

**Prise en charge du tabagisme de la femme enceinte
hospitalisée**
Élodie Carreau

► **To cite this version:**

Élodie Carreau. Prise en charge du tabagisme de la femme enceinte hospitalisée. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01070859

HAL Id: dumas-01070859

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01070859>

Submitted on 2 Oct 2014

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.

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

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

Prise en charge du tabagisme de la femme enceinte hospitalisée.

Mémoire présenté et soutenu par

Élodie CARREAU

Née le 18 Août 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme.

Promotion 2010 – 2014

École de Sages-femmes de Caen

Prise en charge du tabagisme de la femme enceinte hospitalisée.

Mémoire présenté et soutenu par

Élodie CARREAU

Née le 18 Août 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme.

Promotion 2010 – 2014

REMERCIEMENTS

Au Docteur Bottet, médecin tabacologue, pour son investissement et sa disponibilité.

À Madame Kakol, sage-femme enseignante, pour l'intérêt porté au sujet.

À Madame Giffard et aux sages-femmes enseignantes, pour leurs précieux conseils tout au long de ces quatre années.

À mes frères et sœurs, pour leur présence et leur aide.

À mes ami(e)s, pour leur soutien à toute épreuve.

À l'ensemble de la promotion, pour tous les souvenirs inoubliables.

À mes parents, pour tout ce qu'ils m'ont donné en si peu de temps.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	
1. Épidémiologie du tabagisme féminin	10
2. Toxicité du tabagisme gravidique : substances et mécanisme	11
3. Conséquences au cours des deux derniers trimestres de la grossesse	12
4. Prise en charge du tabagisme gravidique	14
MATÉRIEL & MÉTHODE	
1. Problématique	18
2. Objectifs	18
2.1. Principal	18
2.2. Secondaires	18
3. Hypothèses	18
4. Présentation de l'étude	19
4.1. Caractéristiques de l'étude	19
4.2. Populations concernées	19
4.2.1. <i>Patientes</i>	19
4.2.2. <i>Sages-femmes</i>	20
5. Outils	20
5.1. Questionnaires et critères de jugement	20
5.2. Analyse des données	20
RÉSULTATS	
I. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DE PATIENTES	
1. Description des échantillons de patientes	22
2. Détermination du statut tabagique des femmes	22
II. DONNÉES RELATIVES AU TABAGISME ANTÉRIEUR À L'HOSPITALISATION	
1. Âge de début	24
2. Tentatives d'arrêt	24
3. Évolution de la consommation des femmes	24
4. Instauration des changements	25
5. Ressenti des femmes	25
6. Statut tabagique du conjoint	25
6.1. Données relatives à sa consommation et à celle des femmes	25
6.2. Comparaison	26
7. Information reçue à propos du tabagisme gravidique	27
7.1. Modalités d'information	27
7.2. Contenu de l'information	27
7.3. Impact sur la consommation des femmes	27
8. Propositions d'aide au sevrage tabagique	28
III. ÉVOLUTION DU TABAGISME AU COURS DE L'HOSPITALISATION	
1. Évolution de la consommation de tabac au cours de l'hospitalisation	29
1.1. Consommation quotidienne	29
1.2. Modalités de modification	29
1.3. Difficultés rencontrées par les patientes	30
2. Évaluation par les patientes de l'impact du tabagisme sur leur pathologie	30
3. Propositions d'aides au sevrage tabagique	30
3.1. Interventions des professionnels de santé	30

3.2. Aides proposées	31
3.3. Comparaison des propositions faites par rapport à la consommation	31
IV. CONNAISSANCES & PRATIQUES DES SAGES-FEMMES DU SERVICE	
1. Profil des sages-femmes ayant participé à l'étude	32
2. Formations initiale et continue	32
3. Modalités de prise en charge	32
3.1. Dépistage du tabagisme des femmes	32
3.2. Information	33
3.3. Aides proposées	33
4. Évaluation du rôle de la sage-femme en matière de sevrage tabagique	33
4.1. Capacités de prise en charge	34
4.2. Obstacles à la prise en charge	34
DISCUSSION	
1. Synthèse des principaux résultats de l'étude	36
2. Limites et biais de l'étude	37
2.1. Déclaratif des patientes	37
2.2. Suivi antérieur à l'hospitalisation	37
2.3. Durée d'hospitalisation	37
3. Points forts	37
3.1. Participation des patientes	37
3.2. Validité de l'étude	38
3.3. Comparaison à la pratique des sages-femmes	38
4. Analyse et discussion	38
4.1. Caractéristiques des patientes : pathologies à l'origine des hospitalisations	38
4.2. Identification du statut tabagique	39
4.3. Influence du tabagisme du conjoint sur celui de sa compagne	39
4.4. Influence de l'information délivrée sur la consommation des femmes	40
4.5. Évolution de la consommation de tabac des femmes au cours de la grossesse	41
4.6. Évolution de la consommation de tabac au cours de l'hospitalisation	42
4.7. Aides au sevrage tabagique	42
4.8. Prise en charge du tabagisme gravidique par les sages-femmes	43
4.8.1. <i>Versant psycho-comportemental</i>	43
4.8.2. <i>Versant pharmacologique</i>	44
5. Améliorations proposées	45
5.1. Prise en charge du tabagisme en consultation prénatale	45
5.2. Prise en charge du tabagisme au décours d'une hospitalisation	46
5.3. Promouvoir un arrêt en <i>ante</i> -conceptionnel	46
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	54

INTRODUCTION

Véritable enjeu de santé publique, le tabagisme gravidique entraîne des répercussions, non seulement sur le déroulement de la grossesse et sur la santé materno-fœtale, mais aussi sur le développement morphologique, neurologique et comportemental de l'enfant à naître et de l'adulte en devenir. Informer les femmes et les couples sur les conséquences délétères de cette conduite addictive est un devoir qui incombe aux professionnels de santé et de la périnatalité. Ce devoir d'information s'inscrit dans le plan cancer 2003, tout comme la prise en charge du tabagisme des femmes enceintes au sein des maternités ayant signé la charte « hôpital sans tabac ». Tant sur le plan psycho-comportemental que médicamenteux, sa prise en charge par les sages-femmes est essentielle.

1. Épidémiologie du tabagisme féminin.

Le tabagisme féminin en général et le tabagisme des femmes enceintes en particulier sont effectivement des problèmes majeurs de santé publique.

En légère diminution depuis l'instauration de la loi Évin en 1991, relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, la prévalence du tabagisme féminin est aujourd'hui, à nouveau, en nette augmentation [1]. En effet, le nombre de femmes fumeuses a significativement augmenté (plus deux pour cent) entre 2005 et 2010. Les classes d'âge de 45 à 64 ans sont plus particulièrement touchées, avec une augmentation de sept pour cent de la prévalence du tabagisme. Chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, elle diminue en revanche de deux pour cent. Ainsi, en 2010, 30,2 % des femmes fumaient, dont 26,1 % quotidiennement. Parallèlement à cette inflation du tabagisme féminin, la consommation quotidienne de tabac semble s'amoinrir [2].

Le tabagisme gravidique est resté, quant à lui, relativement stable depuis 2005. En 2010, 24 % des femmes ont fumé quotidiennement au cours de la grossesse. Bien que le nombre de femmes fumeuses diminue entre la période *ante-conceptionnelle* et le premier trimestre de gestation, la France est l'un des pays européens où le tabagisme gravidique est le plus élevé [3]. Par ailleurs, le tabagisme passif semble lui aussi important puisqu'au cours d'une étude menée en 2005, 52,9 % des femmes enceintes non fumeuses interrogées ont déclarées y être exposées [4].

Ainsi, près d'une femme sur quatre est sous dépendance tabagique au moment de la naissance de son enfant. Or, l'exposition aux multiples substances toxiques, contenues dans la cigarette et la fumée qui s'en dégage, n'est pas sans conséquences au cours de la grossesse.

2. Toxicité du tabagisme gravidique : substances et mécanismes.

Sept milles produits toxiques émanent d'une cigarette, dont certains affectent directement le développement fœtal en cas d'exposition *in utero* à un tabagisme maternel actif ou passif.

La nicotine est la principale substance responsable de la dépendance. Délivrée sous forme de « shoot » lors de la consommation de tabac, elle gagne le cerveau en sept à dix secondes, se fixe sur les récepteurs à l'acétylcholine et les stimule, principalement dans les zones dédiées au plaisir, à la récompense et à la régulation du stress. La stimulation des récepteurs entraîne une dépendance pharmacologique de l'organisme à cette substance. Une dépendance psychique s'installe également, puisque la nicotine induit à la fois un renforcement positif et négatif des émotions [5]. De plus, elle engendre des répercussions sur le système vasculaire. L'augmentation brusque de sa concentration au cours de la combustion du tabac entraîne une vasoconstriction artérielle. Au cours de la grossesse, ce phénomène gagne le versant fœtal : la perfusion placentaire se trouve réduite par vasoconstriction des vaisseaux utérins [6]. La nicotine franchit la barrière placentaire, passe dans le sang fœtal et le liquide amniotique, et provoque une tachycardie fœtale jusqu'à vingt-cinq minutes après la combustion d'une cigarette [7].

Le développement du fœtus se trouve ainsi affecté, d'autant plus que le monoxyde de carbone (CO) vient s'y ajouter. Fortement présent dans la fumée de cigarette, ses conséquences sur le développement fœtal sont évidentes. Il entre en compétition avec l'oxygène au niveau de l'hémoglobine puisque son affinité pour cette dernière, chez le fœtus, est 400 fois supérieure à celle de l'oxygène. Le CO se fixe donc préférentiellement sur l'hémoglobine, créant ainsi de la carboxyhémoglobine (HbCO). Le taux d'HbCO est plus élevé chez le fœtus que chez la mère, d'environ 10 à 15 %. La quantité d'oxygène disponible est donc réduite, ce qui induit une situation d'hypoxie chronique. Souvent

relativement bien tolérée par l'organisme maternel qui y est habitué, l'hypoxie chronique est en revanche néfaste pour le cerveau fœtal mais aussi pour le développement global de l'enfant [6].

Parmi les autres composants susceptibles de nuire à un développement fœtal harmonieux, on retrouve notamment la cotinine et le cadmium. La cotinine est le principal métabolite de la nicotine. Ses effets sur les paramètres néonataux (poids, taille et périmètre crânien) sont prouvés. Il existe une corrélation étroite entre la diminution de ceux-ci et le dosage de cotinine. Ce dernier peut aussi mettre en évidence l'exposition à un tabagisme passif. En effet, la cotinine persiste jusqu'à quelques jours dans les urines et plusieurs mois dans les cheveux. Le méconium d'un nouveau-né exposé à un tabagisme passif en contient également. La croissance fœtale est aussi altérée par la présence de cadmium, métal lourd qui capte le zinc essentiel à la croissance cellulaire. Celui-ci se trouve donc en quantité insuffisante chez la femme enceinte fumeuse, tout comme les folates et la vitamine B 12 [7].

