétères du tabac sur la croissance du fœtus se retrouvent également dés de faible quantité de CO expiré ;
- D'hypotrophie cérébrale laissant craindre un développement cérébral anténatal insuffisant. En plus des effets de l'hypoxie, une toxicité biochimique directe de la nicotine sur le développement du cerveau fœtal est rapportée dans plusieurs études chez l'animal ;

- De mort fœtale *in utero*, surtout au troisième trimestre de la grossesse. Elle est liée aux RCIU et aux complications placentaires.

2.5. <u>Tabac, bien-être fœtal et répercutions sur le nouveau-né.</u> [9] [14] [15] [16] [17] [18]

Outre les effets du tabac vis-à-vis de la prématurité, des risques d'accidents placentaires et des morts *in utero* sur le fœtus, le tabagisme maternel agit sur le bien-être fœtal global pendant la grossesse. Il entraîne :

- Une diminution des mouvements fœtaux ;
- Un retentissement cardio-vasculaire. Plus précisément une augmentation du rythme et du débit cardiaque ainsi qu'une vasoconstriction ;
- Un retentissement respiratoire. Le tabagisme perturbe la croissance pulmonaire et entraîne une hyperactivité bronchique ainsi qu'une augmentation de la perméabilité cellulaire aux antigènes. Les bronchites, pneumonies, toux chroniques, asthme et bronchiolites se voient considérablement augmentés chez les enfants dont la grossesse était caractérisée par un tabagisme gravidique ;
- Des morts subites du nourrisson ;
- Une hypoxie chronique pouvant entraîner des troubles du développement intellectuel et des apprentissages ;
- Des troubles du comportement néonatal et la survenue d'un syndrôme de manque chez le nouveau-né ;
- Des infections ORL à répétition ;

2.6. <u>Autres risques indirectement liés du tabagisme gravidique.</u> [19] [20] [21]

Ils peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse :

- Insuffisance veineuse ;
- Maladies parodontales ;
- Accidents cardio-vasculaires, thrombo-emboliques ; Infarctus du myocarde ; Accidents vasculaires cérébraux ;

- Asthme ; Bronchite chronique, insuffisance respiratoire ;
- Cancers : du poumon, des voies aérodigestives supérieures, du sein, du col utérin, de la vessie…

2.7. Tabac et accouchement. [22]

Le tabac serait responsable d'une fréquence accrue d'hémorragie de la délivrance et de délivrance artificielle. En revanche, le tabagisme gravidique n'est pas responsable d'une modification du taux de césarienne ni de la survenue de liquide méconial. Au contraire, il diminuerait même le taux d'inhalation méconiale, peut être par diminution des mouvements respiratoires fœtaux. Enfin, le score d'APGAR est peu ou pas modifié mais il n'a pas été conçu pour apprécier l'hypoxie chronique à laquelle le nouveau-né a été soumis *in utero.*

3. La prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte.

3.1. Pourquoi prendre en charge les femmes enceintes fumeuses ? [23]

L'arrêt du tabac, quelque soit le moment, est immédiatement bénéfique pour l'enfant. Bien entendu, il est conseillé que cet arrêt survienne le plus tôt possible. Cependant, un arrêt reste bénéfique jusqu'à la fin de la grossesse et même au cours de l'allaitement.

Le seul message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac. Ce message doit être clair et univoque. Il ne faut pas culpabiliser les femmes enceintes fumeuses même si elles rencontrent des difficultés à arrêter mais il est nécessaire de les accompagner tout au long de la grossesse.

Il est indispensable d'accompagner les femmes après la grossesse, en particulier celles ayant arrêtées le tabac car 75% d'entre elles reprennent la cigarette faute de suivi.

3.2. Comprendre la dépendance. [13]

L'envie de tabac est soumise à une double dépendance.

La dépendance physique ou pharmacologique. La nicotine est un alcaloïde contenu en quantité importante dans les feuilles de tabac. Elle entre en compétition avec un neurotransmetteur, l'acétylcholine. La dépendance pharmacologique est liée aux propriétés psychotropes de la nicotine entretenue par un renforcement positif et négatif :

- Le renforcement positif est caractérisé par une recherche des sensations positives que procure la nicotine (effet anxiolytique, anti-dépresseur, stimulation intellectuelle et de la mémoire…) qui sont des sensations de plaisir et/ou d'aide à la gestion du stress qui incitent le fumeur à continuer de fumer.
- Le renforcement négatif se caractérise quant à lui par un évitement de la part du fumeur aux symptômes liés au manque de nicotine (troubles de l'humeur, du comportement, du sommeil, sensations de fatigue…)

La dépendance psychologique et comportementale qui est lié à l'environnement du fumeur. Les circonstances (moments de convivialité, conditions stressantes) et d'autres facteurs (prise d'alcool ou de café) influent sur la prise de cigarettes.

3.3. Comment prendre en charge les femmes enceintes fumeuses ? [13] [24] [25] [26] [27]

3.3.1. Comprendre la motivation de la femme enceinte fumeuse.

Il y a différentes spécificités qui entravent ou facilitent le choix d'arrêt du tabagisme par les femmes. Les obstacles les plus souvent rencontrés sont la crainte de la prise de poids, de ne pas gérer le stress et pour les femmes enceintes le manque d'information des dangers du tabac pour elle-même, son fœtus et son entourage. Par contre, la maternité, la présence d'enfants au foyer, le désir d'enfant, la grossesse encadrée par des professionnels informés et impliqués sont autant de motivations féminines pour arrêter le tabagisme.

3.3.2. Rappeler les bénéfices à l'arrêt du tabagisme.

Tout en expliquant les risques du tabagisme pour la mère et le fœtus, il est important de rappeler aux femmes enceintes fumeuses la réduction des taux de ces mêmes risques si un processus d'arrêt du tabac était entrepris. Par ailleurs, le Ministère de la Santé, de la Solidarités et des Sports ont créé une plaquette d'information à l'encontre des usagers sur les bénéfices après l'arrêt de la dernière cigarette à court, moyen et long terme.

3.3.3. Les outils d'évaluation du tabagisme.

Outre la mesure de la consommation par le nombre de cigarettes fumées par jour, il existe deux types d'outil pour évaluer le tabagisme, que sont les marqueurs du tabagisme et la mesure de la dépendance à la nicotine.

Tout d'abord deux marqueurs du tabagisme semblent pertinents afin de mesurer le degré d'intoxication tabagique :

- La mesure du CO dans l'air expiré est un moyen facile et à la portée de tous. Elle est non invasive, de faible coût, simple de réalisation avec un résultat immédiat. Le CO est représentatif de l'incidence du tabac sur le fœtus car celui-ci est corrélé au poids de naissance du futur enfant et est le principal responsable du risque majeur lié au tabac, à savoir, le RCIU. Il s'exprime en ppm (parties par million). Une quantité de CO expiré supérieur à 10 ppm signe un tabagisme actif, des mesures entre 6 et 10 ppm un faible tabagisme actif, un tabagisme passif ou l'effet d'une pollution atmosphérique et des mesures inférieur à 5 ppm se retrouvent chez les non-fumeurs ;
- Le dosage de la cotinine plasmatique, urinaire ou salivaire. Il n'est pas utilisable en routine pour le dépistage du tabagisme ni pour le suivi du traitement substitutif nicotinique (TSN).

Le deuxième outil d'évaluation du tabagisme est sans doute le plus connu de tous professionnels de santé. Il s'agit du test de dépendance à la nicotine ou test de Fagerström (cf. annexe 1). Il évalue plus en particulier la dépendance physique ou pharmacologique.

3.3.4. La prise en charge psychologique et/ou comportementale.

a. Tout d'abord, le conseil minimal (cf. annexe 2).

Plus l'abstinence tabagique est obtenue tôt au cours de la grossesse, plus les bénéfices pour la mère et le fœtus sont importants. De plus, un arrêt à tout stade de la grossesse est toutefois bénéfique. C'est pourquoi les médecins, gynécologues et sages-femmes doivent proposer une aide dés la première visite médicale puis tout au long de la grossesse. La déclaration de grossesse est alors vue comme un moment privilégié pour la sensibilisation au sevrage tabagique et la prise en charge de la femme et de son conjoint.

Le conseil minimal consiste à poser trois questions :

- Fumez-vous du tabac ?
- Fumez-vous du cannabis ?
- Souhaitez-vous arrêter ?

En France, une étude réalisée en région PACA a permis à 5000 fumeurs de recevoir de la part de 300 médecins un conseil minimal d'arrêt et une brochure à ceux qui avaient répondu « oui » à la troisième question. Pour ces derniers, le taux d'arrêt à long terme avait doublé par rapport au groupe témoin. Par ailleurs, ceux qui ne souhaitaient pas arrêter ne recevaient pas de brochure, le médecin leur conseillant simplement d'arrêter et d'en reparler une prochaine fois.

De nombreuses autres études sont venues confirmer l'intérêt d'un simple conseil d'arrêt aux fumeurs.

Faute de temps et de moyens, une consultation tabacologique efficace est impossible pour les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes prenant en charge des femmes enceintes fumeuses. Le concept de conseil minimal leur permet d'évaluer la motivation de la femme enceinte et leur permet de sélectionner les femmes pour lesquelles une consultation tabacologique chez un spécialiste semble être bénéfique.

b. L'intervention brève.

Elle est constituée du conseil minimal, d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac avec ou sans remise de documents. Elle doit faire avec encouragements et empathie

c. L’entretien motivationnel.

Il est constitué de quelques messages courts d’encouragement à l’arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés au degré de motivation. Il peut utiliser les recommandations internationales des « 6 A » qui à la particularité d’être utilisée en moins de 15 minutes.

Méthode des « 6 A » : Account + méthode des « 5 A » :

- Account correspond à la mesure du CO ;
- Ask renseigne sur le statut tabagique (n’a jamais fumé, continue de fumer, tabagisme passif…) ;
- Advise conseille l’arrêt du tabac en informant sur les bénéfices d’un arrêt ;
- Assess évalue la motivation ;
- Assist correspond à un entretien motivationnel en renforçant la motivation et en aidant à l’arrêt du tabac par des TSN par exemple ;
- Arrange organise le suivi de la tentative d’arrêt.

d. La thérapie comportementale et cognitive (TCC).

Cette technique nécessite une formation spécifique. Elle consiste à développer une stratégie d’information efficace permettant d’anticiper le processus d’aide à l’arrêt du tabac. Il est important pour les professionnels de santé d’adapter et de délivrer leur message en fonctions des perceptions et des croyances des femmes enceintes à différents stades de la grossesse. La TCC repose sur plusieurs caractéristiques :

- Une importance donnée à la dimension éducative et pédagogique ;
- Une approche scientifique (vérification et évaluation des pratiques tabagiques) ;
- Une approche stratégique qui met en jeu des moyens pour atteindre des buts clairement définis ;
- Un style de relation spécifique basée sur la coopération avec le sujet, l’alliance thérapeutique.

3.3.5. La consultation tabacologique.

Il s'agit de la prise en charge optimale d'une femme enceinte fumeuse par l'interrogatoire. On cherchera à connaître :

- Les antécédents de santé, personnels et familiaux ;
- Le milieu socioprofessionnel ;
- L'histoire tabagique (âge de la première cigarette, durée du tabagisme, quantité de cigarettes fumées, tentatives éventuelles d'arrêts antérieurs et causes de la reprise du tabagisme) ;
- Les co-addictions éventuelles (cannabis, alcool,…).

Cette anamnèse sera suivie :

- D'un examen clinique complet (prise de tension artérielle, poids, taille, auscultation pulmonaire et cardiaque…) ;
- D'une évaluation de la dépendance via le test de Fagerström ;
- D'une évaluation du comportement tabagique :
- D'une évaluation de la motivation à l'arrêt.

