



Prévalence du craving tabagique en salle de naissance et évaluation du besoin de prise en charge par substitution nicotinique

Gabrielle Bec Cabassut

► **To cite this version:**

Gabrielle Bec Cabassut. Prévalence du craving tabagique en salle de naissance et évaluation du besoin de prise en charge par substitution nicotinique. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01878859

HAL Id: dumas-01878859

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878859>

Submitted on 21 Sep 2018

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**PREVALENCE DU CRAVING TABAGIQUE EN SALLE
DE NAISSANCE ET EVALUATION DU BESOIN DE
PRISE EN CHARGE PAR SUBSTITUTION
NICOTINIQUE**

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018

Par BEC CABASSUT Gabrielle
[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Année 2018

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**PREVALENCE DU CRAVING TABAGIQUE EN SALLE
DE NAISSANCE ET EVALUATION DU BESOIN DE
PRISE EN CHARGE PAR SUBSTITUTION
NICOTINIQUE**

**PREVALENCE OF THE TOBACCO CRAVING IN
DELIVERY ROOM AND EVALUATION OF THE NEED
FOR MANAGEMENT BY NICOTINIC SUBSTITUTES**

Mémoire soutenu le 21 Juin 2018

Par BEC CABASSUT Gabrielle

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme
Année 2018

Résumé:

Objectifs: Évaluer le craving tabagique des femmes fumeuses dans les deux heures du post-partum immédiat et déterminer un critère diagnostique permettant d'évaluer le besoin de prise en charge par substitution nicotinique.

Matériel et méthode: Nous avons réalisé une étude descriptive par auto-questionnaires chez les femmes fumeuses ayant accouchée par voie basse au sein des maternités de Valence et Romans-sur-Isère. Les critères de jugement comprenaient le score de craving, évalué par la version courte du French Tobacco Craving Questionnaire, le taux d'acceptation d'une substitution nicotinique ainsi que le score de corrélation entre ce score et différents critères diagnostiques.

Résultats: Nous avons mis en évidence un craving modéré chez la moitié des patientes interrogées. Sans information apportée, seul 6,7% des patientes auraient souhaité se voir proposer une substitution nicotinique. Il a été retrouvé une corrélation positive statistiquement significative entre le score de craving et le résultat au test de Fagerström simplifié.

Conclusion: Il existe un craving tabagique en salle de naissance, corrélé au degrés de dépendance à la nicotine. La formation des soignants à la prise en charge de l'addiction nicotinique dans le cadre d'un projet de service permettrait une prise en compte de ce problème de santé publique.

Mots clés: Craving tabagique, substitution nicotinique, travail

Abstract:

Objectives: To evaluate the tobacco craving of smokers women within two hours of immediate postpartum and to determine a diagnostic criterion to assess the need for nicotine replacement therapy.

Material and method: We carried out a descriptive study by self-questionnaires in smokers women who gave birth vaginally in maternity wards of Valence and Romans-sur-Isère. The judgment criteria included the craving score, assessed by the short version of the French Tobacco Craving Questionnaire, the acceptance rate of a nicotine replacement therapy and the correlation score between this score and different diagnostic criteria.

Results: We found moderate craving in half of the patients surveyed. Without information, only 6.7% of patients would have liked to be offered nicotine replacement therapy. A statistically significant positive correlation was found between the craving score and the simplified Fagerström test result.

Conclusion: There exist a tobacco craving in delivery room, correlated with the degree of nicotine addiction. The awareness of caregivers in the management of nicotine addiction as part of a service project would allow this public health problem to be taken into account.

Keywords: Tobacco craving, Nicotine replacement therapy, labour

Remerciements:

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble – UGA, présidente du jury ;

Mme le Dr Delphine HEIMBURGER, Praticien Hospitalier en anesthésie réanimation - CHU de Grenoble Alpes, co-présidente du jury ;

Mme Claire SALOMON, sage-femme au CHU Grenoble Alpes, sage-femme invitée du jury ;

Mme Maud STUDER, sage-femme tabacologue au Centre hospitalier de Valence, directrice de ce mémoire

Mr Lionel CURTO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble – UGA, co-Directeur de ce mémoire

Je remercie plus particulièrement:

Mme Maud STUDER, sage-femme tabacologue au Centre hospitalier de Valence, directrice de ce mémoire

Pour le temps consacré à la réalisation de ce mémoire, ses encouragements et ses précieux conseils.

Mme Nadine VASSORT, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble – UGA, co-Directrice de ce mémoire jusqu'en mars 2018

Pour ses conseils dans l'élaboration de ce mémoire

Mr Lionel CURTO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble – UGA, co-Directeur de ce mémoire depuis mars 2018

Pour sa disponibilité et ses conseils dans la rédaction de ce mémoire.