Les mécanismes physiopathologiques d'altération du développement et du bien-être fœtal en présence d'un tabagisme maternel, actif ou passif, sont bien connus. Le tabagisme gravidique est donc source de complications évidentes au cours de la grossesse.

3. Conséquences au cours des deux derniers trimestres de la grossesse.

Le risque de survenue de certaines pathologies materno-fœtales est augmenté chez les femmes enceintes fumeuses, et ce d'autant plus qu'il est dose-dépendant.

Le tabagisme gravidique multiplie le risque de pathologies placentaires, qu'il s'agisse d'anomalies d'insertion (deux à trois fois plus fréquentes), de décollements marginaux ou d'hématomes rétroplacentaires. 25 % de ces derniers seraient dus au tabagisme. Ces conséquences sont secondaires à la vasoconstriction induite par les « shoots » de nicotine et à l'augmentation du taux d'HbCO [8]. De plus, en filtrant les toxiques véhiculés par le tabac, le placenta subit un vieillissement prématuré, altérant les échanges materno-fœtaux.

Du fait notamment de ces anomalies placentaires, le risque relatif (RR) de survenue d'un Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) chez les femmes enceintes fumeuses est deux à trois fois plus élevé que chez les femmes non fumeuses. Le tabagisme gravidique est en effet une cause avérée de RCIU d'origine toxique. Plusieurs facteurs perturbent la croissance fœtale : épisodes de vasoconstriction secondaires aux shoots de nicotine inhalée, hypoxie chronique par formation d'HbCO, accumulation de cadmium et carence en zinc. Il existe une relation directe entre la consommation de cigarettes et la diminution du poids et de la taille de naissance. Celle-ci est significative et directement dépendante du degré d'intoxication tabagique [9]. L'exposition à un tabagisme passif dans la seconde partie de la grossesse est également associée à une diminution du poids de naissance [4].

La fréquence accrue de faibles poids de naissance chez les enfants exposés au tabagisme actif ou passif est indépendante de la survenue d'un accouchement prématuré, bien que celui-ci soit également plus important chez les femmes enceintes fumeuses (risque multiplié par deux). Lorsque le tabagisme n'est pas poursuivi au delà du premier trimestre de grossesse, le RR de prématurité diminue à 1,6. [8].

De même, le risque de rupture prématurée des membranes (RPM) est deux fois plus important chez une patiente fumeuse [8]. Ce RR passe à trois avant 34 semaines d'aménorrhée. Trois facteurs différents, mais pouvant être cumulatifs, expliquent ce taux accru de RPM et, *a fortiori*, d'accouchement prématuré. Tout d'abord, le tabagisme induit une augmentation locale de la concentration en PAF (Patelet Activating Factor), augmentant la concentration de prostaglandines au niveau des membranes fœtales et engendrant ainsi des contractions utérines. De plus, la diminution de l'oxygénation de ces membranes et de la concentration en vitamine C, essentielle à la synthèse du collagène, entraîne leur fragilisation. Enfin, on constate une augmentation de la prévalence des chorioamniotites et des vaginoses bactériennes chez les femmes fumeuses, pouvant provoquer une RPM ou une menace d'accouchement prématuré (MAP) [7]. L'immunodépression, systémique et locale, induite par le tabagisme, favorise en effet la survenue de ces infections.

De nombreuses anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) sont aussi imputables au tabagisme gravidique. La nicotine provoque une tachycardie fœtale tandis que l'hypoxie chronique altère l'ensemble des paramètres d'analyse du RCF [8]. La survenue de ces anomalies est proportionnelle au degré d'intoxication tabagique. Pour un taux de CO

compris entre six et dix Particules Par Million de particules d'air expiré (ppm), le pourcentage de RCF anormaux est multiplié par 2,5.

Enfin, le tabagisme gravidique est responsable d'une augmentation du nombre de morts fœtales *in utero*, principalement au cours du troisième trimestre et notamment en raison de l'augmentation des anomalies placentaires et des RCIU. 7,5 % de ces décès sont directement liés au tabagisme [9].

Malgré un lien de causalité indiscutable entre le tabagisme gravidique et l'ensemble de ces pathologies, certains de ces effets délétères sont rapidement réversibles à l'arrêt du tabagisme. Celui-ci doit donc être largement encouragé.

4. Prise en charge du tabagisme gravidique.

L'arrêt du tabagisme est bénéfique quel que soit le terme auquel il a lieu. Ainsi, il est nécessaire de proposer aux femmes enceintes une aide au sevrage tabagique tout au long de leur grossesse.

Une prise en charge psychologique et / ou comportementale est à mettre en place en première intention dans le cadre du sevrage tabagique chez la femme enceinte [10]. En premier lieu, le conseil minimal, « fumez-vous ? » et « souhaitez-vous arrêter de fumer ? », doit permettre d'évaluer la motivation des femmes à arrêter de fumer et introduire des informations sur les outils d'aide au sevrage tabagique, à l'aide de dépliants. Le conseil minimal s'inscrit dans le cadre d'une intervention brève mais permet néanmoins de doubler le taux d'arrêt spontané du tabagisme. L'entretien motivationnel, plus construit, doit transmettre des messages d'encouragements à l'arrêt du tabac, avec empathie et sans culpabiliser les femmes.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont aussi largement utilisées chez les femmes enceintes. Basées sur une coopération et une alliance thérapeutique entre le soignant et la patiente, elles s'orientent vers une dimension éducative. Tout en s'appuyant sur une approche scientifique, elles donnent aux femmes des moyens pour atteindre leurs objectifs. Enfin, puisque l'arrêt du tabac peut révéler un éventuel état anxio-dépressif, il est indispensable de le dépister préalablement et d'orienter les patientes vers

un psychologue si nécessaire. Lorsque la prise en charge psychologique et / ou comportementale s'avère insuffisante pour initier ou maintenir un sevrage tabagique, il est alors possible de proposer une prise en charge pharmacologique de la dépendance [8].

Cette dernière repose sur l'utilisation de traitements substitutifs nicotiques (TSN). Depuis 1997, ces traitements possèdent une autorisation de mise sur le marché pour la femme enceinte. Ils se présentent sous différentes formes galéniques (patchs transdermiques et formes orales) [11]. Leur prescription doit être précédée d'une évaluation du degré d'imprégnation et de dépendance tabagique, afin d'adapter au mieux leur dosage. L'imprégnation peut être appréciée par la mesure du taux de monoxyde de carbone expiré, excellent marqueur du tabagisme. Il existe en effet une corrélation significative entre le taux de CO expiré et le taux d'HbCO sérique maternel [8]. Le CO testeur, outil simple permettant de réaliser cette mesure (annexe I), objective instantanément l'intoxication et permet une réelle prise de conscience, pour la femme, de l'importance de son tabagisme.

La dépendance à la nicotine est aussi évaluée grâce au test de Fagerström (annexe II). Les TSN permettent de maintenir une concentration stable et continue de nicotine dans l'organisme, à des doses infiniment plus basses que celles obtenues avec la cigarette. Ils n'ont pas l'effet spastique artériel de la nicotine gazeuse et évitent l'exposition aux autres substances toxiques, dont le CO. Chez la femme enceinte, les formes orales peuvent être utilisées seules, en cas de faible dépendance nicotinique, ou associées aux patchs. Ces derniers seront préférentiellement utilisés sur seize heures pour ne pas maintenir de substitution nocturne. Un TSN, correctement dosé, permet de réduire les effets indésirables liés au syndrome de manque et augmente donc les chances de réussite du sevrage [12].

Une prise en charge adaptée au cours d'un suivi régulier est donc indispensable à la réussite du sevrage tabagique. Autorisées à prescrire des TSN à leurs patientes depuis 2005, les sages-femmes ont une place importante à prendre dans la prise en charge des femmes enceintes fumeuses.

Pendant la grossesse, 53 % des femmes consultent au moins une fois une sage-femme. Très souvent, la question du tabagisme gravidique est abordée au cours des consultations prénatales, durant lesquelles le conseil minimal doit être systématiquement délivré et les coordonnées d'un médecin ou d'une sage-femme tabacologue remises [1][8]. Les sages-femmes appliquent-elles ces recommandations lors du suivi de grossesse ?

Lorsqu'une hospitalisation pour grossesse pathologique survient, les sages-femmes sont à nouveau les interlocuteurs privilégiés des femmes enceintes dans le service où elles séjournent. Comment prennent-elles alors en charge le tabagisme gravidique de leurs patientes ? Une aide systématique est-elle apportée aux femmes enceintes fumeuses à l'hôpital pour les aider à mieux gérer leur consommation ?

Une hospitalisation au cours de la grossesse est certainement source de stress pour les femmes et induit un certain isolement affectif. Puisque la nicotine a un rôle renforçateur psychologique positif, elle aide à gérer les émotions négatives, notamment le stress. Ainsi, la consommation des femmes augmente-t-elle au cours de leur séjour à l'hôpital, suite au stress lié à l'annonce du diagnostic ? *A contrario*, une hospitalisation peut-elle avoir un impact positif sur la consommation de tabac ?

Si le tabagisme actif des femmes enceintes doit être pris en charge, un potentiel tabagisme passif ne doit pas être négligé, notamment émanant du conjoint. Si la connaissance du statut tabagique de ce dernier est accessible aux professionnels de santé, on ignore en revanche très souvent l'influence de la grossesse sur sa consommation et celle de son comportement tabagique sur celui de sa compagne.

L'objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux sur la prise en charge du tabagisme gravidique, de manière générale au cours de la grossesse, et plus particulièrement par les sages-femmes au cours d'une hospitalisation pour pathologie maternelle et / ou fœtale. Des facteurs susceptibles d'influencer la consommation de tabac, positivement ou négativement, ont également été recherchés.

MATÉRIEL & MÉTHODE

1. Problématique.

Le tabagisme gravidique est-il suffisamment pris en charge au décours des hospitalisations pour grossesse pathologique ?

2. Objectifs.

2.1. Principal

L'objectif principal de l'étude était d'apprécier les moyens mis en œuvre par les sages-femmes pour contribuer à la prise en charge du tabagisme des patientes hospitalisées pour pathologie gravidique.

2.2. Secondaires

L'étude visait ensuite à déterminer l'impact d'une hospitalisation au cours de la grossesse sur la consommation de tabac des femmes.

Elle cherchait aussi à connaître l'influence du tabagisme du conjoint sur cette consommation ainsi que celle de l'information délivrée à propos des conséquences du tabagisme gravidique.