3.3.6. La prise en charge pharmacologique.

Chez les femmes enceintes, il faut toujours essayer en première intention d'arrêter le tabac sans traitement pharmacologique. Il faut, tout d'abord, commencer par les conseils éducatifs cités précédemment. Le contexte psychologique de la grossesse favorise particulièrement son intégration.

a. Les traitements nicotiniques substitutifs (TSN).

Les TSN sont autorisés à la prescription pour les femmes enceintes depuis septembre 1997. Dans un premier temps, le principe est de remplacer la nicotine des cigarettes par la nicotine médicamenteuse afin d'éviter l'exposition de le femme enceinte aux autres toxiques

contenus dans la fumée de cigarette. Les apports médicamenteux sont progressivement réduits afin de désaccoutumer en nicotine la patiente. Les TSN sont soumis à différentes modalités :

- Ils doivent être utilisés en association avec une aide psychologique et/ou comportementale ;
- Ils sont à instaurer le plus rapidement possible au cours de la grossesse si une approche psychologique et/ou comportementale s'avérait insuffisante ou refusée par la femme ;
- La forme de substitution nicotinique prescrite doit être personnalisée ;
- La dose de nicotine et sa répartition sur le nycthémère doivent être suffisante pour obtenir et maintenir un arrêt du tabac ;
- Les TSN peuvent être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse. De la consultation prénatale aux suites de couches, y compris si la femme allaite, si l'arrêt du tabac n'a pas été obtenu pendant la grossesse.

b. Le butropion (Zyban) et la varenicline (Champix).

Ils sont contre-indiqués pendant la grossesse en France

c. Les autres méthodes.

L'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie sont des méthodes qui n'ont pas été évaluées scientifiquement. Ces méthodes peuvent être utilisées à l'initiative de la femme enceinte fumeuse.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive comparative. Cette étude a été menée auprès de l'ensemble des professionnels médicaux, en exercice libéral, pouvant suivre les femmes enceintes tout au long de leur grossesse :

- Les médecins généralistes ;
- Les gynécologues obstétriciens et médicaux ;
- Les sages-femmes.

La période de l'étude s'étend du 1er juillet au 1er octobre 2009.

1. Constitution de la population.

Il s'agit donc d'une étude auprès des professionnels médicaux exerçant en libéral sur la commune d'Angers.

Etaient exclus de l'étude, l'ensemble des professionnels médicaux exerçant au CHU d'Angers et à la Clinique de l'Anjou. Il a été convenu que compte tenu de la forme du dossier obstétrical de la maternité du CHU d'Angers ainsi que celui de la Clinique de l'Anjou (notamment la présence d'items sur les addictologies de la patiente), les résultats s'en verraient modifiés. Afin de réaliser cette étude, nous avons envoyé 181 questionnaires, fin juin 2009 à :

- 152 médecins généralistes ;
- 17 gynécologues-obstétriciens ;
- 3 gynécologues médicaux ;
- 9 sages-femmes.

Le questionnaire était accompagné d'une note explicative et d'une enveloppe-réponse timbrée. Il n'y a eu aucune relance de notre part.

2. Le questionnaire.

Le questionnaire (cf. annexe 3) interroge les professionnels concernés sur la présence ou non de questions simples devant être abordées lors de leur entretien avec les femmes enceintes ainsi que sur leurs sentiments vis-à-vis de la prise en charge. Il permet également de sensibiliser les professionnels sur le tabagisme gravidique. Il n'a pas été ici question de remettre en doute les connaissances du praticien.

Le questionnaire a été élaboré avec les conseils de Madame Brigitte Mollé-Guiliani, sage-femme tabacologue au CHU d'Angers et de Madame Brigitte Goichon, sage-femme cadre enseignante au CHU d'Angers.

L'anonymat était respecté, permettant une plus grande liberté d'expression.

3. L'analyse statistique du recueil de données.

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir du logiciel Microsoft Office Excel 2003 ainsi que les graphiques. L'analyse statistique a été effectué à partir du logiciel d'épidémiologie d'Atlanta « Epi-Info »

Pour comparer les valeurs qualitatives des trois groupes, nous avons utilisé le test de Chi2 (corrigé de Yates) et le test exact de Fisher lorsqu'une des valeurs attendues était inférieur à 5.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieur à 0,05.

RESULTATS

Durant la période du 1er juillet au 1er octobre 2009, nous avons reçu 122 réponses sur 181 questionnaires envoyés. Le taux de réponse est de **67,4%** :

- Médecins généralistes : 98 questionnaires reçus sur 152 envoyés = taux de réponse de **64,5%** ;

- Gynécologues obstétriciens : 15 questionnaires reçus sur 20 = taux de réponse de **75%** ;

- Sages-femmes libérales : 9 questionnaires reçus sur 9 = taux de réponse de **100%**.

Un seul questionnaire est revenu blanc, nous ne l'avons donc pas considéré dans les résultats.

1. Caractéristiques de la population étudiée.

1.1. Le sexe.

Parmi les médecins généralistes, les hommes représentent **64,9%** de la population tandis que ce sont les femmes les plus représentatives parmi les gynécologues et les sages-femmes avec des taux respectifs de **93,3%** et de **100%**.

1.2. Age.

L'âge moyen des professionnels de santé est de **49 ans**. De même, il existe peu de disparité entre les groupes de population.

1.3. Statut tabagique.

Parmi les praticiens médicaux, nous retrouvons :

- **8,3%** de fumeurs ;
- **27,3%** d'ex-fumeurs ;
- **64,4%** de non fumeurs.

On retrouve chez les médecins généralistes :

- **9,3%** de fumeurs ;
- **25,8%** d'ex-fumeurs ;
- **64,9%** de non fumeurs.

On retrouve chez les gynécologues :

- **6,7%** de fumeurs ;
- **33,3%** d'ex-fumeurs ;
- **60%** de non fumeurs.

On retrouve chez les sages-femmes :

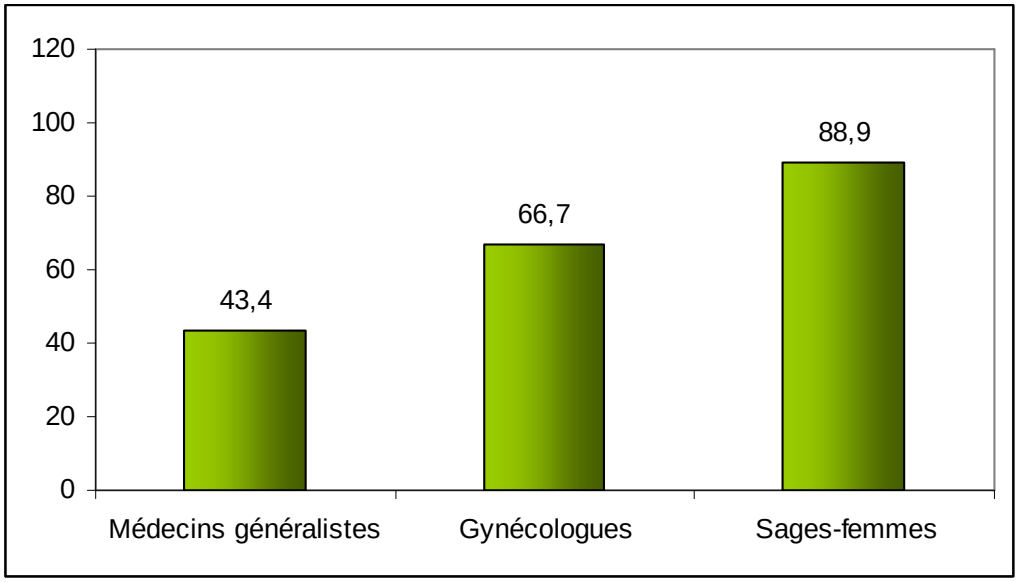
- aucun fumeurs
- **33,3%** d'ex-fumeurs
- **66,7%** de non fumeurs.

2. Le questionnaire.

2.1. Connaissez-vous le conseil minimal ?

69,4% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique I : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

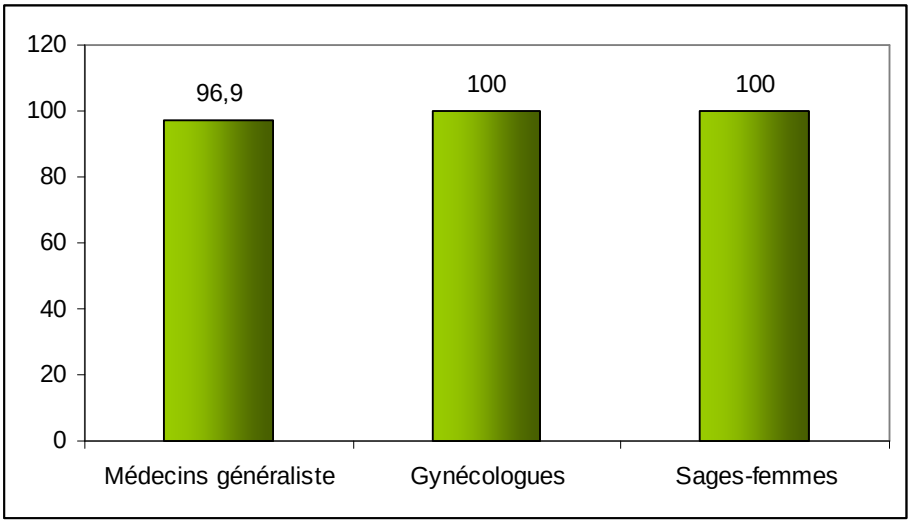


Les résultats trouvés sont non significatifs.

2.2. <u>Posez-vous la question : « Fumez-vous du tabac ? ».</u>

97,5% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique II : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

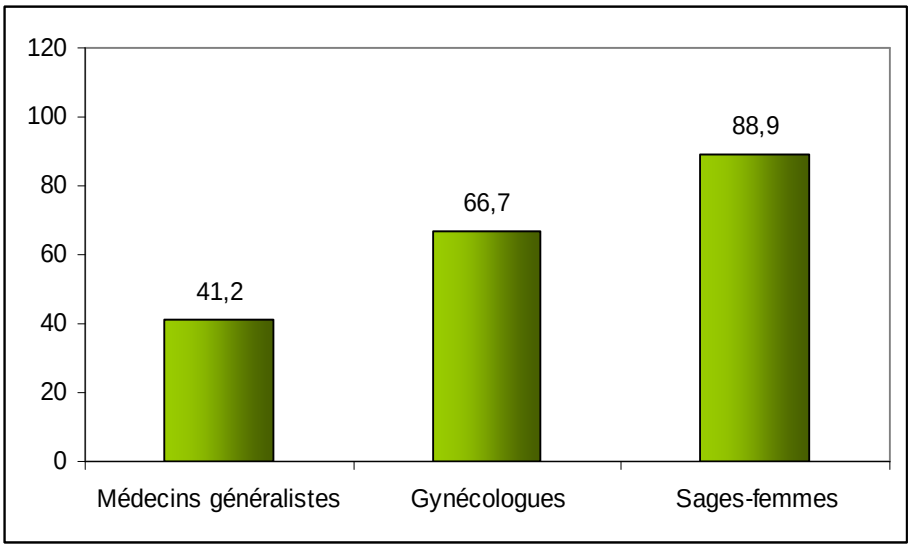


Les résultats trouvés sont non significatifs.

<u>Posez-vous la question : « Fumez-vous du cannabis ? ».</u>

47,9% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique III : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage)

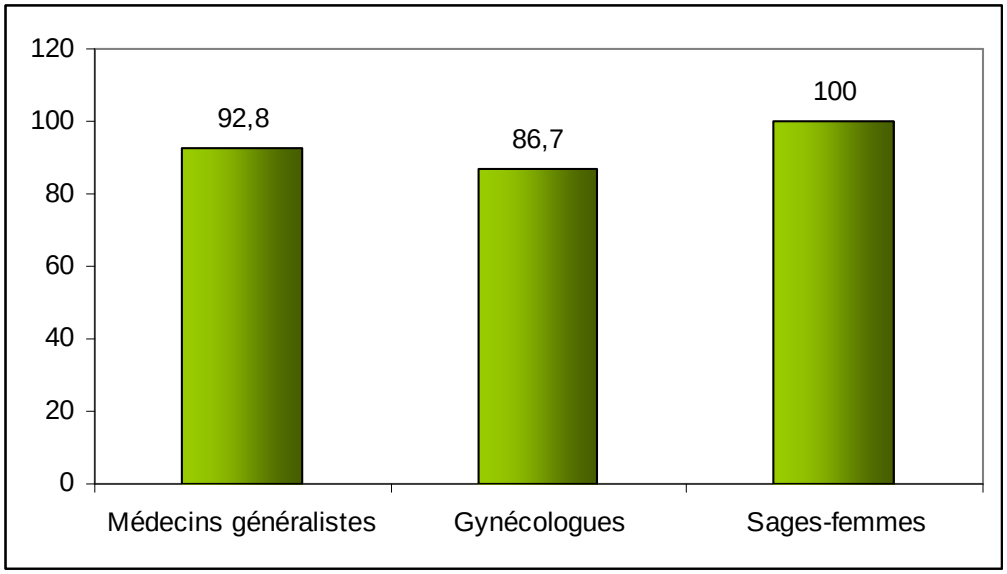


Les résultats trouvés sont non significatifs.

<u>Posez-vous la question : « Souhaitez-vous arrêter ? ».</u>

92,6% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique IV : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

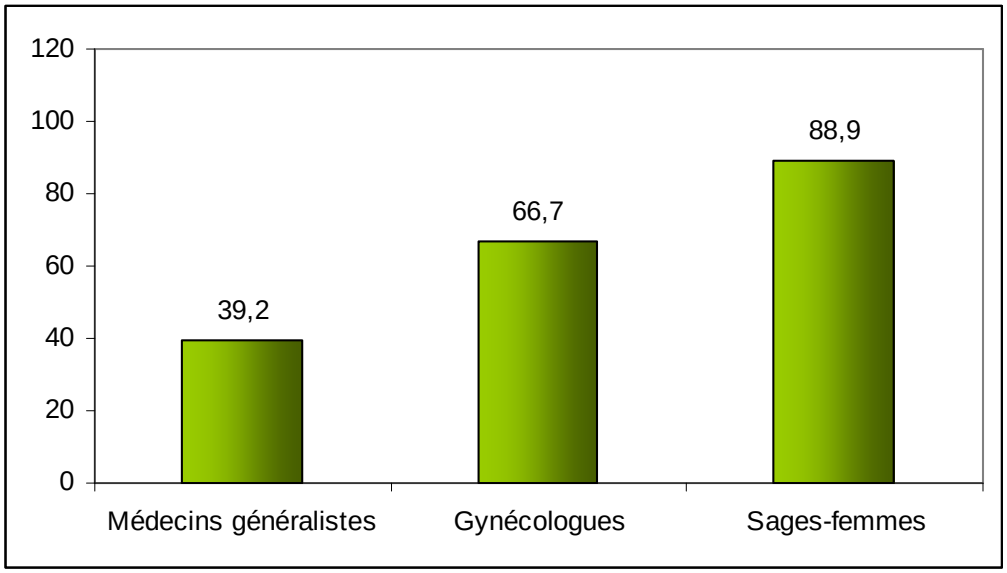


Les résultats trouvés sont non significatifs.

Nous nous sommes intéressé de savoir le taux des professionnels de santé posant les trois questions du conseil minimal lors de leur première consultation avec une patiente enceinte. Les résultats sont présentés sur le **graphique V** ci-après.

46,3% des praticiens médicaux posent les trois questions du conseil minimal.

Graphique V : Répartition des praticiens médicaux posant les trois questions par spécialité (en pourcentage).



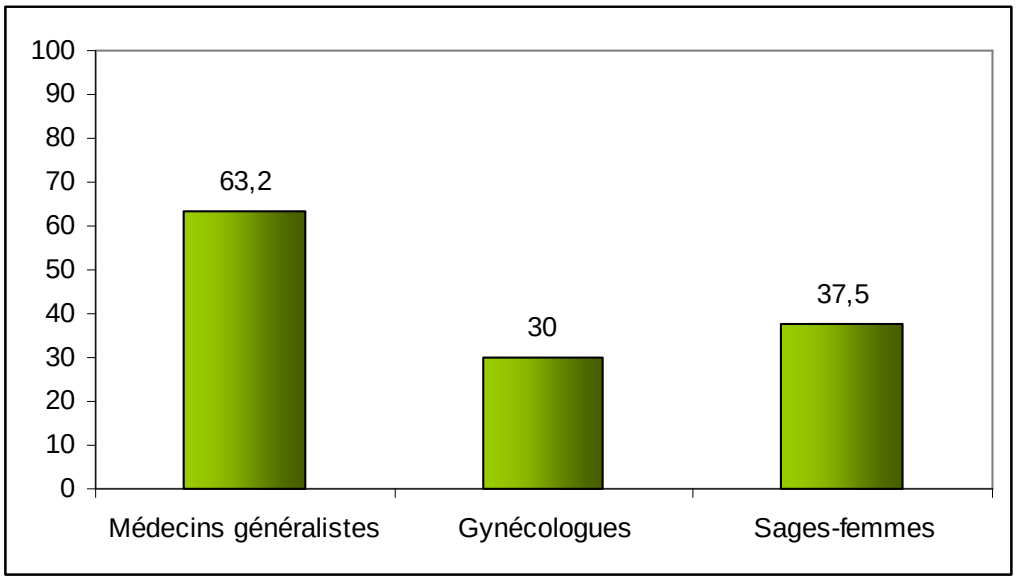
Les résultats trouvés en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes sont significatifs ($p = 0.012$).

Nous avons noté que **50%** de ceux qui affirment connaître le conseil minimal ne posent pas les trois questions et **36,7%** de ceux qui affirment ne pas connaître le conseil minimal posent les trois questions systématiquement.

2.3. <u>Lors des consultations suivantes, posez-vous ces questions systématiquement ?</u>

53,6% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique VI : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).



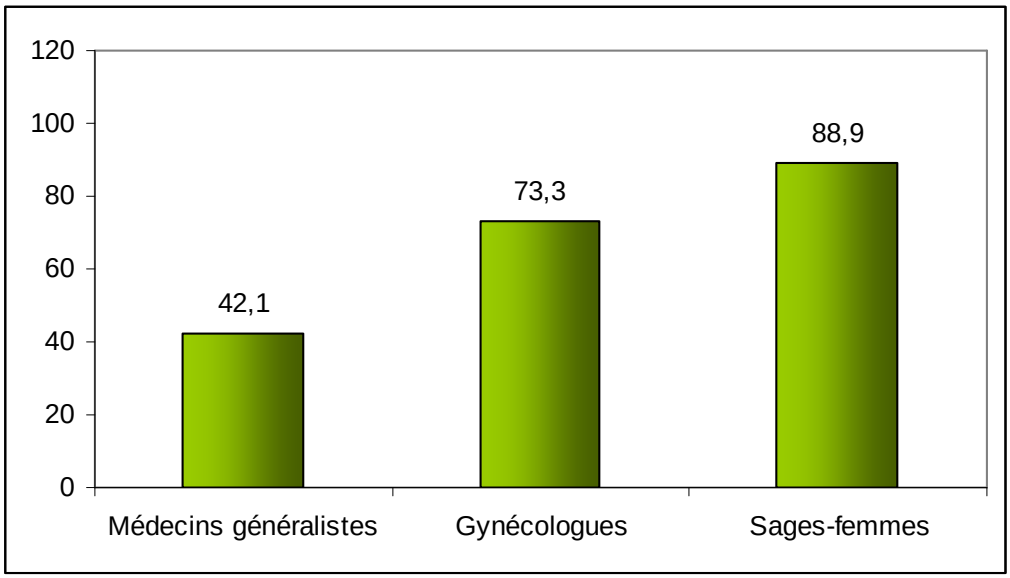
Les résultats trouvés sont non significatifs.

Le **graphique VI** ci-dessus représente le pourcentage des professionnels de santé posant les trois questions du conseil minimal systématiquement. Nous avons, pour une exploitation optimale de nos résultats, écarté les personnes qui ne posent pas les trois questions du conseil minimal mais qui, néanmoins, ont répondu qu'ils le faisaient systématiquement.

2.4. <u>Chez une patiente enceinte fumeuse, posez-vous la question : « Votre conjoint fume-t-il ? ».</u>

68,6% des praticiens médicaux ont répondu positivement à la question.

Graphique VII : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

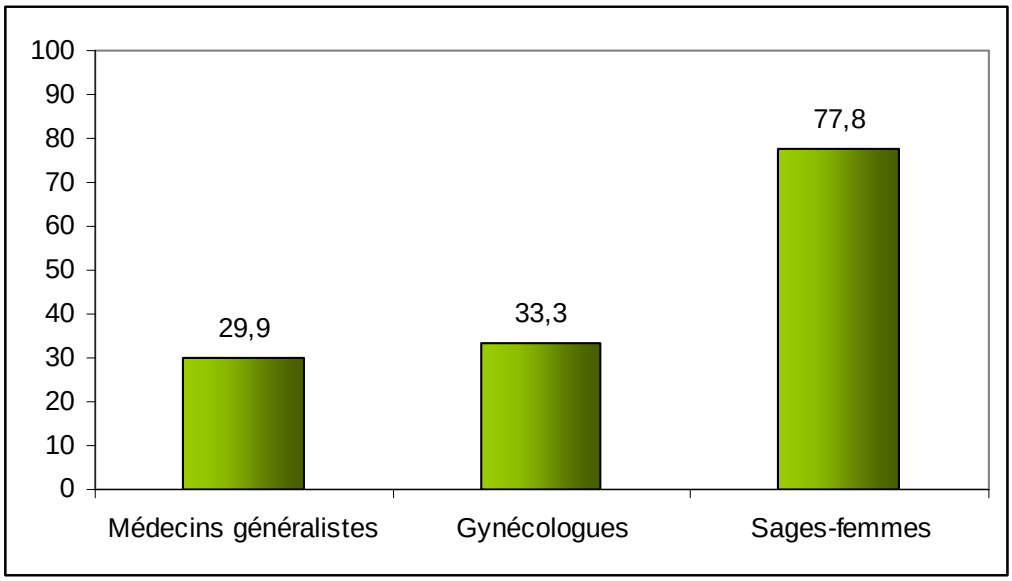


Les résultats trouvés sont non significatifs.

2.5. <u>Chez une patiente enceinte non fumeuse, posez-vous la question : « Votre conjoint fume-t-il ? ».</u>

33,9% des praticiens médicaux ont répondu positivement à la question.

Graphique VIII : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

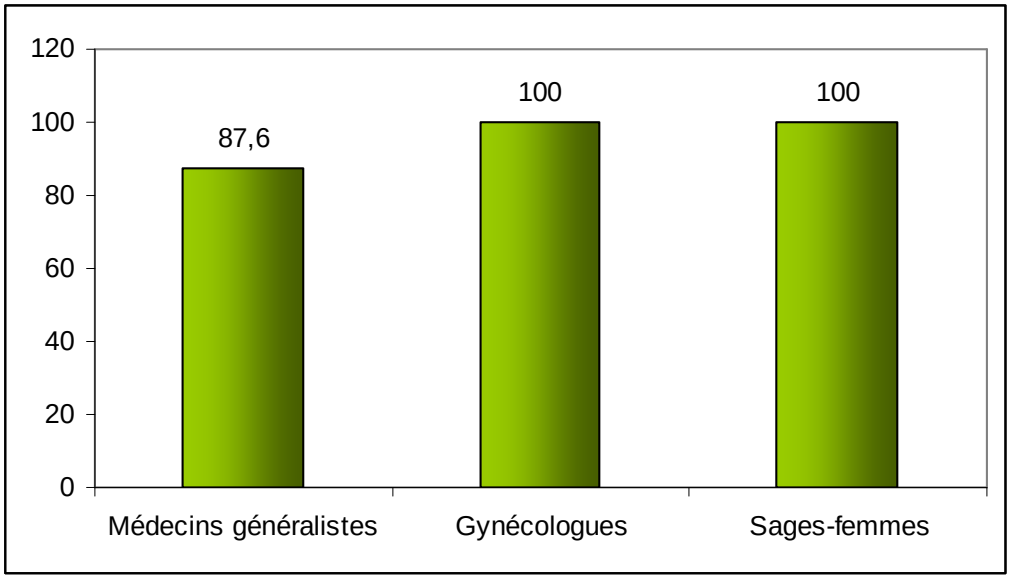


Les résultats trouvés en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes sont significatifs (p = 0.006).