Enfin, la prise en charge du tabagisme antérieurement à l'hospitalisation a été analysée.

3. Hypothèses.

Les propositions d'aide au sevrage tabagique sont inconstantes au cours des hospitalisations. Elles sont principalement formulées auprès des femmes dont la consommation apparaît comme importante.

L'implication des sages-femmes à ce sujet est faible à cause d'un manque de temps et de connaissances.

La délivrance d'une information quant aux dangers du tabagisme gravidique entraîne une réduction supplémentaire de la consommation des femmes enceintes.

Le statut tabagique du conjoint influence la consommation de la femme enceinte.

4. Présentation de l'étude.

4.1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective, menée au sein d'une maternité de niveau III (réalisant environ 3000 accouchements chaque année), dans un service de Surveillance Intensive de Grossesse (SIG).

L'étude était donc monocentrique et a duré trois mois et demi. Elle a débuté le 12 Août 2013 et s'est achevée le 1^{er} Décembre 2013.

Deux questionnaires ont été rédigés : l'un destiné aux patientes hospitalisées au SIG, l'autre aux sages-femmes qui y exerçaient durant la période de l'étude. L'enquête était anonyme et fondée sur le déclaratif des populations étudiées.

4.2. Populations concernées

4.2.1. Patientes

Les patientes incluses dans cette étude étaient celles hospitalisées au SIG, durant la période citée, sans restriction sur le terme de la grossesse, la pathologie à l'origine de l'hospitalisation, la durée de celle-ci, ni sur le statut tabagique, ceci dans le but de savoir si chaque femme a été interrogée au moins une fois au cours de sa grossesse sur ce dit statut.

Ont été exclues de l'étude les expectantes (maturations pour dépassement de terme ou pathologie maternelle et / ou fœtale, rupture des membranes à terme) et les patientes hospitalisées dans le service en vue d'une interruption médicale de grossesse ou prises en charge pour une mort fœtale *in utero*. En effet, il apparaissait difficile d'interroger ces dernières au cours d'une telle épreuve, sans entraîner chez elles un sentiment de culpabilité. Ont été exclues également les patientes analphabètes ou ne parlant pas français.

4.2.2. Sages-femmes

Les sages-femmes incluses étaient celles exerçant au sein du SIG au cours des trois mois durant lesquels l'étude a été menée. Celle-ci a porté uniquement sur les pratiques des sages-femmes et leurs connaissances, en excluant tout autre personnel soignant du service (gynécologue – obstétricien, aide soignante ...). Outre le critère d'inclusion basé sur l'exercice de la profession au sein du SIG pendant la durée de l'étude, il n'y avait aucun autre critère d'exclusion.

5. Outils.

5.1. Questionnaires et critères de jugement

Le questionnaire destiné aux patientes (annexe III) comprenait trois parties : la première demandait des informations générales, la deuxième portait sur la consommation tabagique des femmes avant leur hospitalisation et la dernière était axée sur les changements survenus à ce sujet depuis leur arrivée dans le service. Le questionnaire comportait trente huit questions : la majorité attendaient des réponses fermées. Il y avait dix questions ouvertes.

Le questionnaire proposé aux sages-femmes (annexe IV) était divisé en deux parties : l'une comprenant des informations générales et l'autre centrée sur leurs pratiques et connaissances en matière de prise en charge du tabagisme gravidique. Il y avait cinq questions ouvertes, le reste étant des questions fermées.

5.2. Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel. L'exploitation statistique a été réalisée à l'aide de celui-ci ainsi que par Epi Info 6 et Biostatgv. Les tests de Student et de Fisher ont été utilisés pour comparer des résultats. Les différences étaient significatives si la p-value était inférieure à 0,05.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population de patientes.

Cent trente cinq questionnaires destinés aux patientes ont été distribués au sein du SIG sur la durée de l'étude. Quatre n'ont pu être récupérés et un seul n'a pu être exploité, soit un taux de réponse de 96,3 %. Le recueil de données comportait donc les réponses de cent trente patientes.

1. Description des échantillons de patientes.

Les femmes fumeuses représentaient 30,8 % des patientes interrogées (n = 40 / 130). Parmi elles, six avaient arrêté de fumer avant d'être hospitalisées (entre le début de grossesse et le troisième mois). La population générale comptait donc 26,2 % de femmes ayant poursuivi leur consommation de tabac au delà du premier trimestre de grossesse (n = 34). Les caractéristiques des patientes ont été détaillées dans le tableau I.

Tableau I : Comparaison des échantillons de patientes

	Patientes non fumeuses	Patientes fumeuses
Proportion	90 / 130	40 / 130
Moyenne d'âge	29,8	27,7
Gestité	2	2
Parité	0	0
Antécédents obstétricaux		
Grossesse extra-utérine	1	0
Interruption médicale de grossesse	3	0
Fausse couches (précoces ou tardives)	30	11
Age gestationnel au moment du remplissage (SA)	28,4	28,1
Pathologies à l'origine de l'hospitalisation (%)		
MAP	46,7	37,5
RPM	11,1	20
RCIU	7,8	17,5
Métrorragies	8,9	10
Pathologies hypertensives	4,4	5
Autres	22	20

La catégorie « autres » comprenait des motifs d'hospitalisation moins fréquemment rencontrés (vomissements gravidiques, diabète, diminution des mouvements actifs fœtaux, accidents de la voie publique ...). Notons que certaines femmes étaient hospitalisées pour plusieurs motifs.

2. Détermination du statut tabagique des femmes.

Au cours de la grossesse, 83,1 % des patientes ont été interrogées au moins une fois sur leur statut tabagique (n = 108 / 130). 16,9 % des patientes n'ont jamais été questionnées à ce sujet (n = 22), dont une fumeuse.

Dans 74 % des cas, la question a été soulevée par une sage-femme (n = 80 / 108). Dans 63,9 % des cas (n = 69 / 108), c'est un gynécologue qui a abordé le sujet. 44,4 % des patientes (n = 48 / 108) ont été interrogées par une sage-femme et par un gynécologue obstétricien.

La question a été posée aux femmes en début de grossesse dans 61,5 % des cas (n = 80 / 130). 24,6 % des patientes ont été interrogées en début de grossesse puis réinterrogées au cours de la grossesse. Parmi elles, 34,4 % étaient fumeuses (n = 11 / 32).

II. Données relatives au tabagisme antérieur à l'hospitalisation.

1. Âge de début.

En moyenne, les femmes interrogées ont commencé à fumer à l'âge de quinze ans.

2. Tentatives d'arrêt.

Par le passé, 57,5 % des femmes avaient déjà essayé d'arrêter de fumer (n = 23 / 40). Dans 43,5 % des cas (n = 10 / 23), l'arrêt avait eu lieu au cours d'une grossesse.

Pour 52,2 % des femmes (n = 12 / 40), l'arrêt avait eu lieu sans l'aide d'un professionnel ni d'un traitement.

Des TSN ont été utilisés par 21,7 % des patientes, sur les conseils d'un professionnel de santé.

3. Évolution de la consommation des femmes.

Avant la grossesse, les patientes ont consommé en moyenne 13,4 cigarettes par jour. Au cours de la grossesse, elles ont fumé en moyenne 5,4 cigarettes par jour. La consommation de tabac a diminué de 59,7 %.

La répartition des patientes selon leur consommation, avant et pendant la grossesse, est indiquée dans la figure 1.

Par ailleurs, 85 % d'entre elles ont déclaré fumer exclusivement des cigarettes industrielles.

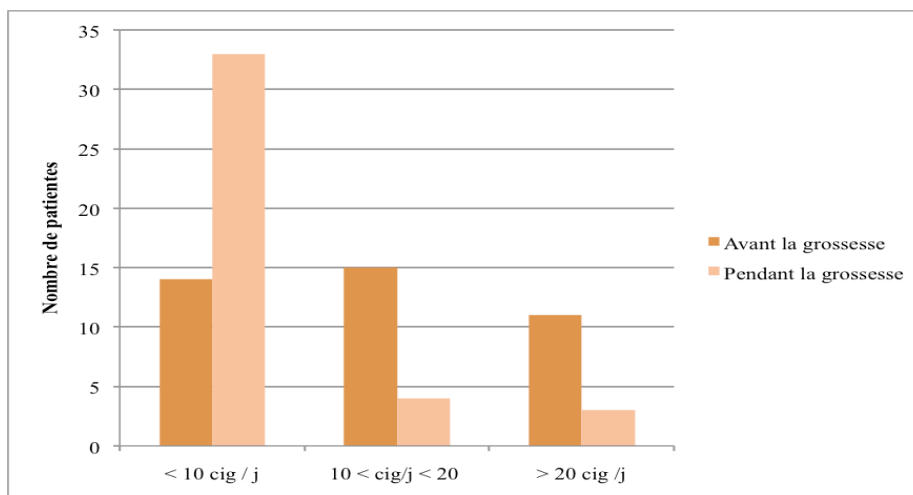


Figure 1. Répartition des patientes selon leur consommation.

4. Instauration des changements.

Spontanément, 82,5 % des femmes ont diminué leur consommation de tabac au cours de la grossesse (n = 33 / 40). 10 % ont utilisé un TSN pour réduire leur consommation, et sur les conseils d'un professionnel de santé pour les ¾ d'entre elles.

5. Ressenti des femmes.

Ce tabagisme gravidique rendait mal à l'aise 20 % des femmes fumeuses ou ayant fumé au cours de la grossesse (n = 8 / 40), à tel point que celles-ci n'avaient pas osé dévoiler leur réelle consommation de tabac aux professionnels de santé.

6. Statut tabagique du conjoint.

6.1. Données relatives à sa consommation et à celle des femmes

Parmi les 40 femmes fumeuses ou ayant fumé au cours de la grossesse, 85 % avaient un conjoint fumeur (n = 34). 38,5 % des patientes ont déclaré que la diminution du tabagisme de leur conjoint les avait incitées à diminuer le leur (n = 5 / 13). Leur consommation a été détaillée dans le tableau II.

Tableau II. Modification de la consommation de tabac des femmes enceintes en fonction du tabagisme du conjoint.

	Conjoints ayant diminué leur consommation pendant la grossesse	Conjoints dont la consommation est inchangée pendant la grossesse
Proportion	13	21
Pourcentage	38,2	61,8
Influence sur la consommation de la femme enceinte		
Consommation des femmes avant la grossesse (cig / j)	12,7	14,8
Écart-type	5,2	5,7
Consommation des femmes pendant la grossesse (cig / j)	3,2	7,3
Écart-type	1,8	5,5
Diminution (%)	74,9	50,7

La moitié des femmes ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse (n = 3 / 6) avaient un conjoint fumeur qui avait spontanément diminué sa consommation à cette période. Aucun conjoint n'avait totalement arrêté de fumer pendant la grossesse de sa compagne et 35,3 % d'entre eux ont continué à fumer dans le logement (n = 12 / 34).