2.6. <u>Informez-vous systématiquement et oralement des effets du tabagisme actif ?</u>

90,1% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique IX : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

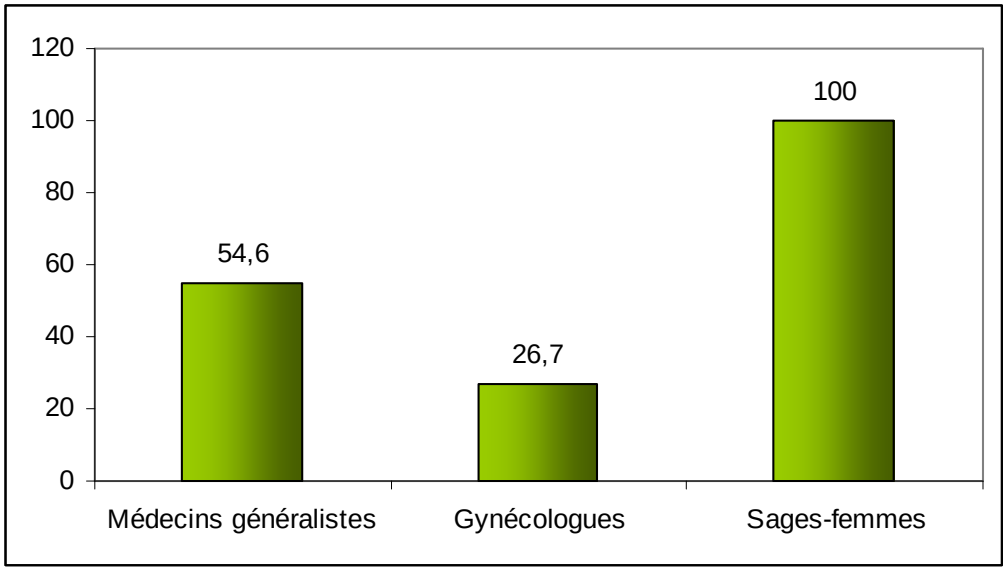


Les résultats trouvés sont non significatifs.

Informez-vous systématiquement et oralement des effets du tabagisme passif ?

54,5% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

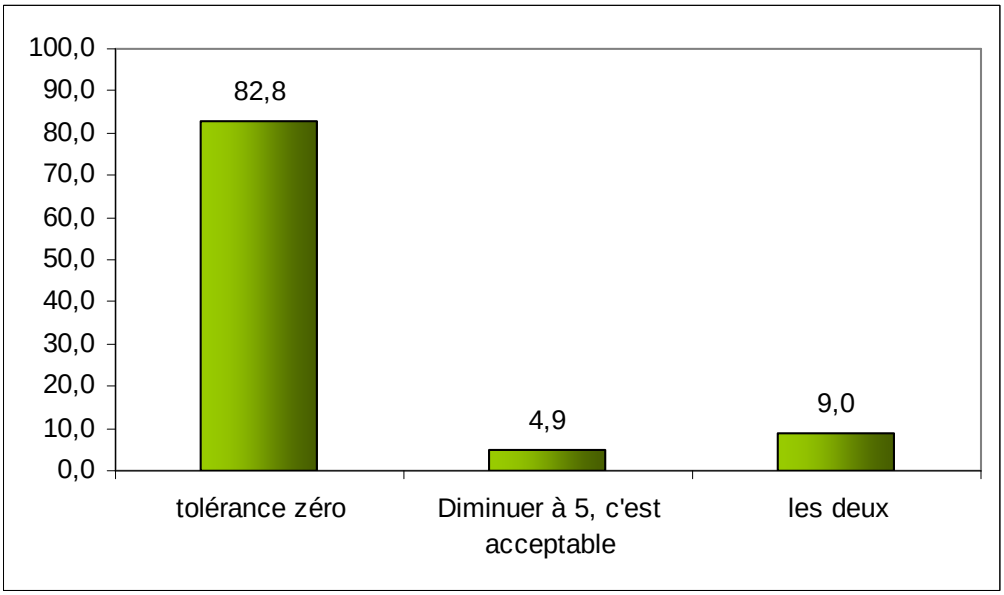
Graphique X : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).



Les résultats trouvés en comparant les gynécologues et les sages-femmes sont très significatifs ($p < 0.001$).

2.7. <u>Quel est le message que vous délivrez auprès des femmes enceintes sur la consommation de tabac acceptable ?</u>

Graphique XI : Message délivré par l'ensemble des professionnels de santé (en pourcentage).



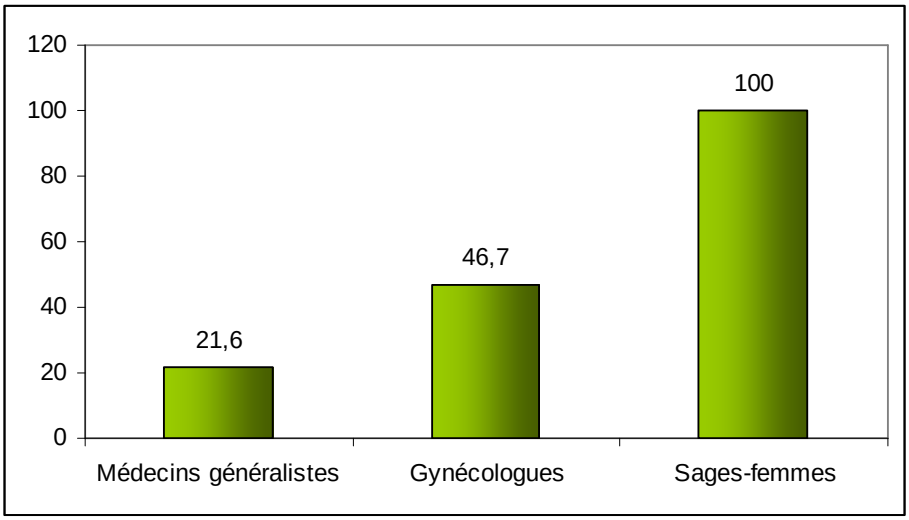
L'item « les deux » correspond aux praticiens ayant coché à la fois les items « tolérance zéro » et « diminuer à 5, c'est acceptable ».

L'item « vous n'évoquer pas le sujet » proposé dans le questionnaire n'a été coché par aucun des répondants.

2.8. <u>Mettez-vous systématiquement à disposition une brochure informative sur la prévention du tabac chez la femme enceinte ?</u>

30,6% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique XII : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).



Les résultats trouvés en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes sont très significatifs ($p < 0.001$). Ils sont significatifs en comparant les gynécologues et les sages-femmes ($p = 0,009$) et à la limite d'être significatifs en comparant les gynécologues et les médecins généralistes ($p = 0,05$).

Parmi ceux disposant de brochures informatives, ils sont :

- **81%** à le mettre à disposition dans leur salle s'attente ;
- **32,4%** à le remettre en main propre.

Parmi les praticiens médicaux disposant de brochures informatives, ils sont :

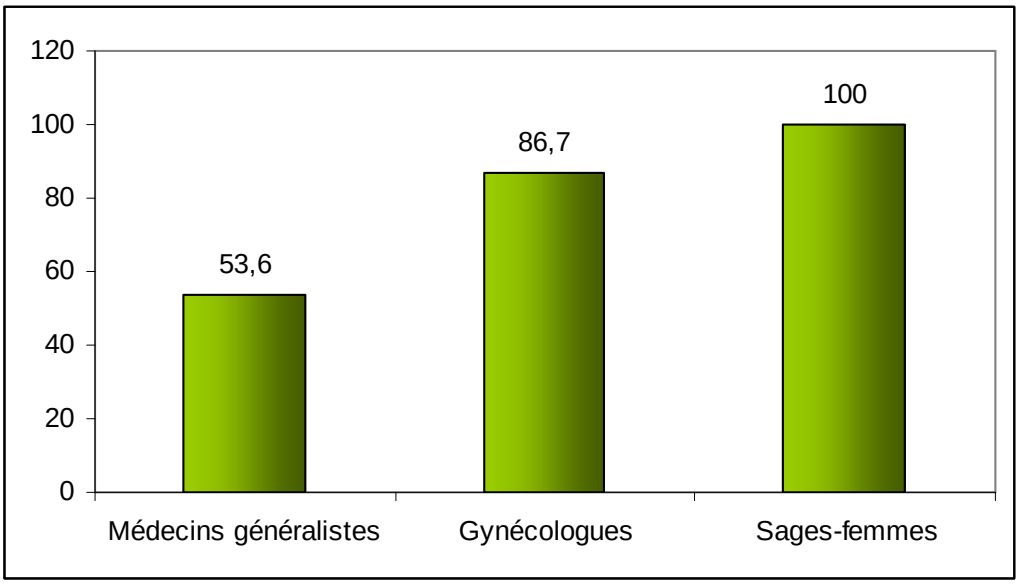
- **81%** des médecins généralistes à le remettre en main propre;
- **57,1%** des gynécologues-obstétriciens à le remettre en main propre ;
- **100%** des sages-femmes à le remettre en main propre.

Ces résultats sont très significatifs en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes ($p<0.001$) et à la limite d'être significatifs en comparant les médecins généralistes et les gynécologues ($p = 0,048$).

2.9. <u>Informez-vous systématiquement les femmes enceintes fumeuses de l'existence de consultation de tabacologie ?</u>

61,2% des praticiens médicaux répondent positivement à la question.

Graphique XIII : Répartition des réponses positives par spécialité (en pourcentage).

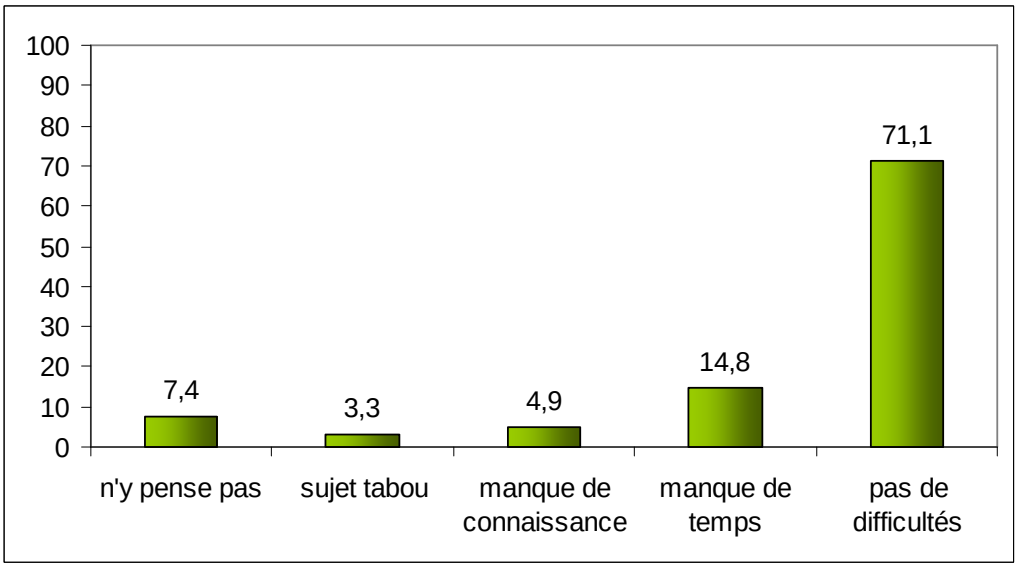


Les résultats trouvés en comparant les médecins généralistes et les gynécologues sont significatifs ($p = 0.03$) et très significatifs en comparant les médecins généralistes et les sages-femmes ($p < 0.001$).

2.10. <u>Quelles sont les difficultés rencontrées lorsque vous abordez le tabagisme gravidique ?</u>

24,8% des professionnels de santé expriment des difficultés pour aborder le tabagisme gravidique et ceci pour plusieurs raisons. La question posée était à choix multiple, les réponses sont exposées dans le **graphique XIV** ci-dessous.

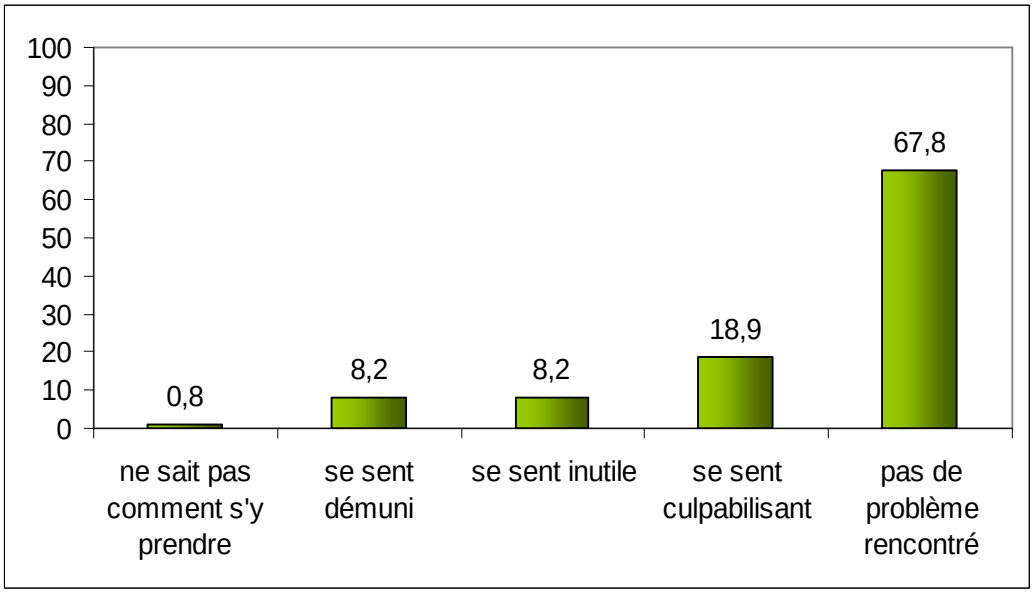
Graphique XIV : Difficultés rencontrées par les professionnels de santé (en pourcentage).



2.11. <u>Quel est votre sentiment lorsque-vous parlez de tabac à une femme enceinte ?</u>

30,6% des professionnels de santé abordent le tabagisme gravidique sans se sentir à l'aise sur le sujet. La question posée était à choix multiple, les réponses sont exposées dans le **graphique XV** ci-dessus.

Graphique XV : Ressentiments des professionnels de santé (en pourcentage).



2.12. <u>Formation ou documentation souhaitée par les professionnels de santé.</u>

52,1% de l'ensemble des professionnels de santé expriment le désir de recevoir une formation ou une documentation de l'UCT (Unité de Coordination de Tabacologie) ainsi répartis :

- **80%** des gynécologues ;
- **50,5%** des médecins généralistes ;
- **22,2%** des sages-femmes.

DISCUSSION

1. Population.

L'effectif de la population est important. En effet, nous avons envoyé 181 questionnaires et le taux de réponse reste satisfaisant. Malheureusement, les 24 questionnaires reçus des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, confrontés aux 98 questionnaires reçus des médecins généralistes, montre une grande disparité de réponse entre les spécialités. Cependant, soulignons le fait que cette disparité dans les populations est quasi-existante quelque soit la zone d'étude et sa superficie. Les médecins généralistes seront *a fortiori* toujours plus nombreux.

2. Biais.

Le questionnaire est basé sur le déclaratif des praticiens médicaux. On peut donc s'interroger sur la véracité des réponses même si l'anonymat a été clairement énoncé sur le questionnaire. Malgré tout, le fait même d'avoir reçu ce questionnaire sur la problématique du tabac chez la femme enceinte les a sensibilisé sur le sujet.

3. Les études comparatives.

Nous avons retenu quatre études que nous allons comparer avec notre travail. Nous tenons également à préciser que nous avons rencontré des difficultés à trouver des travaux récents évoquant la problématique de la prise en charge du tabagisme gravidique par les trois populations libérales : les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

. En 2004, Laoué C. **[28]**, a effectué une enquête auprès des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens en exercice libéral sur l'ensemble du département d'Indre et Loire, sur la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Cette enquête portait principalement sur les besoins et attentes des professionnels de santé face au tabagisme gravidique. L'objectif était de prouver que ceux-ci tenaient une place privilégiée dans la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte. Cependant, il n'y a pas eu de comparaison entre les deux populations. L'étude incluait 322 professionnels de santé (296 médecins généralistes et 26 gynécologues obstétriciens).

. En 2008, Mollé-Guiliani B. **[29]**, a réalisé une étude sur la prise en charge du tabagisme pergravidique au sein de la maternité du Centre Hospitalier du Haut Anjou à Château-Gontier. L'étude incluait 200 patientes et 20 professionnels de santé de la maternité.

. En 2007, Le Ber-Moy C. **[30]**, a effectué une étude auprès des médecins généralistes libéraux du pays de Morlaix. Cette étude descriptive s'intéressait aux méthodes de prise en charge des patients. L'étude ne portait pas spécifiquement sur le sevrage tabagique chez la femme enceinte. Cette étude incluait 97 médecins généralistes.

. En 2008, Jouteau D. **[31]**, a effectué une étude sur les médecins généralistes libéraux de Poitiers et sa périphérie afin d'effectuer un état des lieux de leur pratique en terme d'aide au sevrage tabagique pour évaluer l'impact des mesures prises lors de la conférence de consensus de l'ANAES en 1998. L'objectif de l'étude était de prouver le manque de respect des recommandations de l'ANAES et l'échec de la valorisation du rôle des médecins généralistes dans le sevrage tabagique. L'étude portait sur le sevrage tabagique de la population générale. Elle incluait 74 médecins généralistes.

4. Le conseil minimal.

A. La connaissance du conseil minimal.

Nous rappelons que le conseil minimal consiste à poser trois questions :

- Fumez-vous du tabac ?
- Fumez-vous du cannabis ?
- Souhaitez-vous arrêter ?

Ce sont des questions simples et rapides qui donnent tout son intérêt au concept. Le conseil minimal n'est pas chronophage. Il induit à lui seul une augmentation du taux de sevrages tabagiques spontanés (2 à 5% dans la population générale ; 1% chez la femme enceinte [3]). Il devrait donc se situer au cœur de la consultation chez une femme enceinte.

Cependant, nous constatons dans notre étude que le conseil minimal est peu connu des professionnels de santé mais surtout peu pratiqué par eux-mêmes.

Nous constatons que les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes libérales, ayant une place privilégiée auprès des femmes enceintes, pratiquent le conseil minimal en plus grand nombre, comparés aux médecins généralistes :

- Nos chiffres révèlent que les sages-femmes se différencient par leur connaissance sur le sujet tandis que les gynécologues-obstétriciens se retrouvent dans la moyenne générale.
- Les médecins généralistes sont, quant à eux, moins de la moitié dans notre étude à affirmer connaître le conseil minimal.

Les chiffres les concernant sont différents selon les zones d'étude puisque nous avons retrouvé dans l'étude de Laoué C. un taux beaucoup plus important, soit 83% des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens confondus.

Dans l'étude de Le Ber-Moy C., 7% seulement des médecins connaissent le conseil minimal ce qui est plus alarmant.

L'essentiel est de savoir si, connaissant ou non le conseil minimal, nos professionnels de santé le pratiquent.

B. Les questions du conseil minimal.

Nous retrouvons :

- La quasi totalité des professionnels de santé, toute catégorie confondue posent la question si leur patiente fume.

- Une grande partie des praticiens médicaux demande à leur patiente enceinte si elle souhaite arrêter.

- Concernant le cannabis, moins de la moitié de nos professionnels de santé demandent à leur patiente enceinte si elle consomme du cannabis.

Il existe une grande disparité au sein des professionnels concernant le cannabis :

- Les médecins généralistes sont minoritaires parmi les praticiens médicaux qui posent la question.
- Les gynécologues-obstétriciens sont majoritaires.
- Les sages-femmes montrent une prise en charge de qualité.

Dans l'étude de Mollé-Guiliani B., sur les questions « Fumez-vous du tabac ?» et « Souhaitez-vous arrêter ?», on retrouvait respectivement 85% et 75% des professionnels qui posaient ces questions à leur patiente enceinte. Concernant le cannabis, ils n'étaient que 15% à le demander.

L'étude de Jouteau D. retrouvait 41,9% de médecins généralistes demandant systématiquement à leur patient s'il fume et 36,5% demandant systématiquement s'il souhaite arrêter. Jouteau D. avait posé la question aux médecins généralistes interrogés s'ils recherchaient des addictions associées au tabac (alcool, cannabis,…). Il avait retrouvé 51% de ses répondants qui le demandaient systématiquement.

C. La bonne pratique du conseil minimal.

Nous nous sommes intéressé de savoir si les professionnels interrogés qui disaient connaître le conseil minimal le pratiquaient réellement et si ceux qui disaient ne pas le connaître le pratiquaient quand même.

Nous avons retrouvé au final que moins de la moitié de l'ensemble des professionnels interrogés appliquent, à la lettre, les règles du conseil minimal :

- Les médecins généralistes sont très peu représentés parmi eux.
- Les gynécologues-obstétriciens restent majoritaires.
- Les sages-femmes semblent avoir acquis le concept.

Dans l'étude de Laoué C., la façon de poser la question était intéressante. Elle proposait trois items différents aux médecins et gynécologues-obstétriciens pour décrire ce qu'était le conseil minimal et ils devaient cocher l'item exact. Il y avait 20% de non réponse, 45% de mauvaise réponse et 35% de bonne réponse.

Le Ber-Moy C. avait expliqué dans son questionnaire en quoi consistait le conseil minimal et leur avait alors demandé s'ils le pratiquaient. Elle avait retrouvé 47% des médecins généralistes qui pratiquaient correctement le conseil minimal. Néanmoins, un peu plus de la moitié des médecins abordaient avec les patients la problématique du cannabis.

En comparant nos travaux avec ceux présentés ci-dessus, on observe que moins de la moitié des praticiens médicaux pratiquent le conseil minimal et que parmi les médecins généralistes, une minorité pose systématiquement les trois questions.

De manière générale, deux des trois questions du conseil minimal sont correctement posées par l'ensemble des trois spécialités.

Cependant, depuis que la question du cannabis est entrée depuis peu de temps parmi les questions du conseil minimal, le cannabis reste un sujet encore très mal abordé, surtout chez les médecins généralistes.

Il est clair qu'il s'agit d'un oubli dû à un manque d'information sur ce sujet. La méconnaissance du conseil minimal en est aussi la preuve et le corollaire est intéressant. Connaissant l'impact positif du conseil minimal sur les demandes d'arrêt du tabac, on peut penser qu'en formant, ne serait-ce que les médecins généralistes, sur le conseil minimal, les sevrages tabagiques spontanés seraient augmentées.