6.2. Comparaison

La différence quant à la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse, dans les deux groupes (conjoints ayant diminué leur consommation versus conjoints dont la consommation restait inchangée), était non significative (p = 0, 087).

7. Information reçue à propos du tabagisme gravidique.

7.1. Modalités d'information

Une information relative au tabagisme de la femme enceinte a été donnée à 67,5 % des patientes fumeuses ou ayant fumé au cours de la grossesse (n = 27 / 40).

Parmi les femmes n'ayant reçu aucune information à ce sujet, on comptabilise les six femmes ayant arrêté de fumer au cours de leur grossesse. Six femmes fumeuses n'ont reçu aucune information à ce propos.

Cette information est délivrée en début de grossesse dans 59,3 % des cas (n = 16 / 27) et renouvelée une fois sur deux pendant la grossesse.

7.2. Contenu de l'information

Les informations délivrées aux patientes à propos des dangers du tabagisme gravidique concernaient principalement le retentissement sur la croissance fœtale (RCIU et « petit poids de naissance »). De manière générale, les patientes ont retenu que cela était dû à une « mauvaise oxygénation » du fœtus. La prématurité et les éventuelles malformations fœtales ont aussi été évoquées.

7.3. Impact sur la consommation des femmes

Les femmes ayant reçu une information sur les conséquences du tabagisme gravidique ont diminué de 57 % leur consommation de cigarettes pendant la grossesse, contre 65,6 % de diminution pour les femmes n'ayant pas reçu d'information à ce propos. Ces changements sont exposés dans la figure 2.

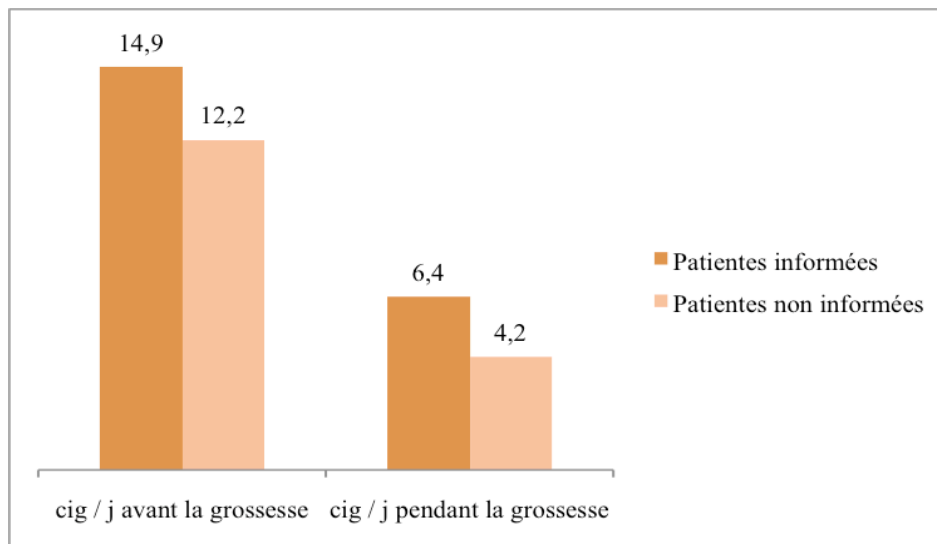


Figure 2. Modification de la consommation de tabac des femmes en fonction de l'information reçue.

La différence entre les deux groupes était non significative ($p = 0,195$). L'hypothèse, selon laquelle l'information délivrée aux patientes quant aux dangers du tabagisme induit une réduction plus importante de la consommation de tabac, a été rejetée.

8. Propositions d'aide au sevrage tabagique.

Une aide au sevrage tabagique a été proposée à 42,5 % des femmes ($n = 17 / 40$) avant leur hospitalisation au SIG. Vingt-deux femmes n'ont reçu aucune proposition d'aide à ce sujet. Parmi elles, on comptait les six femmes ayant arrêté de fumer au cours de leur grossesse. 40 % des femmes fumeuses ($n = 16 / 40$) n'ont pas reçu de proposition d'aide au sevrage tabagique au cours de la grossesse, avant d'être hospitalisées.

Dans 70,6 % des cas ($n = 12 / 17$), les propositions d'aide ont été formulées par les sages-femmes. Une consultation de tabacologie a été proposée à 82,3 % des patientes pour les aider à réduire ou arrêter leur consommation de tabac. L'usage des TSN a été abordé auprès de 58,8 % des patientes ($n = 10$). Dans deux cas, cet usage a été proposé sans l'intervention d'un médecin tabacologue.

III. Évolution du tabagisme au cours de l'hospitalisation.

Six patientes sur quarante avaient arrêté de fumer avant d'être hospitalisées. Trente-quatre patientes consommaient du tabac quotidiennement au moment de leur hospitalisation, soit 26,2 % des femmes.

1. Évolution de la consommation de tabac au cours de l'hospitalisation.

1.1. Consommation quotidienne

Aucune des patientes interrogées n'avait augmenté sa consommation de tabac au cours de l'hospitalisation. 85,3 % d'entre elles l'avaient diminuée.

Les patientes ont fumé en moyenne 2,6 cigarettes par jour (écart-type = 3,8) à cette période.

1.2. Modalités de modification

Parmi les patientes dont la consommation a diminué au cours de l'hospitalisation, 65,5 % (n = 19 / 29) ont attribué cela au fait qu'il faille rester au repos et limiter autant que possible les déplacements.

Pour 48,3 % des patientes (n = 14 / 29), ce sont les circonstances globales de l'hospitalisation qui les ont incitées à réduire leur consommation de tabac.

La diminution de la consommation était due aux contraintes imposées par la situation pour 17,2 % des femmes (n = 5 / 29).

1.3. Difficultés rencontrées par les patientes

Six patientes sur trente-quatre ont éprouvé des difficultés à gérer leur consommation de tabac au cours de l'hospitalisation, soit 17,6 %. Quatre de ces six femmes étaient hospitalisées pour MAP et deux pour RPM. Ces patientes ont fumé en moyenne 1,7 cigarettes par jour pendant leur séjour au SIG alors que les patientes n'ayant pas rencontré ces difficultés ont fumé en moyenne deux cigarettes par jour.

2. Évaluation par les patientes de l'impact du tabagisme sur leur pathologie.

Pour 17,6 % des patientes (n = 6 / 34), le tabagisme gravidique pouvait avoir un impact sur la pathologie à l'origine de leur hospitalisation.

D'après 29,4 % des femmes (n = 10 / 34), leur tabagisme n'influe pas sur la pathologie pour laquelle elles étaient hospitalisées. Parmi elle, quatre étaient surveillées pour RCIU et une pour MAP.

Enfin, 52,9 % des patientes (n = 18 / 34) ont déclaré ne pas savoir si leur tabagisme pouvait avoir joué un rôle dans la survenue de leur pathologie gravidique.

3. Propositions d'aides au sevrage tabagique.

3.1. Interventions des professionnels de santé

Une patiente sur deux n'a pas reçu de proposition d'aide au sevrage tabagique pendant son séjour au SIG.

Parmi celles-ci, 41,2 % ne consommaient plus de tabac depuis leur arrivée dans le service (n = 7 / 17). Les autres consommaient en moyenne 3,3 cigarettes par jour (écart-type = 2,4) et deux d'entre elles auraient aimé recevoir de l'aide pour gérer leur dépendance au cours de l'hospitalisation.

Dans 64,7 % des cas, le sujet a été abordé par une sage-femme (n = 11 / 17). Dans trois cas, la question a été soulevée par un gynécologue – obstétricien.

3.2. Aides proposées

Lorsque la question du tabagisme a été soulevée au cours du séjour à l'hôpital, des aides au sevrage ont été proposées à la quasi totalité des patientes (n = 15, soit 88,2 %).

Une consultation de tabacologie a été proposée à 66,7 % des femmes (n = 10 / 15). L'utilisation d'un TSN a été évoquée dans 73,3 % des cas.

3.3. Comparaison des propositions faites par rapport à la consommation

Les patientes ayant reçu des propositions d'aide au sevrage tabagique au cours de leur séjour au SIG (n = 15) fumaient en moyenne 3,5 cigarettes par jour durant cette période (écart-type = 5). Celles n'ayant pas reçu de proposition de prise en charge de leur tabagisme ont consommé en moyenne deux cigarettes par jour au cours de l'hospitalisation (écart-type = 2,5).

La différence entre les deux groupes est non significative (p = 0,315) : les patientes auxquelles des aides ont été proposées ne consommaient pas plus de tabac que les autres.

IV. Connaissances et pratiques des sages-femmes du service.

Vingt et un questionnaires relatifs aux pratiques et connaissances des sages-femmes en matière de prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ont été distribués. Seul un n'a pu être exploité, soit un taux de réponse de 95,2 %.

1. Profil des sages-femmes ayant participé à l'étude.

La moyenne d'âge des sages-femmes, exerçant au sein du SIG au cours des mois où a été menée l'étude et ayant répondu au questionnaire, était de 36 ans (écart-type = 10,1). En moyenne, elles exerçaient leur profession depuis 13 ans.

Une sur cinq était fumeuse.

2. Formations initiale et continue.

Au cours de leurs études, 45 % des sages-femmes (n = 9 / 20) ont reçu une formation relative à la prise en charge du tabagisme gravidique. Une sur dix avait ensuite suivi une formation continue à ce sujet.

3. Modalités de prise en charge.

3.1. Dépistage du tabagisme des femmes

80 % des sages-femmes ont déclaré aborder le sujet du tabagisme gravidique au moins une fois auprès de chaque patiente rencontrée. Dans 55 % des cas, c'est au cours d'une consultation (programmée ou en urgence) que le statut tabagique des femmes est identifié. 70 % des sages-femmes ont déclaré aborder la question également au cours des hospitalisations.

3.2. Information

75 % des sages-femmes ont affirmé expliquer aux patientes les dangers du tabagisme gravidique. Les complications qu'elles exposaient étaient liées au RCIU (« *altération des échanges materno-fœtaux, petit poids de naissance* ») et au syndrome de manque chez le nouveau-né à la naissance. Les troubles respiratoires dans la petite enfance ont parfois été évoqués.

3.3. Aides proposées

95 % des sages-femmes (n = 19 / 20) ont déclaré adresser les patientes vers une consultation spécialisée de tabacologie pour la prise en charge de leur tabagisme.

75 % des sages-femmes (n = 15 / 20) interrogées n'ont jamais proposé uniquement un TSN à leurs patientes : cette proposition était systématiquement associée à celle d'une consultation de tabacologie.