Cependant, nous observons, dans nos travaux, une nette amélioration des pratiques. Les travaux de Laoué C. et Mollé-Guiliani B. ne comparaient pas les populations étudiées, néanmoins, nous soulignons que les sages-femmes se différencient par rapport aux médecins généralistes sur le bon usage du conseil minimal.

Il faut continuer à former et à informer nos professionnels de santé. Bien qu'il existe déjà des dépliants et des formations tabacologiques, ces démarches restent facultatives et à la libre décision des professionnels. L'important serait donc de rappeler aux praticiens médicaux et plus particulièrement aux médecins généralistes l'intérêt et l'existence de ces formations continues.

D. La régularité du conseil minimal.

La prise en charge d'une patiente enceinte fumeuse nous oblige, lorsqu'un sevrage n'est pas accepté, de rappeler les risques encourus et de renouveler la question sur l'arrêt du tabac à chaque consultation. Il a été prouvé que le renouvellement des questions du conseil minimal augmentait le nombre de sevrage tabagique spontané.

La consommation de cannabis est un aveu difficile pour les patientes, il ne faut donc pas le négliger.

Nous observons que plus de la moitié des professionnels interrogés qui posent les trois questions du conseil minimal renouvellent les questions à chaque consultation :

- Les médecins généralistes sont, de beaucoup, les plus représentatifs parmi eux.

Nous avions observé que peu de médecins pratiquaient le conseil minimal en posant les trois questions mais ils sont nombreux parmi eux à le renouveler à chaque consultation.

Nous avions aussi observé que parmi les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, ils étaient nombreux à poser les trois questions du conseil minimal mais ils sont peu à les renouveller à chaque consultation.

Il serait alors intéressant de voir si le taux de demande de sevrage tabagique par les patientes constaté chez ces médecins ne serait pas plus important que le nombre de demande de sevrage constaté chez les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

5. Le conjoint ou le tabagisme passif.

Le tabagisme passif ne doit pas être oublié que ce soit en terme de prévention ou d'information sur les risques encourus quelque soit le statut tabagique de la patiente enceinte :

- Une patiente enceinte non fumeuse peut se retrouver sous l'effet du tabagisme de son conjoint et en subir les conséquences.
- Une patiente enceinte fumeuse et son conjoint peuvent ne pas connaître les effets de leur tabagisme sur le nouveau-né et l'enfant.

Face à une patiente enceinte fumeuse, le tabagisme passif n'est pas toujours évoqué :

- Les médecins généralistes sont une minorité à parler de cet aspect du tabagisme.

Face à une patiente enceinte non fumeuse, l'ensemble des professionnels de santé est beaucoup moins rigoureux :

- Notamment les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens.
- Les sages-femmes libérales semblent plus méthodiques dans leur suivi obstétrical et pensent aux deux aspects du tabagisme.

Une seule étude a repris l'aspect du tabagisme passif. Les travaux de Mollé-Guiliani B. avait retrouvé 10% des professionnels de santé qui demandaient, chez une patiente fumeuse ou non, si le conjoint fume.

Ils y pensent, pour la plupart, lorsque le conjoint est présent lors de la consultation tandis que pour les autres, ils l'oubliaient par pure omission.

Se soucier du tabagisme actif et passif en demandant si les parents fument est primordial mais donner les informations nécessaires à la patiente pour qu'elle le comprenne l'est d'autant plus.

L'ensemble des praticiens médicaux abordant la problématique du tabagisme évoque les risques encourus suite à un tabagisme actif.

La moitié des praticiens médicaux informent leur patiente sur les effets du tabagisme passif sur la femme enceinte et le jeune enfant :

- Trois-quarts des gynécologues-obstétriciens omet de parler des effets du tabagisme passif.

- La moitié des médecins généralistes n'informent pas des effets du tabagisme passif.

- La totalité des sages-femmes donnent l'information.

Mollé-Guiliani B. retrouvait 45% des professionnels de santé informant systématiquement et oralement des effets du tabagisme actif pendant la grossesse et 90% qui ne pensaient pas évoquer le tabagisme passif.

Nous pouvons constaté que la tendance serait à l'amélioration des pratiques même si elles restent insuffisantes.

Dans le domaine du tabagisme passif, beaucoup d'efforts sont encore à faire. Les gynécologues et les médecins se sont révélés tout les deux les moins efficaces.

Il faut informer les praticiens médicaux de l'importance d'aborder le tabagisme passif sans focaliser sur le tabagisme de leur patiente enceinte s'il y a lieu et les informer sur leur rôle dans la prévention des risques du tabac sur la petite enfance.

Il serait intéressant de savoir si les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes suivent la même formation tabacologique.

6. L'information donnée à la patiente.

Le seul message à délivrer à une patiente enceinte fumeuse est la tolérance zéro. Fumer une cigarette ou du cannabis en étant enceinte constitue un risque avéré pour la grossesse et le fœtus.

Nous constatons que la totalité des praticiens se prononce sur le message à délivrer à la patiente :

- Une très grande majorité exprime la tolérance zéro.

- Une bonne partie restante avise selon la patiente sur le message à délivrer.

L'étude de Laoué C. avait retrouvé que 90% des médecins généralistes et 77% des gynécologues-obstétriciens encourageaient l'arrêt complet de la cigarette.

Mollé-Guiliani B. avait retrouvé 40% de professionnels qui tendaient vers l'arrêt complet, 25% qui estimaient qu'une diminution était déjà encourageante et 35% qui n'évoquaient pas le sujet.

Nous constatons que la totalité des répondants se prononce sur le message à délivrer à leur patiente enceinte fumeuse.

A la vue de ces deux études, nous observons que les professionnels médicaux tendent de plus en plus à se prononcer vers un arrêt complet de la cigarette ce qui est très encourageant. Il y a une réelle volonté d'aider la patiente enceinte fumeuse.

Par ailleurs, il est important de disposer de brochures informatives afin que la patiente puisse consulter les informations déjà données par le praticien.

Il est nécessaire que la brochure soit donnée en main propre. Elle n'a pas la même influence que déposée sur la table de la salle d'attente parmi les magazines. Lors de la consultation, le praticien a engagé le dialogue, a informé la patiente et lui propose une réflexion sur le sevrage tabagique en lui fournissant une brochure. Le geste en lui-même semble apporter une aide à l'arrêt du tabac puisque le professionnel de santé se met en position d'acteur de santé sensibilisé et motivé pour une prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte.

Notons que :

- Un tiers des professionnels dispose de ces brochures.
- Deux tiers les déposent dans leur salle d'attente.

Parmi ceux disposant de brochures :

- Une majorité de médecins généralistes le remettent en main propre.
- L'ensemble de la population des sages-femmes libérales le remette en main propre.
- La moitié des gynécologues-obstétriciens le remettent en main propre.

Mollé-Guiliani B. retrouvait 5% de gynécologues et d'anesthésistes donnant systématiquement une documentation à l'issue de la consultation.

Le Ber-Moy C. déclarait que 63% des médecins généralistes du pays de Morlaix fournissaient à leurs patients des brochures d'information sur l'arrêt du tabac et la moitié d'entre eux les donnaient en mains propres.

Dans l'étude de Jouteau D. 61% des médecins de Poitiers et ses environs déclaraient avoir de la documentation mais seulement 8,1% en délivraient à leur patient souhaitant arrêter de fumer.

Nous constatons que les praticiens médicaux disposant de brochures sont trop peu nombreux si nous voulons que les demandes de sevrage tabagique pendant la grossesse augmentent. Il faut donc sensibiliser nos praticiens sur l'importance de ces brochures et plus particulièrement nos médecins généralistes. Sur le Territoire de santé d'Angers, le Réseau « Sécurité Naissance-Naître ensemble » des Pays de la Loire a élaboré une plaquette destinée aux patientes. Cette brochure peut être directement commandée au Réseau de Périnatalité basé à Nantes. Le réseau a aussi élaboré une réglette « Conduites addictives » destinée aux praticiens (cf. annexe 4). D'autre part, l'INPES édite quelques plaquettes sur la grossesse et le tabac.

Par ailleurs, nous retrouvons une proportion de médecins généralistes disposant de brochures beaucoup plus importantes dans les autres études. Cependant, ils sont une minorité parmi eux à les fournir en main propre à leurs patients tandis que dans notre étude, concernant uniquement le tabagisme pendant la grossesse, ils sont beaucoup plus nombreux. Les chiffres se sont tous révélés significatifs. On peut penser que les médecins généralistes sont plus impliqués lorsqu'il s'agit d'une patiente enceinte fumeuse.

Il aurait été intéressant de voir si dans notre population de médecins généralistes d'Angers, le taux de brochures données en main propre diffère selon qu'il s'agisse de patiente enceinte ou non.

7. L'orientation des patientes.

Informer l'existence de consultation tabacologique apporte une aide supplémentaire aux patientes enceintes fumeuses désireuses d'entamer un sevrage tabagique. Sans les informer, il est clair que le nombre de sevrage débuté pendant la grossesse est diminué.

Nous retrouvons :

- Les médecins généralistes informant peu de l'existence de ces consultations.
- Une très grande majorité de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens prouvent leur implication dans l'aide au sevrage chez la femme enceinte fumeuse.

L'étude de Mollé-Guiliani B. retrouvait 15% de ses praticiens qui informaient leurs patientes de l'existence de ce type de consultation. La maternité du centre hospitalier du Haut Anjou réalise pour la majorité les examens du 8ème et 9ème mois, l'information leur semblait trop tardive. Cependant, nous avons vu que même un arrêt tardif de la cigarette pouvait être bénéfique pour la mère et le fœtus.

Jouteau D. avait demandé auprès des médecins s'ils prévoyaient une consultation réservée à l'aide au sevrage tabagique avec quatre possibilités de réponses. Toujours, souvent, rarement ou jamais. Il avait retrouvé 28% des médecins généralistes qui déclaraient réserver systématiquement une consultation à l'aide au sevrage, 47% le faisant souvent et 24% qui ne le faisaient que rarement ou jamais. Il est intéressant de noter que notre question portait sur l'existence de consultation tabacologique tandis que la démarche de Jouteau D. était consacrée aux consultations d'aide au sevrage tabagique faites par les médecins eux-mêmes. Nous retrouvons alors, dans son étude, des professionnels de santé très impliqués et chargés d'un rôle en tant qu'acteur de santé et médiateur dans l'aide au sevrage tabagique.

Nos résultats concernant les médecins généralistes semblent donc moins bon que nous ne l'aurions pensé. La comparaison avec les gynécologues et les sages-femmes s'est même révélée significatif. Il est donc nécessaire de les sensibiliser, au même titre que les brochures informatives.

Les gynécologues et les sages-femmes, malgré le manque de temps pour réaliser des consultations uniquement réservées à l'aide au sevrage tabagique informent quasiment tous de l'existence de ces mêmes consultations. Ils ont à leur disposition le document élaboré par le Réseau, « La réglette addiction » évoqué antérieurement.

8. Difficultés et sentiments des praticiens médicaux.

Nous avons constaté, tout au long de notre travail, que le conseil minimal était peu connu et mal pratiqué, surtout concernant le cannabis, et que le tabagisme passif était souvent oublié. Il est important de connaître les raisons de ces oublis.

Nous avons laissé aux professionnels de santé interrogés la possibilité d'exprimer leurs difficultés et leurs sentiments pour aborder le tabagisme gravidique.

Nous constatons que seulement un praticien sur quatre exprime des difficultés pour aborder le thème du tabagisme avec ses patientes enceintes fumeuses.

Parmi ceux exprimant des difficultés, nous retrouvons :

- Le manque de temps comme principal facteur.
- Le simple oubli en deuxième position.
- Le manque de connaissances est peu évoqué par les praticiens médicaux.