4. Évaluation du rôle de la sage-femme en matière de sevrage tabagique.

4.1. Capacités de prise en charge

85 % des sages-femmes (n = 17 / 20) ont déclaré connaître le conseil minimal et 70 % d'entre elles (n = 12 / 17) déclaraient l'appliquer auprès des patientes. Le tableau III indique la fréquence de son application.

Tableau III. Application des rubriques du conseil minimal par les sages-femmes.

Conseil minimal	Pourcentage d'application systématique
Fumez-vous ?	75
Avez-vous modifié votre consommation de tabac depuis que vous êtes enceinte ?	75
Quelle est votre consommation quotidienne de tabac ?	80
Fumez-vous du cannabis ?	45
Est-ce que votre conjoint fume ?	25
Souhaitez-vous arrêter de fumer ?	40

35 % des sages-femmes ont affirmé prescrire des TSN aux femmes enceintes.

4.2. Obstacles à la prise en charge

Aucune sage-femme du service ne se sentait capable de prendre en charge seule le sevrage tabagique d'une patiente.

Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont déclaré que leur manque de connaissances était le principal obstacle à la prise en charge du tabagisme gravidique de leurs patientes (n = 16, soit 80 %). Ce manque de connaissances concernait les nomenclatures des TSN et le dosage à proposer en fonction de la dépendance des femmes.

90 % des sages-femmes n'ont pas connaissance du forfait de 150 euros dédié au remboursement des TSN pour les femmes enceintes.

Pour 45 % des sages-femmes (n = 9), le manque de temps était également un frein important dans la prise en charge. La peur de l'échec et le manque d'intérêt intervenaient à hauteur de 5 %. Enfin, 10 % des sages-femmes interrogées ont déclaré que la prise en charge du tabagisme gravidique incombait plutôt aux spécialistes.

DISCUSSION

1. Synthèse des principaux résultats de l'étude.

Près de 17 % des femmes n'ont jamais été questionnées sur leur statut tabagique au cours de la grossesse et 40 % des femmes fumeuses n'ont reçu aucune proposition d'aide au sevrage tabagique avant d'être hospitalisées au SIG. De manière générale, les TSN, bien que conseillés par les professionnels de santé (à hauteur de 66 %), ont été peu utilisés par les femmes : 20 % environ s'en sont servies en dehors d'une grossesse, contre seulement 10 % pendant.

Malgré tout, la consommation de tabac a diminué de près de 60 % au cours de la grossesse. Cette diminution a pu être favorisée par un changement de comportement tabagique du conjoint. Cependant, un tiers d'entre eux ont exposé leur compagne à un tabagisme passif au cours de la grossesse. Quant à l'information délivrée aux femmes sur les dangers du tabagisme gravidique, il semblerait qu'elle n'ait pas entraîné de réduction plus importante de leur consommation de cigarettes.

Enfin, la majorité des femmes ont déclaré que leur consommation de tabac avait diminué au cours de l'hospitalisation. En revanche, les effets du tabagisme gravidique chez la femme enceinte étaient méconnus et celui-ci a été pris en charge de manière inconstante puisque 50 % des patientes hospitalisées n'ont reçu aucune proposition d'aide au sevrage tabagique au cours de leur séjour.

2. Limites et biais de l'étude.

2.1. Déclaratif des patientes

Cette étude était basée sur le déclaratif des femmes, comme la grande majorité des études menées sur le tabagisme. De ce fait, certaines données, notamment relatives à la consommation quotidienne de cigarettes, ont pu être volontairement sous estimées par les patientes.

2.2. Suivi antérieur à l'hospitalisation

La prise en charge du tabagisme gravidique par les sages-femmes et par les gynécologues – obstétriciens n'a pu être objectivement comparée puisque l'on ne savait pas si les femmes interrogées étaient suivies, en consultation prénatale, par l'un ou par l'autre de ces professionnels de santé.

2.3. Durée d'hospitalisation

Les hospitalisations courtes ne permettaient pas de juger de la délivrance d'une information correcte à propos du tabagisme féminin, ni d'une prise en charge adaptée. De même, la méconnaissance de la durée totale du séjour des femmes interrogées a pu biaiser les données relatives à la consommation quotidienne de tabac au cours de l'hospitalisation et à sa prise en charge par l'équipe soignante.

3. Points forts.

3.1. Participation des patientes

Malgré l'évocation d'un sujet potentiellement culpabilisant auprès des femmes enceintes, celles-ci ont manifesté leur intérêt à ce propos puisque le taux de réponses au questionnaire est de 96,3 %. L'effectif de patientes et de sages-femmes ayant participé à l'étude était celui espéré.

3.2. Validité de l'étude

L'étude a pu être interprétée puisque les caractéristiques générales des patientes, fumeuses et non fumeuses, étaient comparables. De plus, la prévalence des femmes fumeuses avant la grossesse était similaire à celle évoquée par les études nationales (30,8 % contre 30,5 % selon l'enquête nationale périnatale 2010), tout comme celle des femmes fumeuses au cours de la grossesse (26,2 % contre 24 % d'après le Baromètre Santé INPES 2010).

3.3. Comparaison à la pratique des sages-femmes

Bien que l'effectif des sages-femmes incluses dans l'étude soit faible, les interroger a permis de mettre en corrélation leurs pratiques avec les déclarations des patientes quant à la prise en charge du tabagisme gravidique. Leurs réponses au questionnaire ont également mis en évidence des points à améliorer à ce propos.

4. Analyse et discussion.

4.1. Caractéristiques des patientes : pathologies à l'origine des hospitalisations.

L'étude a recensé 17,5 % de patientes fumeuses hospitalisées pour RCIU, contre 7,8 % seulement des patientes non fumeuses. Malgré l'écart important constaté entre les deux populations, la différence s'est avérée être non significative, ceci à cause de la faiblesse des effectifs. Ces chiffres correspondaient malgré tout à ceux observés dans les études nationales. Dans la population générale, 8,5 % des grossesses sont marquées par un RCIU et cette pathologie concerne 17,7 % des grossesses lorsqu'un tabagisme maternel est poursuivi jusqu'au troisième trimestre.

Le tabagisme gravidique est un important facteur de risque de RCIU, pourtant modifiable et évitable [13]. Dans ces circonstances et compte tenu de la réversibilité des effets du tabac, les femmes enceintes fumeuses devraient être rapidement prises en charge à ce sujet afin d'améliorer le pronostic foetal. En effet, la perfusion placentaire s'améliore dès l'arrêt de l'intoxication tabagique et le risque de survenue d'un RCIU se normalise lorsque la mère arrête de fumer avant le troisième trimestre de grossesse.

Par ailleurs, le nombre de femmes fumeuses hospitalisées pour RPM était également supérieur à celui des femmes non fumeuses (20 % contre 11 %). La comparaison de ces pourcentages s'est également avérée non significative. Bien que la rupture des membranes fœtales soit, *a priori*, irréversible, prendre en charge le tabagisme des futures mères reste indispensable afin de ne pas augmenter le risque de survenue d'infections et d'accouchement prématuré.

4.2. Identification du statut tabagique

Près de 17 % des femmes ayant participé à l'étude ont déclaré ne jamais avoir été interrogées sur leur statut tabagique et deux tiers des femmes enceintes fumeuses n'ont été questionnées qu'une seule fois à ce sujet au cours de la grossesse. Pourtant, d'après les résultats de méta-analyses au sujet du tabagisme gravidique, l'identification du statut tabagique de la femme et le simple conseil minimal permettent de doubler le taux d'arrêt spontané [14]. Appliquer et renouveler ces pratiques simples auprès de chaque femme enceinte, mais aussi auprès de leurs compagnons, pourrait donc permettre d'augmenter le taux d'arrêt du tabagisme.

4.3. Influence du tabagisme du conjoint sur celui de sa compagne

Dans cette étude, aucun conjoint n'avait arrêté de fumer au cours de la grossesse de sa compagne. La grossesse et la présence d'enfants en bas âge sont des opportunités volontiers plus saisies par les femmes que par les hommes pour arrêter de fumer et l'arrivée d'un enfant est rarement évoquée par les hommes comme situation motivationnelle à une diminution de leur consommation de tabac [2] [15]. Cependant, l'étude a montré que la diminution du tabagisme du conjoint pendant la grossesse tendait à être un facteur influençant significativement la consommation de la femme enceinte fumeuse.

La consommation quotidienne de tabac des femmes enceintes a été comparée dans deux groupes : l'un dans lequel le tabagisme du conjoint avait diminué au cours de la grossesse, l'autre dans lequel la consommation du conjoint restait inchangée. Bien que la différence quant à la consommation de cigarettes des patientes au sein de ces groupes ne

soit pas significative, du fait des effectifs relativement faibles et d'un écart-type important dans le second groupe, on peut parler de tendance significative, puisque la p-value se situe entre 5 et 10 % ($p = 0,087$).

Le tabagisme du conjoint fait partie des éléments pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. Il a été constaté que les femmes enceintes qui arrêtaient de fumer avaient le plus souvent un conjoint non fumeur. *A contrario*, celles qui poursuivaient leur consommation avaient souvent un conjoint fumeur [15]. L'étude semble avoir confirmé ce dernier point puisque 85 % des femmes fumeuses avaient un conjoint fumeur.

Le comportement tabagique du compagnon influence donc le résultat des tentatives d'arrêt des femmes fumeuses et le sevrage tabagique de celui-ci augmente les chances d'arrêt de la femme enceinte. Pourtant, les deux tiers d'entre eux n'ont pas modifié leur consommation au cours de la grossesse et un tiers exposait même leur conjointe à un tabagisme passif. De ce fait, il paraîtrait essentiel d'informer le couple, et non uniquement la femme, sur les conséquences délétères d'un tabagisme gravidique, actif ou passif, chaque fois que l'occasion se présente, dans le but d'augmenter les chances de sevrage.

4.4. Influence de l'information délivrée sur la consommation des femmes

L'information médicale fait partie des facteurs influençant significativement l'arrêt du tabac pendant la grossesse [15]. L'étude n'a pas permis de mettre ce point en évidence. Informer les patientes sur les conséquences du tabagisme gravidique n'a pas eu l'effet escompté puisque, pour celles ayant reçu une information à ce sujet, la diminution de la consommation de tabac au cours de la grossesse était moindre. Ce constat paradoxal pouvait être traduit de deux manières. D'une part, on peut supposer que l'information a été délivrée, sélectivement, aux patientes dont la dépendance semblait plus importante, dans le but de les inciter à réduire davantage leur consommation de tabac ou à arrêter. D'autre part, si l'information a été donnée à chaque patiente, sans restriction, on peut alors considérer que celle-ci n'a pas été suffisante pour influencer significativement le sevrage.

Cette seconde constatation paraît plus appropriée puisque l'étude a également montré une méconnaissance des femmes enceintes quant aux dangers du tabagisme gravidique. Plus de la moitié des patientes ignoraient si leur tabagisme pouvait avoir des répercussions sur la pathologie à l'origine de leur hospitalisation et près de 15 %

affirmaient, injustement, qu'il était sans conséquences. Pourtant, 67,5 % d'entre elles avaient reçu une information à ce sujet, dont le contenu, malgré le peu de déclarations, est corrélé avec l'information que délivrent les sages-femmes. Ainsi les femmes interprètent-elles peut-être de manière erronée ces informations.

Au vu de ces résultats, on peut supposer que l'information délivrée aux patientes quant aux conséquences du tabagisme a été insuffisante et n'a pas assez mis en évidence ses dangers, à court et à long terme. De plus, les femmes enceintes fumeuses minimisent les risques du tabagisme gravidique : seul un tiers d'entre elles pensent que le tabagisme gravidique est dangereux pour leur enfant [15]. Il paraît donc primordial de délivrer une information plus complète aux patientes à ce sujet.

4.5. Évolution de la consommation de tabac des femmes au cours de la grossesse

La consommation de tabac des femmes enceintes a diminué de près de 60 % au cours de la grossesse. Leur consommation quotidienne était en moyenne de 5,4 cigarettes par jour. Ce chiffre correspond, étonnamment ou non, au mythe des « *cinq cigarettes par jour pendant la grossesse* », véhiculé pendant longtemps comme étant plus bénéfique que « *d'être stressée* » en arrêtant totalement de fumer [14]. Les femmes semblent malheureusement l'avoir retenu puisque une étude a montré que celles-ci jugeaient préférable, de manière significative, de diminuer leur consommation plutôt que de l'arrêter complètement [15].

Malgré cette diminution importante de la consommation de tabac, le taux de femmes enceintes fumeuses diminue de manière non significative entre le premier et le dernier trimestre de la grossesse (seulement moins 3 % de fumeuses) et la majorité des arrêts se produisent au cours du premier trimestre [8]. Les encouragements à l'arrêt du tabac doivent donc être renouvelés lors de chaque rencontre avec les professionnels de santé pour espérer voir ces chiffres changer.

4.6. Évolution de la consommation de tabac au cours de l'hospitalisation

D'après les résultats de l'étude, la consommation de tabac des femmes enceintes a diminué au cours de l'hospitalisation. L'environnement médical, non fumeur, et les circonstances de l'hospitalisation ont donc été propices à ce changement. Pour 65,5 % des femmes, celui-ci était lié en grande partie au fait qu'il faille se reposer, ce qui impliquait de limiter leurs allers et venues, notamment pour fumer. Implicitement, ces réponses ont permis de comprendre que, si les conditions obstétricales (contractions utérines, modifications cervicales ...) ont entraîné une réduction des déplacements, le rôle aggravant du tabac sur les pathologies ne semble pas avoir été clairement mentionné. Les femmes ont donc limité leurs déplacements, mais pas spécifiquement pour fumer, alors que cet acte, indépendamment de l'activité physique, peut majorer ces complications.

Par ailleurs, la diminution du tabagisme a été très peu vécue comme une contrainte imposée par l'hospitalisation. En revanche, pour 17,6 % des patientes interrogées, cette diminution a tout de même été relativement difficile à gérer : celle-ci a peut-être entraîné un syndrome de manque et été source de stress pour ces femmes. Ces constats illustrent à la fois l'envie et la difficulté éprouvées par les femmes lorsqu'il s'agit d'arrêter de fumer. Les aider dans cette démarche semble d'autant plus important qu'on ignore si cette diminution, amorcée au cours de l'hospitalisation, sera poursuivie à la sortie, si des aides ne sont pas mises en place.

4.7. Aides au sevrage tabagique

Il apparaît que les TSN ont été peu utilisés par les femmes enceintes lors de leurs tentatives d'arrêt antérieures à la grossesse, et encore moins au cours de celle-ci. Pourtant, chaque femme enceinte fumeuse dispose, par année civile, d'un remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique à hauteur de 150 euros. Certaines ignoraient peut-être cette mesure, qu'il serait judicieux de mentionner car elle inciterait probablement davantage de patientes à utiliser des TSN et à envisager un sevrage complet. Cependant, les sages-femmes elles-mêmes n'ayant pas toutes connaissance de cette aide mise en place par la Sécurité Sociale, l'information est peu diffusée, de ce fait, aux femmes enceintes alors qu'il pourrait s'agir d'un élément supplémentaire motivant à l'arrêt du tabac.

Par ailleurs, la réticence à l'utilisation des TSN par les femmes, surtout pendant la grossesse, pourrait peut-être venir d'une crainte quant à ses effets. Or, les TNS n'ont aucun effet tératogène ou fœtotoxique et ils évitent une exposition à toutes les autres substances toxiques contenues dans la cigarette [11]. Ainsi, rassurer les femmes à ce sujet et encourager leur utilisation, lorsqu'elle est nécessaire, pourrait être bénéfique.

4.8. Prise en charge du tabagisme gravidique par les sages-femmes.

4.8.1. Versant psycho-comportemental

Une femme sur cinq a affirmé avoir volontairement sous-déclaré sa consommation de tabac, pendant la grossesse, auprès des professionnels de santé, parce que cette situation la rendait mal à l'aise. Ainsi, 20 % des femmes éprouvaient donc de la culpabilité à fumer au cours de leur grossesse. Ce chiffre est supérieur à ceux énoncés par d'autres études, qui estiment que le pourcentage de sous-déclaration peut varier de 5 à 15 % mais il est communément admis que la consommation est sous-estimée, de manière générale [16] [17].

Il apparaissait important de mettre ce constat en évidence car il montre, d'une part, combien il est difficile d'avoir des données objectives quant au tabagisme gravidique, et d'autre part, l'importance du rôle que peuvent avoir les professionnels de santé à ce sujet, notamment les sages-femmes [10]. En effet, la relation établie entre ces dernières et leurs patientes est privilégiée et largement fondée sur la confiance : il serait intéressant que les sages-femmes mettent à profit cet atout pour inciter les femmes à s'exprimer librement sur ce sujet, sans craindre un quelconque jugement. Ce point souligne également toute l'importance d'une prise en charge psychologique et comportementale de la femme enceinte fumeuse, préalablement ou parallèlement au traitement pharmacologique. Il est indispensable de déculpabiliser, d'encourager et de motiver les patientes dans le changement de leur comportement tabagique.

4.8.2. Versant pharmacologique

Au cours de la grossesse, 74 % des patientes ont été interrogées sur leur statut tabagique par des sages-femmes. Celles-ci ont ensuite proposé des TSN à 71 % des femmes. La majorité des sages-femmes proposent donc des aides au sevrage lorsqu'elles ont dépisté un tabagisme gravidique.

La majorité des sages-femmes ont déclaré orienter leurs patientes vers une consultation de tabacologie et n'avoir jamais proposé l'utilisation d'un TSN sans mentionner cette consultation. Ceci est à mettre en lien avec le fait que les sages-femmes ont affirmé manquer de temps, d'une part, et de connaissances, d'autre part, pour prendre en charge elles-mêmes les femmes fumeuses.

On constate en effet que 55 % des sages-femmes ayant participé à l'étude n'ont reçu aucune formation relative à la prise en charge du tabagisme gravidique : s'en occuper seules s'avère donc être difficile. L'application inconstante du conseil minimal illustre ce fait : certaines questions le constituant sont en effet peu abordées, peut-être parce que les réponses à apporter à celles-ci en terme de prise en charge restent floues pour les sages-femmes qui n'ont pas bénéficié d'une formation suffisante à ce sujet.

Par ailleurs, évaluer la dépendance des femmes de manière exhaustive peut être très chronophage. Une première consultation de tabacologie dure en général plus d'une heure tandis que les consultations de suivi s'étendent sur une trentaine de minutes [10]. Or, les sages-femmes ne disposent pas toujours d'autant de temps pour chacune des patientes. Malgré tout, au cours des hospitalisations notamment, ce sont elles qui, majoritairement, effectuaient un dépistage à ce sujet et proposaient aux patientes une prise en charge adaptée.

5. Améliorations proposées.

5.1. Prise en charge du tabagisme en consultation prénatale

L'application systématique du conseil minimal auprès des femmes enceintes fumeuses est l'action indispensable pour amorcer la prise en charge du tabagisme gravidique. Un tiers des sages-femmes ont déclaré ne pas prodiguer constamment ce conseil, qui peut pourtant suffire à provoquer un processus de changement de comportement propice à l'arrêt du tabagisme.

De plus, une aide au sevrage doit être proposée lors de chaque consultation de suivi de grossesse. Si la personne effectuant ce suivi manque de temps ou de connaissances pour prendre en charge elle-même ce sevrage, il est nécessaire de remettre aux patientes les coordonnées d'un tabacologue. En effet, celles qui reçoivent les conseils de professionnels de santé ont deux fois plus de chances d'arrêter de fumer.

De plus, chacune devrait recevoir un dépliant expliquant les conséquences spécifiques du tabagisme gravidique. Ces informations écrites ne doivent pas remplacer une information orale mais la compléter. Insister sur les principaux dangers du tabagisme, en particulier lorsque le conjoint est présent, inciterait d'avantage le couple à l'arrêt du tabac. Aussi, il serait bon d'énoncer clairement les pathologies pouvant être induites ou majorées par le tabagisme gravidique, sans les minimiser.

Le discours des professionnels de santé ne doit pas, pour autant, être culpabilisant mais doit permettre une prise de conscience. Encourager et motiver à l'arrêt du tabac pendant la grossesse est primordial. Sur ce point, les professionnels de santé pourraient être aidés par l'utilisation d'un CO testeur. Outil simple et efficace, il permet d'objectiver l'intoxication tabagique des patientes et de leurs conjoints, mais aussi de constater les progrès réalisés par celles et ceux qui entreprennent un sevrage. Son utilisation au cours de chaque consultation de suivi de grossesse est vivement conseillée.

Ainsi, intégrer le suivi tabacologique aux consultations prénatales a permis, dans certains hôpitaux ayant réalisé un protocole de prise en charge, de diminuer de 5 % le nombre de femmes sous dépendance tabagique au moment de l'accouchement.

5.2. Prise en charge du tabagisme au décours d'une hospitalisation

Une femme fumeuse sur deux ne reçoit aucune proposition d'aide au sevrage tabagique au cours de son hospitalisation. Bien que l'environnement hospitalier semble inciter les femmes à réduire leur consommation de tabac, celle-ci n'est pas nulle et rien ne garantit que ce changement, instauré dans un cadre particulier, se poursuive au retour à la maison. De plus, certaines éprouvent parfois des difficultés à gérer leur consommation durant leur séjour.