Mollé-Guiliani B. avait constaté que l'ensemble du personnel médical de la maternité du Haut Anjou éprouvait des difficultés. 90% manquaient d'outil, 85% manquaient de temps et 75% estimaient qu'ils manquaient de connaissance.

Le Ber-Moy C. retrouvait 40% des médecins généralistes qui déclaraient n'avoir aucune réticence à parler du tabagisme avec leurs patients. Parmi les freins existants à parler du tabac avec les patients, le manque de temps était cité par 42% des médecins et 37% considéraient que le motif de consultation était inapproprié. Venait en dernière position le manque de connaissance au sevrage tabagique exprimé par 14% des médecins.

Nous retrouvons que le manque de temps est un facteur important comme étant un frein dans la prise en charge des patientes enceintes fumeuses.

L'oubli souvent évoqué aussi est très certainement corrélé au manque de temps.

Les personnes interrogées dans notre étude expriment une difficulté moindre à parler du tabagisme avec leurs patientes comparées aux autres études.

Ce résultat est contradictoire à la vue du manque de connaissance sur le conseil minimal que nous avons constaté.

Voici les sentiments évoqués par les praticiens interrogés.

Nous retrouvons que près d'un tiers d'entre eux ne se sentent pas à l'aise lorsqu'il faut aborder le thème du tabagisme chez la femme enceinte.

Parmi ceux exprimant un malaise à parler du tabagisme, nous retrouvons :

- La culpabilité exprimé par un praticien sur cinq.
- La même proportion de praticiens se sentent soit démunis, soit inutiles.

L'étude de Mollé-Guiliani B. retrouvait la même tendance. 55% des gynécologues et anesthésistes exprimaient leur sentiment de culpabilité tandis que 30% et 15% respectivement exprimaient leur sentiment d'être démuni et d'être inutile.

Nous constatons qu'il existe un réel malaise à engager le dialogue sur le tabagisme lors d'une consultation avec une patiente enceinte fumeuse.

Une formation sur la problématique du tabac permettrait aux praticiens médicaux d'être plus sûr d'eux lorsqu'ils parlent de tabac à une femme enceinte.

9. Demande de formation des praticiens médicaux.

Nous avons posé la question à tous les professionnels interrogés s'ils souhaitaient effectuer une formation ou recevoir une documentation sur le tabagisme chez la femme enceinte.

Nous avons observé que plus de la moitié d'entre eux exprimaient le souhait de se former. Nous retrouvons :

- La moitié des médecins généralistes désirent une formation.
- Une très grande majorité de gynécologues-obstétriciens souhaitent une formation ou une documentation.
- Les sages-femmes sont moins nombreuses à en exprimer le souhait.

Le Ber-Moy C. retrouvait 37% des médecins généralistes qui envisageaient une formation dans les cinq ans tandis que Jouteau D. retrouvait, parmi 20% de médecins

généralistes qui ne pensaient pas être bien formé en terme d'aide au sevrage tabagique, 40% qui envisageaient une formation.

Le sentiment de malaise à parler du tabagisme à une femme enceinte exprimé par les praticiens médicaux explique la forte demande de formation par ceux-ci.

Cette demande de formation ne semble pas due à un sentiment de manque de connaissance par les praticiens comme nous l'avons vu précédemment bien que l'exemple du conseil minimal nous a prouvé le contraire.

Cependant, force est de constater une réelle volonté de combler les manques et de s'améliorer.

Le peu de sages-femmes exprimant le souhait de suivre une formation peut s'expliquer par le fait qu'elles connaissent parfaitement la problématique du tabac. En mars 2009, une formation a été proposée via le conseil de l'Ordre aux 150 sages-femmes inscrites en Maine-et-Loire (d'hôpitaux publiques, privés ou travaillant en libéral). 55 sages-femmes ont participé à cette formation d'une journée réalisée par l'UCT du CHU d' Angers. Chaque année la Commission Addiction du Réseau de Périnatalité des Pays de Loire organise une journée à thème sur les addictions. En mars prochain aura lieu à la Faculté de Médecine, une formation « Conduites addictives chez la femme enceinte ».

CONCLUSION

Confrontés aux études antérieures, nos résultats nous indiquent une amélioration des pratiques de prise en charge de la problématique du tabac chez la femme enceinte par l'ensemble des praticiens médicaux.

Cependant, certains points encore mal abordés méritent d'être améliorés ce qui augmenterait le taux de sevrage. Nous avons constaté tout au long de ce travail que:

- Le conseil minimal est un concept basique encore peu connu des praticiens.
- La consommation de cannabis qui fait partie du conseil minimal est peu évoqué.
- Le tabagisme passif est négligé par les médecins et les gynécologues lors des consultations.
- La mise à disposition des brochures est trop rare ou manque d'efficacité n'étant pas donné en main propre chez les médecins et gynécologues.
- L'information sur l'existence de consultation tabacologique fait défaut chez les médecins.
- Les sages-femmes se sont révélées performantes sur tous les aspects.

Ce travail dresse un constat sur les pratiques d'aujourd'hui et peut aider l'Unité de Coordination de Tabacologie (UCT) du CHU d'Angers à cerner les points faisant le plus défaut chez nos praticiens médicaux libéraux concernant la problématique du tabac chez la femme enceinte. Il peut permettre de proposer des formations ciblées sur les différents intervenants pendant la grossesse. A cet effet, nous pouvons souligner l'existence de formations effectuées par l'UCT de notre CHU :

- cours lors des formations initiales à la faculté de médecine (2h00), à l'école de sage-femme (4h00), à l'école IFSI (1h30) et à l'école d'aide-soignante ;
- cours dans les DIU de Gynécologie-obstétrique (1h30 de tabacologie présenté par le Pr. Descamps) ;
- cours dans les DIU de Tabacologie ;
- cours dans les DIU d'Addictologie ;
- formations destinées aux praticiens déjà en exercice ;

- cours lors de formations continus (médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) ;
- interventions dans différents congrès.

Par ailleurs, il serait intéressant d'effectuer une réévaluation des pratiques ultérieurement afin de confirmer la tendance à l'amélioration chez nos praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre Santé 2000. Résultats. Volume 2.

2. Ducret L. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S55-66.

3. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Collection « Que sais-je ? », P.U.F.2007.

4. Institut national de prévention et d'éducation en santé. La composition de la fumée du tabac [consulté le 20/06/2009]. Disponible à partir de : l'URL : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1022.pdf

5. Sepaniak S, Forges T, Monnier-Barbarino P. Conséquences du tabac sur la fertilité masculine. J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S102-11.

6. Dekeyser-Bocarra J, Milliez J. Tabac et grossesse extra-utérine : y a-t-il un lien de causalité ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S119-24.

7. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S130-34.

8. Wainer R. Tabagisme et fertilité ovarienne, Gynecol Obstetric fertil. 2001;29 :881-7.

9. British Medical Association. Board of Science and Education & Tobacco Control Resource Center. Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. February 2004 [consulté le 18/07/2009].

10. Disponible à partir de : URL : http://www.tobacco-control.org/tcrc_Web_Site/Pages_tcrc/Resources/tcrc_Publications/Smoking&ReproductiveLife.pdf

11. Cournot M.P, Assari-Merabtene F, Vauzellz-Gardier C, Eléfant E. quels sont les risques d'embryopathie liés à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S124-30.

12. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S130-4.

13. Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S135-45.

14. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Argumentaire. Mai 2003 [consulté le 18/07/2009]. Disponible à partir de : URL : http://www.tobacco-control.org/tcrc_Web_Site/Pages_tcrc/Resources/tcrc_Publications/Smoking&ReproductiveLife.pdf

15. Théret B, Vaillant C, Coopman S. Prise en charge néonatale d'un enfant exposé in utero au tabac J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S265-8.

16. Desurmont M, Schepens C. Liens entre la mort subite du nourrisson et l'exposition in utero au tabagisme : comment informer les parents qui fument ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S223-9.

17. Marret S, Effets de l'exposition tabagique maternelle pendant la grossesse sur le développement cerebral foetal J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S230-3.

18. Contal M, Masson G, Boyer C, Cazevielle C, Marès P. Conséquences du tabagisme in utero pour le nouveau-né J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S215-22.

19. Billaud N. Quelles sont les autres consequences à long termed u tabagisme in utero ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S234-40.

20. Guichenez P, Ramelet A.A, Bonte F, Guerrero D. Quelles sont les données épidémiologiques les conséquences de l'excès de risque lié au tabagisme chez les femmes enceintes ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S84-94.

21. Boutigny H, Boschin F, Delcourt-Debruyne E. Maladies parodontales, tabac et grossesse. J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S74-83.

22. Perriot J. Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risqué lié au tabagisme chez la femme enceinte.J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S95-100.

23. Granger G, Pannier E. Conséquences fœtales du tabagisme sur les modes d'accouchement, l'hypoxie et l'acidose per-partum. J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S146-54.

24. Le Houezec J. Quelles sont les interventions efficacies d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S182-94.

25. Adler M, Dautzenberg E, Garelik D, Nguyen P. Modalités de mise en oeuvre des différentes techniques efficaces d'aide à l'arrêt du tabac : auprès d'une femme ou d'un couple qui fume lors de la déclaration de grossesse, auprès d'une femme enceinte ou d'un couple fumeur en consultations prénatales et en hospitalisation. J Gynecol Obst Biol Reprod 2005 / Volume 34, Hors série n°1, 2005 3S194-206.

26. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tobacco Control 1995; 4: 162-9.

27. Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Sports. Office français du tabagisme. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les risques du tabagisme et les bénéfices à l'arrêt. Plaquette d'information [consulté le 14/08/2009].

28. Disponible à partir de : URL : http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/Depliant_Les_risques_du_tabagisme_et_les_benefices_a_larret_2.pdf

29. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guibert J. Tabac, fertilité et grossesse EMC (Elsevier Masson SAS Paris) Gynecologi/Obstetrique 5-048-M-30, 2007.

30. Laoué C. Prévention du tabagisme chez la femme enceinte : à partir d'une enquête auprès des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens du département d'Indre et Loire sur la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse. Thèse : Med : Université de Tours. 2004 ; 3009.

31. Mollé-Guiliani B. Zoom sur l'information sur le tabac à la maternité du centre hospitalier de Haut Anjou. Mémoire Tabacologie : Med : Université d'Angers. 2008 ;

32. Le Ber-Moy C. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes du pays de Morlaix. Mémoire tabacologie : Med : Inter-région ouest. 2007 ;

33. Jouteau D. Les médecins généralistes et le sevrage tabagique. Enquête auprès des médecins généralistes de Poitiers et sa périphérie. Mémoire Tabacologie : Med : Université de Poitiers. 2008 ;

ANNEXES

ANNEXE 1 : Test de Fagerström

Mesurer la dépendance à la nicotine

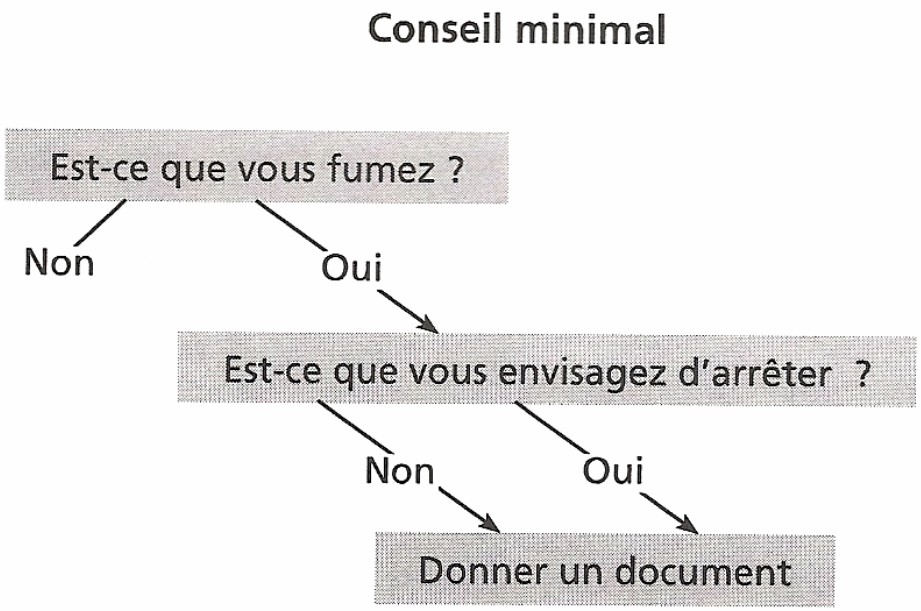
Le test de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?			
Dans les 5 minutes	3	De 31 à 60 minutes	1
De 6 à 30 minutes	2	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?			
Oui	1	Non	0
À quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?			
La première	1	Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?			
10 au moins	0	21 à 30	2
11 à 20	1	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?			
Oui	1	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?			
Oui	1	Non	0

TOTAL DES POINTS /10

Score de 0 à 2 : vous n'êtes pas dépendant à la nicotine.
Score de 3 à 4 : vous êtes faiblement dépendant à la nicotine.
Score de 5 à 6 : vous êtes moyennement dépendant à la nicotine.
Score de 7 à 10 : vous êtes fortement ou très fortement dépendant à la nicotine.