La prise en charge du tabagisme gravidique s'impose donc au cours d'une hospitalisation, d'une part parce qu'il peut aggraver les pathologies pour lesquelles les femmes sont admises, et d'autre part parce qu'un syndrome de manque peut survenir à ce moment, majoré par le stress qu'engendre la situation.

Chaque patiente fumeuse devrait être questionnée à ce sujet dès son arrivée et recevoir, suivant ses souhaits, une aide au sevrage tabagique. L'utilisation du CO testeur serait, une fois encore, bénéfique, d'autant plus que la mesure du taux de CO pourrait être répétée quotidiennement. Une prise en charge de la dépendance pourrait être mise en place, dans un premier temps, par les sages-femmes du service, en se référant à un protocole simplifié, dans l'attente d'une aide spécifique par un tabacologue.

Enfin, quand bien même l'application d'un protocole permettrait de faire diminuer le nombre de femmes enceintes fumeuses, il paraît tout aussi important de former les professionnels de santé à la prise en charge du tabagisme gravidique, en particulier les sages-femmes, omniprésentes au sein des maternités et auprès des patientes dans les services de grossesses à haut risque.

5.3. Promouvoir un arrêt en *ante-conceptionnel*.

La plupart des études relatives au tabagisme gravidique évoquent ses conséquences au cours des deux derniers trimestres de la grossesse. Or, ses effets néfastes apparaissent dès le premier trimestre, notamment sur la vascularisation placentaire et sur la survenue de malformations fœtales.

L'hypoxie induite par le tabagisme maternel a des répercussions précoces sur la vascularisation placentaire. Les densités vasculaires, centrales et périphériques, du trophoblaste des femmes fumeuses sont augmentées, ce qui correspond à une réponse adaptative au manque d'oxygène [18].

Le tabagisme maternel est également responsable d'une augmentation, faible mais statistiquement significative, de certaines malformations survenant lors de l'organogénèse. Cela concerne principalement les fentes labio-palatines et les craniosténoses [8].

Pour ces raisons et pour réduire le risque de survenue de pathologies aux deuxième et troisième trimestres de grossesse, il serait bénéfique d'encourager les femmes au sevrage tabagique en *ante*-conceptionnel, d'autant plus que le tabagisme féminin est associé à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine et d'avortement spontané.

Enfin, notons que le tabagisme, féminin ou masculin, qu'il soit actif ou passif, altère la fécondité et la conception. Ces effets sont, une fois de plus, dose-dépendants et réversibles dès l'arrêt de l'intoxication tabagique. Débuter une grossesse sans tabac ne serait donc que profitable au couple.

CONCLUSION

Malgré les progrès réalisés en terme de prise en charge du tabagisme gravidique, celui-ci reste important et nombreux sont les points pouvant encore être améliorés. Le tabagisme est un facteur de risque avéré de pathologies materno-fœtales, pourtant évitable et réversible. L'arrêt du tabac est bénéfique à tout moment de la grossesse et doit être encouragé par l'ensemble des professionnels de santé périnatale, si possible dès la période *ante-conceptionnelle* afin que chaque femme puisse profiter d'une grossesse sans tabac.

Dans ce but, informer davantage les femmes enceintes sur les conséquences du tabagisme paraît essentiel à une réelle prise de conscience de ses dangers, encore largement minimisés. À ce sujet, il est tout aussi important de sensibiliser les futurs pères puisque leur comportement tabagique au cours de la grossesse est un facteur déterminant de la réussite du sevrage de leur compagne.

Chaque rencontre avec un professionnel de santé doit donc être l'occasion d'aborder le sujet du tabagisme au sein du couple et de lui proposer des aides au sevrage. La balance bénéfices / risques est favorable à l'utilisation des traitements pharmacologiques de la dépendance pendant la grossesse. Or, ils sont encore peu plébiscités par les femmes enceintes, pourtant plus vulnérables et sujettes au syndrome de manque.

Ce manque peut-être particulièrement présent lors d'une hospitalisation pour grossesse pathologique. À ce moment crucial de la grossesse, il est indispensable de proposer à chaque patiente fumeuse une aide au sevrage tabagique. Les sages-femmes sont impliquées à ce sujet au cours des hospitalisations mais manquent de temps et de connaissances pour suivre elles-mêmes les patientes. Elles orientent donc très souvent les femmes vers une consultation de tabacologie.

Pourtant, la tabacologie est aujourd'hui aussi affaire de sages-femmes. En effet, certaines élargissent leurs compétences générales en suivant une formation spécifique, dédiée à la prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes. Les sages-femmes tabacologues ont donc toute leur place au sein d'une maternité et particulièrement dans les services de grossesses à haut risque, pour assurer aux femmes enceintes un suivi tabacologique rapproché.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (page consultée le 17 Novembre 2013). Enquête nationale périnatale 2010, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
- [2] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (page consultée le 17 Novembre 2013). Le Baromètre Santé INPES 2010, [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
- [3] Europeristat. (page consultée le 17 Novembre 2013). European Perinatal Health Report : Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010, [en ligne]. <http://www.europeristat.com/>
- [4] Grangé G, L'Huillier JP, Borgne A et al. Tabagisme passif chez la femme enceinte. *Psychotr.* 2006 Jan ; 12 : 99 – 108.
- [5] Perriot J. Psychologie des fumeurs et comportements tabagiques. In : Perriot J. *Tabacologie*. Paris : Masson ; 1995 : 55 – 63.
- [6] Le Houezec J. Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? - Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005 Avr ; 34(HS1) : 182 – 193.
- [7] Delcroix M. *La grossesse et le tabac*. 4^{ème} éd. Paris : Que sais-je ; 2007.
- [8] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 22 Octobre 2013). Pregnancy and smoking, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/grossesse-et-tabac
- [9] Collet M, Beillard C. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? - Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance *in utero* ou de mort fœtale *in utero*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005 Avr ; 34(HS1) : 135 – 145.
- [10] Meier C. Substituts nicotiques et droit de prescription des sages-femmes. *La Revue Sage-Femme.* 2009 Nov ; 8 : 281 – 285.

- [11] Agence Nationale de Sécurité du Médicament. (page consultée le 18 Novembre 2013). Traitements de Substituts Nicotiniques et femme enceinte, [en ligne]. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Traitements-de-Substituts-Nicotiniques-TSN-et-femmes-enceintes>.
- [12] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 18 Novembre 2013). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere
- [13] Martinez M. Pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique dans un service de grossesses à haut risque. *La Revue Sage-Femme*. 2009 Nov ; 8 : 286 – 291.
- [14] Espiand-Marçais C, Quantin X, Thezenas S et al. Grossesse et tabac : pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique en consultation prénatale au CHU Arnaud-de-Villeneuve à Montpellier. *La Revue Sage-Femme*. 2009 Nov ; 8 : 271 – 276.
- [15] Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A et al. Le tabagisme gravidique. Étude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2009 Avr ; 38 : 155 – 160.
- [16] Pelle C, Cousin-Verlin C. Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum. *La Revue Sage-Femme*. 2009 Nov ; 8 : 292 – 298.
- [17] Bondel B. La santé périnatale : la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2009 Avr ; 38 : 103-105.
- [18] Van Oppenraaij RH, Koning AH, Van Den Hoff MJ et al. The effect of smoking on early chorionic villous vascularisation. *Placenta*. 2012 Août ; 33(8) : 645 – 651.

ANNEXES

ANNEXE I : CO TESTEUR



Après avoir pris une grande inspiration, la patiente retient son souffle pendant une quinzaine de secondes avant d'expirer lentement dans le CO testeur : le taux de CO expiré s'affiche instantanément, objectivant l'intoxication et la dépendance tabagique.

Taux de CO en ppm	Degré d'intoxication
De 0 à 5 ppm	Normal (pas d'intoxication)
De 5 à 9 ppm	Intoxication débutante : <ul style="list-style-type: none">- pollution atmosphérique- tabagisme passif +- tabagisme actif +
De 10 à 19 ppm	Intoxication importante : <ul style="list-style-type: none">- intoxication au CO +- tabagisme passif +++- tabagisme actif ++
Au-delà de 20 ppm	Intoxication très importante : <ul style="list-style-type: none">- intoxication au CO ++- Tabagisme actif +++

Interprétation du taux de CO dans l'air expiré en fonction des chiffres observés.

ANNEXE II : TEST DE FAGERSTRÖM

Questions	Réponses	Pointage
1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
3. À quelle cigarette vous est-il plus difficile de renoncer ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
5. Fumez-vous plus fréquemment durant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0
6. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit pendant presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
TOTAL		
<p>Interprétation du test :</p> <p>0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine.</p> <p>3 à 4 points : faible dépendance à la nicotine.</p> <p>5 à 6 points : dépendance moyenne à la nicotine.</p> <p>7 à 10 points : forte ou très forte dépendance à la nicotine.</p>		

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE PATIENTES

Questionnaire destiné aux patientes hospitalisées dans le service de surveillance intensive de grossesse.

Mesdames,

Je m'appelle Élodie Carreau, je suis étudiante sage-femme en dernière année au sein de l'école de Caen.

Je mets actuellement à votre disposition un **questionnaire, anonyme, destiné à réaliser un état des lieux sur le tabagisme de la femme enceinte et la prise en charge apportée à ce sujet lors d'une hospitalisation, notamment dans le service de surveillance intensive de grossesse.** Cette étude me permettra de réaliser mon mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Aussi, je vous serai très reconnaissante si vous preniez quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, **que vous soyez fumeuse ou non.**

Par avance, merci pour votre aide et votre collaboration à ce travail.

À PROPOS DE VOUS.

1. Quel âge avez-vous ?

2. Est-ce votre première grossesse ? OUI NON

Si oui, passez directement à la question 5.

Si non : (2^{ème}, 3^{ème} et plus ...)

3. Avez-vous déjà des enfants ? OUI NON

4. Avez-vous dans vos antécédents (plusieurs réponses possibles) :

- Grossesse(s) extra-utérine
- Fausse(s) couche(s)
- Interruption(s) volontaire(s) de grossesse(s)
- Interruption(s) médicale(s) de grossesse(s)

5. À quel terme êtes-vous (en semaines d'aménorrhée) ?

6. Pour quel motif êtes-vous hospitalisée dans le service de suivi intensif de grossesse ?

.....

7. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisée dans ce service ?

.....