Annexe 2 : Le conseil minimal



Annexe 3 : Le questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiant sage-femme au CHU d'Angers. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'étude évaluant la problématique du tabac chez la femme enceinte abordé par les professionnels de santé. Les résultats de mon travail seront, de même, présentés à l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU.

Les résultats de ce questionnaire resteront évidemment anonymes, il vous demandera environ 3 minutes de votre temps. Pour le retour de votre courrier, veuillez trouver ci-joint une enveloppe timbrée.

Vous remerciant par avance de toute l'attention que vous voudrez bien porter à ce projet, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Questionnaire

La problématique du tabac chez la femme enceinte abordé par les professionnels de santé

1. Connaissez-vous le conseil minimal ? oui non

2. Lors d'une première consultation chez une patiente enceinte, posez-vous les questions suivantes :

- Fumez-vous du tabac ? oui non
- Fumez-vous du cannabis ? oui non
- Souhaiteriez-vous arrêter ? oui non

3. Lors des consultations suivantes, posez-vous ces questions systématiquement ?
oui non

4. Chez une patiente enceinte fumeuse, posez-vous la question « votre conjoint fume-t-il » ? oui non

5. Chez une patiente enceinte non fumeuse, posez-vous la question « votre conjoint fume-t-il » ? oui non

2/2

6. Informez-vous systématiquement et oralement des effets du tabagisme

- **actif ?** oui non
- **passif ?** oui non

7. Quel est le message que vous délivrez auprès des femmes enceintes sur la consommation de tabac acceptable ?

0 cigarette, de même que 0 alcool
Diminuer à 5, c'est acceptable
Vous n'évoquez pas le sujet

8. Mettez-vous systématiquement à disposition une brochure informative sur la prévention du tabac chez la femme enceinte ?

oui non

Si oui : En main propre En salle d'attente

9. Informez-vous systématiquement les femmes enceintes fumeuses de l'existence de consultations de tabacologie ? oui non

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

Sujet tabou
Vous manquez vous-même de connaissances
Vous manquez de temps
Vous n'y pensez pas
Vous n'avez pas de difficultés

11. Quel est votre sentiment lorsque vous parlez de tabac à une femme enceinte ?

Vous vous sentez démuni
Vous vous sentez inutile
Vous vous sentez culpabilisant
Vous ne savez pas comment vous y prendre
Vous ne rencontrez pas de problème

12. Vous concernant :

Sexe : masculin féminin
Age : …….
Profession : Gynécologue obstétricien
Médecin généraliste
Sage-femme
Vous êtes : Fumeur si oui : occasionnel
quotidien
Ex fumeur
Non fumeur

13. Souhaiteriez-vous une documentation ou une formation de l'UCT (Unité de Coordination de Tabacologie) du CHU d'Angers ?

oui non

Annexe 4 : Réglette addiction du Réseau destiné aux praticiens

Echelle EVA
(cotation de 0 à 10 au dos)

Conscience d'un problème
OU
Motivation aux soins

Pas du tout

Enormément

➢ Conditions de vie ≺

- Vivez-vous seule ou en couple ?

- Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?

- Avez-vous un emploi ?
  - A temps plein ?
  - A temps partiel ?
  - Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi ?

- Avez-vous la Couverture médicale universelle (CMU) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'Etat (AME) ?

- Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?

➢ Stress, violences ≺

- Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ?

- Vous sentez-vous parfois surmenée ou débordée ?

➔ CONTACTS
- Service social Maternité
  - CHU : 02 41 35 49 85
  - CL Anjou : 02 41 47 75 65
- Service PMI (Conseil Général) 02 41 81 46 43
- SOS Femmes 02 41 87 97 22

Violences conjugales
Info service
36 19

Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble »
des Pays de la Loire

Vulnérabilité de la femme enceinte

Conduites addictives

Repérer - Orienter

Territoire de santé d'Angers

Plaquette à destination des professionnels

Version du 10 mars 2009

recto

➢ Boissons ≺

- Qu'avez vous l'habitude de boire (eau, sodas..) ?

- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?

- Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?

➢ Aliments ≺

- Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits..) ?

- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ? Si oui, à quelles occasions ?

- Vous arrive-t-il de vomir ?

➔ CONTACTS
- ELSA 06 65 80 73 78
- ADAMEL 02 41 44 08 72

Ecoute Alcool
0811 91 30 30

➢ Tabac et cannabis ≺

- Fumez-vous du tabac ?

- Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?

- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?

➔ CONTACTS
- ELSA 06 65 80 73 78
- UCT 02 41 35 58 45
- ADAMEL 02 41 44 08 72
- Consultations CL Anjou 02 41 47 75 38

Tabac Info Service
0825 309 310

Ecoute Cannabis
0811 91 20 20

➢ Autres drogues Médicaments ≺

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?

- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : héroïne, cocaïne, ecstasy ?

➔ CONTACTS
- ELSA 06 65 80 73 78
- AAATF 02 41 47 47 00

Drogue Info Service
0800 23 13 13

Sigles utilisés
- ADAMEL : Association d'aide aux alcoolo-dépendants de Maine-et-Loire
- AAATF : Association angevine d'aide aux toxicomanes et de leur famille
- ELSA : Réseau d'addictologie de liaison du Territoire angevin
- UCT : Unité de coordination de tabacologie du CHU d'Angers

PROPOSITIONS DU SOIGNANT
- **« Nous pouvons vous aider »**
- **« Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »**
- **« Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »**
- **« ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »**

verso

Annexe 5 : Page de garde

URL : http://www.lepoint.fr/content/system/media/grossesse.jpg (consulté le 17/01/10)

RESUME

Objectifs : **.** Evaluer la prise en charge tabacologique des femmes enceintes par les professionnels médicaux libéraux exerçant sur la ville d'Angers en appréciant la proportion des praticiens à :
- Prodiguer le conseil minimal ;
- Evoquer le tabagisme passif ;
- Apporter aux patientes une information de qualité lors des consultations ;
- Informer les patientes enceintes fumeuses de l'existence de consultations tabacologiques ;
- Ressentir des difficultés à aborder le thème du tabac.

. Comparer les praticiens médicaux, accompagnant la femme enceinte, selon les spécialités.

Population analysée et méthode : Il s'agit d'une enquête descriptive et comparative via un auto-questionnaire. Le questionnaire exploite un échantillon de 98 médecins généralistes, 15 gynécologues-obstétriciens et 9 sages-femmes.
L'enquête s'est déroulée du 1er juillet au 1er octobre 2009.

Résultats : Le taux de réponse au questionnaire est de **67,9%**. Parmi les praticiens médicaux, **8,3%** sont fumeurs et **27,3%** sont ex-fumeurs. Le conseil minimal est correctement pratiqué par **39,2%** des médecins, **66,7%** des gynécologues et **88,9%** des sages-femmes soit **46,3%** de l'ensemble des praticiens. **47,9%** des praticiens n'interrogent pas sur la consommation de cannabis. **68,6%** des praticiens ne demandent pas le statut tabagique du conjoint lorsque la femme fume et ils sont **33,9%** à ne pas le demander lorsque la femme ne fume pas. **30,6%** des praticiens disposent de brochures informatives. Lorsqu'ils en disposent, ils sont **32,4%** à le remettre en main propre. **61,2%** des professionnels n'informent pas de l'existence de consultation tabacologique. **24,8%** des praticiens éprouvent des difficultés à parler du tabac, le manque de temps est évoqué par **14,8%** des répondants. **30,6%** des praticiens ressentent un malaise à parler du tabac à une femme enceinte. Le sentiment de culpabilité est mis en avant par **18,9%** d'entre eux.

Discussion et conclusion : La prise en charge du tabagisme chez une femme enceinte reste insuffisante. Nous constatons néanmoins une amélioration des pratiques. L'identification du statut tabagique de la femme est réalisée mais le conseil minimal n'est pas prodigué. L'usage du cannabis n'est pas recherché. Le tabagisme passif n'est pas identifié et ses risques ne sont pas exposés à la patiente. La mise à disposition de brochures est peu réalisée parmi les médecins et les gynécologues. L'information sur l'existence de consultation tabacologique fait défaut chez les médecins. Une formation identique à celle des sages-femmes permettrait d'améliorer les pratiques de tous les praticiens. Cette étude peut permettre à l'Unité de Coordination de Tabacologie du CHU d'Angers de proposer des formations plus ciblées aux différentes spécialités médicales.

Mots-clés : Tabagisme – Grossesse – Professionnels médicaux libéraux

ABSTRACT

Goals: . Evaluate how pregnant women are followed in terms of use of tobacco by private professionals of medical who are in practice in Angers and estimate the proportion of people among the medical staff who :
- Enforce the "medical advice";
- Talk about passive smoking;
- Deliver quality information to patient during consultations;
- Inform smoking pregnant patients about the existence of consultations about smoking;
- Feel difficulties with talking about tobacco.

. Compare medical staffs that follow the pregnant woman, depending on their areas.

Analysed population and methods: This memoir is a descriptive and comparative survey through the means of a questionnaire self fellable. The target consists in 98 practitioners, 15 gynaecologist-obstetricians and 9 midwives. This study took place from 07/01/09 to 10/01/09.

Results: The answer rate is **67.9%**. **8.3%** of the interrogate people smoke and **27.3%** of them are former smokers. The "minimal advice" is well enforced by **39.2%** of doctors, **66.7%** of gynaecologists and **88.9%** of midwives i.e. **46.3%** of the medical staff. **47.9%** of the interrogated people do not ask about the use of cannabis. **68.6%** of the targets do not ask whether the companion of the smoking woman smokes and **33.9%** do not ask at all when the patient doesn't smoke. **30.6%** of the targets have informative leaflets. Among them, **32.4%** deliver it from hand to hand. **61.2%** of the targets don't talk about the existence of consultations about smoking. **24.8%** of the targets feel uneasy when talking about tobacco, the lack of time is the main reason for **14.8%** of those who answered. **30.6%** of targets feel uneasy when talking a pregnant woman bout tobacco. **18.9%** of them talk about a feeling of guilt.

Debate and conclusion: I not enough study the use of tobacco by a pregnant woman. Meanwhile, this habit is improving. Knowing whether the woman smokes or not is often checked but the "minimal advice" is not enforced. Cannabis is not seeked as a factor. Passive smoking is not identified and patients are not informed about its risks. Few doctors and gynaecologists offer leaflets. Doctors do not inform about the existence of consultations about smoking. Being formed like the midwives would improve all the medical staff's practice. This study may enable the UCT of Angers University Hospital to offer more precise formation to various medical specialities.

Key-words: Tobacco – Pregnancy – Private professionals of medical