8. Vous a-t-on déjà interrogée sur votre consommation de tabac lors de cette grossesse ?

OUI NON

Si oui, qui l'a fait et à quel moment ? (Plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> En tout début de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-Obstétricien | <input type="checkbox"/> Au cours de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Au cours d'une consultation de suivi | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Au cours d'une échographie | |
| <input type="checkbox"/> Au cours de l'entretien prénatal | |

9. Fumez-vous ou avez-vous fumé pendant cette grossesse ? OUI NON

→ Si oui, poursuivez ce questionnaire. Si non, arrêtez-vous à cette question.

À PROPOS DE VOTRE TABAGISME.

10. À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

11. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer par le passé ? OUI NON

Si non, passez directement à la question 15.

12. Si oui, combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

13. Par quels moyens étiez-vous parvenue à modifier votre consommation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Toute seule, sans aide particulière
- En utilisant des traitements (patch, gommes, pastilles à la nicotine ...)
- En vous faisant aider par un professionnel de santé
- Autre, précisez :

14. L'arrêt avait-il eu lieu au cours d'une grossesse ? OUI NON

15. Quel type de tabac fumez-vous ?

- Cigarettes industrielles
- Tabac roulé
- Autre, précisez :

16. Quelle est votre consommation quotidienne de tabac ? (Répondez aux deux catégories)

AVANT LA GROSSESSE

PENDANT LA GROSSESSE

(avant l'hospitalisation)

< 10 cigarettes / jour

< 10 cigarettes / jour

> 10 cigarettes / jour

> 10 cigarettes / jour

> 20 cigarettes / jour

> 20 cigarettes / jour

Nombre :

Nombre :

17. Si vous avez réduit votre consommation ou arrêté de fumer depuis que vous êtes enceinte et **avant d'être hospitalisée**, par quels moyens y êtes-vous arrivée ? (Plusieurs réponses possibles)

- Toute seule, sans aide particulière
- En utilisant des traitements (patch, gommes, pastilles à la nicotine ...)
- En vous faisant aider par un professionnel de santé
- Autre, précisez :

18. Est-ce que votre conjoint fume ? OUI NON

Si non, passez directement à la question 22.

19. Fume-t-il dans votre logement ? OUI NON

20. S'il est fumeur, a-t-il diminué sa consommation depuis que vous êtes enceinte ?

OUI NON

21. Si oui, est-ce que cela vous a incité dans votre démarche personnelle pour modifier votre consommation de tabac ?

OUI NON

22. Vous a-t-on donné des informations à propos du tabagisme chez la femme enceinte ?

OUI NON

Si oui, qui l'a fait et à quel moment ? (Plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> En tout début de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-Obstétricien | <input type="checkbox"/> Au cours de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Au cours d'une consultation de suivi | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Au cours de l'entretien prénatal | |

23. Parmi les informations qui vous ont été données, lesquelles vous ont semblé être les plus importantes ? (en quelques mots)

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

24. De même, vous a-t-on proposé des aides pour réduire ou arrêter votre consommation de tabac au cours de la grossesse, avant l'hospitalisation ?

OUI NON

Si non, passez directement à la question 26.

Si oui, qui l'a fait et à quel moment ? (Plusieurs réponses)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> En tout début de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-Obstétricien | <input type="checkbox"/> Au cours de la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Au cours d'une consultation de suivi | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Au cours de l'entretien prénatal | |

25. Si oui, quelles aides vous a-t-on proposé ?

- Consultation spécialisée de tabacologie
- Substituts nicotiques (patch, gommes, pastilles à la nicotine ...)
- Autres, précisez :

26. Vous êtes-vous déjà sentie mal à l'aise avec votre consommation de tabac pendant la grossesse, au point de ne pas oser avouer votre consommation réelle aux professionnels ?

OUI NON

À PROPOS DE L'HOSPITALISATION.

27. Combien de cigarettes fumez-vous par jour depuis que vous êtes hospitalisée ?

- 0 cigarettes
- < 10 cigarettes / jour
- > 10 cigarettes / jours
- > 20 cigarettes / jours

Nombre :

28. Depuis que vous êtes hospitalisée, votre consommation :

- A augmenté
- A diminué
- Est inchangée

29. Si votre consommation a **augmenté**, quel(s) facteur(s) l'a/ont influencée ? (Plusieurs réponses possibles)

- L'anxiété, le stress, la peur
- L'ennui
- La solitude
- Autres, précisez :

30. Si votre consommation a **diminué**, quel(s) facteur(s) l'a/ont influencée ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vous devez vous reposer et donc limiter vos déplacements pour aller fumer.
- Les circonstances de l'hospitalisation vous encouragent à diminuer.
- C'est une contrainte liée à l'hospitalisation.
- Autres, précisez :

31. La question du tabagisme a-t-elle été abordée ou réabordée au cours de votre hospitalisation ?

OUI NON

Si oui, par qui ?

Sage-femme

Gynécologue-Obstétricien

Autre, précisez :

32 Savez-vous si le tabagisme peut avoir un impact sur la pathologie pour laquelle vous êtes hospitalisée ?

Oui, il a un impact sur la pathologie.

Non, la pathologie est indépendante du tabac.

Je ne sais pas.

Si oui, que vous a-t-on expliqué ? (En quelques mots)

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

33. Trouvez-vous difficile de gérer votre consommation de tabac pendant cette hospitalisation ?

OUI NON

Si oui, qu'est-ce qui vous pose le plus problème ?

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

34. Devez-vous rester alitée ?

OUI NON

35. Êtes-vous autorisée à quitter votre chambre et le service ?

OUI NON

36. Vous a-t-on proposé des aides pour modifier votre consommation de tabac durant votre hospitalisation ?

OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Consultation spécialisée de tabacologie

Substituts nicotiniques (patch, gommes, pastilles à la nicotine ...)

Autres, précisez :

37. Si non, auriez-vous aimé que le personnel du service de suivi intensif de grossesse vous propose de l'aide à ce sujet ?

OUI NON

38. Qu'auriez-vous souhaité en particulier ? (Réponse libre)

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

Merci beaucoup pour votre participation à cette étude !

ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE SAGES-FEMMES

Questionnaire destiné aux sages-femmes du service de suivi intensif de grossesse.

Mesdames, Messieurs,

Je m'appelle Élodie Carreau, je suis étudiante sage-femme en dernière année au sein de l'école de Caen.

Je réalise actuellement un **état des lieux sur le tabagisme de la femme enceinte et sa prise en charge lors d'une hospitalisation dans le service de surveillance intensive de grossesse**. Cette étude me permettra de réaliser mon mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Aussi, je vous serai très reconnaissante si vous preniez quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, anonyme, sur vos pratiques et connaissances à ce sujet.

Par avance, merci pour votre aide et votre collaboration à ce travail.

À PROPOS DE VOUS.

1. Quel âge avez-vous ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous le métier de sage-femme ?
3. Avez-vous reçu une formation initiale relative à la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte ?
 OUI NON

4. Avez-vous suivi une formation continue sur le tabagisme de la femme enceinte ?

OUI NON

Si oui, laquelle ?

5. Êtes-vous fumeur/fumeuse ? OUI NON

VOS PRATIQUES ET VOS CONNAISSANCES.

6. Abordez-vous le sujet du tabagisme auprès de chaque patiente ?

OUI NON

Si oui, à quel moment le faites-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Au moment de la déclaration de grossesse

Au cours des consultations de suivi prénatal en général (programmées et / ou en urgence)

Au cours de l'entretien prénatal

Au cours des échographies

Durant les hospitalisations

7. Connaissez-vous le conseil minimal à donner aux femmes enceintes fumeuses ?

OUI NON

Si oui, l'appliquez-vous auprès de chaque patiente ?

OUI NON

8. Quelles questions posez-vous aux femmes parmi celles proposées et à quelle fréquence ? (Plusieurs réponses possibles)

Fumez-vous ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Avez-vous modifié votre consommation de tabac depuis que vous êtes enceinte ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Fumez-vous aussi du cannabis ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Votre conjoint fume-t-il ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Souhaiteriez-vous arrêter de fumer ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

9. Leur parlez-vous des complications potentiellement liées au tabagisme chez la femme enceinte ?

OUI NON

Si oui, que leur dites-vous principalement ?

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

10. Quelles aides proposeriez-vous à une patiente qui souhaite réduire sa consommation de tabac ?

Substituts nicotiniques

Consultation spécialisée avec un(e) tabacologue

Autres, précisez :

11. Vous sentez-vous capable de prendre vous-même en charge une patiente fumeuse et de l'aider dans ses éventuelles démarches ?

OUI NON

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

Manque de temps

Manque de connaissances

Peur de l'échec

- Manque d'intérêt pour le sujet
- Ce n'est pas le rôle de la sage-femme de prendre en charge le sevrage tabagique.
- La patiente est libre de ses choix (fumer ou non).
- Autre :

12. Vous sentez-vous capable de prescrire des substituts nicotiques aux femmes enceintes ?

- OUI NON

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

Si oui, à quelle fréquence en prescrivez-vous ?

- Au moins une fois par jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Quelques fois dans l'année

13. La pharmacie du service de suivi intensif de grossesse contient-elle des substituts nicotiques ?

- OUI NON

14. Connaissez-vous la mesure mise en place par la Sécurité Sociale pour favoriser le sevrage tabagique chez la femme enceinte ?

.....

Merci pour votre participation à ce mémoire !

RÉSUMÉ

La France est l'un des pays européens où le tabagisme gravidique est le plus important. Or, il est un facteur de risque non négligeable, et pourtant évitable, de nombreuses pathologies obstétricales et néonatales. L'étude prospective, menée dans un service de grossesses à haut risque, a permis d'évaluer le rôle spécifique des sages-femmes dans la prise en charge du tabagisme des femmes enceintes hospitalisées. Celles-ci se sentent insuffisamment formées au suivi tabacologique. De ce fait, le tabagisme gravidique n'est que partiellement pris en charge au cours des hospitalisations. Cependant, l'information et les encouragements réguliers délivrés par les sages-femmes à leurs patientes, mais aussi aux futurs pères, sont déterminants dans la réussite du sevrage tabagique.

MOTS-CLÉS : tabagisme gravidique, hospitalisation, prise en charge, sages-femmes.

ABSTRACT

France has one of the highest rate of smoking during pregnancy in Europe. Smoking increases the risk of pregnancy complications and poor outcome for infants which could be avoided. As such, a study, in a high risk pregnancy unit, has assessed the critical role midwives could play in facilitating smoking behaviour's change during pregnancy. However, their lack of training in this area means that quitting smoking is only partially supported during maternity care. However, midwives are key contributors to successful smoking cessation by providing education and support to pregnant women and their partner.

KEY WORDS : smoking during pregnancy, maternity care, midwives

AUTEUR : ÉLODIE CARREAU

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN

PROMOTION 2010 – 2014