Les équipes de salle d'accouchement des hôpitaux de Romans-sur-Isère et Valence

Pour leur collaboration dans la distribution des questionnaires

Je remercie plus personnellement:

Ma famille

Pour son soutien durant ces années d'études

Mes amis et collègues de promotion

Pour leurs encouragements et conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire

Florian

Pour son soutien sans faille et sa patience

Table des matières:

Abréviations.....	7
I. Introduction.....	8
II. Matériel et Méthode.....	11
1. Type d'étude.....	11
2. Site d'étude.....	11
3. Population.....	11
4. Recueil de données.....	11
5. Critères de jugement.....	12
6. Traitement des données et analyse statistique.....	12
III. Résultats.....	14
1. Description de la population.....	14
2. Consommation de tabac.....	16
2.1. Avant et pendant la grossesse.....	16
2.2. Au cours du travail.....	17
3. Recherche d'un facteur prédictif du craving.....	17
4. Substitution nicotinique.....	18
5. Le risque de fumer dans les deux semaines à venir.....	19
IV. Discussion.....	20
1. Biais et limites de l'étude.....	20
2. Discussion des résultats.....	22
2.1. Caractéristiques de la population.....	22
2.2. Caractéristiques tabagiques.....	22
V. Conclusion.....	31
VI. Bibliographie.....	33
VII. Annexes.....	35

Abréviations:

ENP: Enquête Nationale Périnatale

HAS: Haute Autorité de Santé

DSM 5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5ème version

SFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

FTCQ12: Short version of French Tobacco Craving Questionnaire

FTCQ12-RS: Risk Score of Short version of French Tobacco Craving Questionnaire

APD: Analgésie Péridurale

CO: monoxyde de carbone

HbFCO: carboxyhémoglobine fœtale

CRAT: Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

I. Introduction

Selon l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016 [1], 30% des femmes enceintes fumaient avant leur grossesse et 17% déclaraient fumer au moins une cigarette par jour au troisième trimestre. Cela signifie que plus d'une femme fumeuse sur deux continue à fumer au cours de sa grossesse.

Pourtant, les effets néfastes du tabac pendant la grossesse ont été largement démontrés par différentes études [2]: risque augmenté de grossesse extra-utérine, de fausses couches, de placenta prævia, d'hématome rétro-placentaire, de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, de mort fœtale in-utéro ou encore de mort inattendue du nourrisson.

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS datant d'octobre 2014 [3] précisent que tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter. Il est également précisé que pour les femmes enceintes, l'entretien doit dépasser le conseil bref d'arrêt, sans culpabiliser la patiente. Il est recommandé de:

- S'assurer que la patiente connaît et comprend les bénéfices importants de l'arrêt de la consommation de tabac pour sa santé et celle de son nouveau-né.
- Proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse.

Pour la plupart des femmes enceintes, la réduction de consommation est spontanée. Cependant, elle peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) conduisant à une toxicité équivalente. Cette réduction doit donc être accompagnée pour être renforcée avec un objectif de sevrage.

Si la consommation de tabac persiste, il est recommandé d'envisager l'utilisation de traitements nicotiques de substitution à dose efficace. Il faut alors informer la patiente que l'utilisation médicalisée des traitements nicotiques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer.

Concernant la période périnatale, aucune recommandation n'a pu être retrouvée. Ce thème a été abordé au cours de la conférence de consensus sur l'association grossesse et tabac en 2004 [2]. Il a été souligné l'absence d'études concernant la spécificité de l'association du tabac et de la grossesse durant la période périnatale, rendant impossible actuellement la définition des mesures spécifiques à mettre en œuvre pour une prise en charge optimale des femmes fumeuses pendant cette période. Il n'y a pas d'étude à ce jour permettant de juger du bénéfice clinique de l'introduction, en salle de naissance, de pratiques spécifiques tenant compte d'une hypoxie fœtale chronique probable liée au tabac.

Ceci est problématique puisque près d'une femme sur six arrivant en salle de naissance est fumeuse. Celles-ci ont dû être informées au cours de leur grossesse de la nocivité du tabagisme, et des risques tant pour elles que pour leurs enfants. En dépit de la connaissance de ces risques, elles ont continué à fumer.

Il s'agit d'un des critères définissant l'addiction selon le DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)[4]. Parmi les autres critères du DSM 5, on retrouve le craving. Celui-ci correspond à un désir impérieux de consommer une substance psycho-active conditionné par une envie quasi instinctuelle d'en profiter sans délai. Il entraîne chez celui qui l'expérimente détresse et désarroi et souvent une difficulté pour trouver les mots pour le dire [5]. Il fait partie des symptômes du sevrage tabagique.

Or, les premiers signes de manque apparaissent deux à six heures après le début de

l'abstinence [6] et la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) recommande la prise en charge des hospitalisés en urgence par une substitution nicotinique [6]. Cependant, aucune recommandation concernant les femmes enceintes n'a pu être retrouvée.

Pourtant, dès l'admission en salle de naissance et jusqu'à deux heures après l'accouchement, ces femmes sont soumises la plupart du temps à un sevrage forcé, puisqu'il est rare que la sortie du service soit autorisée, une fois que le diagnostic de mise en travail est posé. Elles peuvent donc passer jusqu'à plus d'une dizaine d'heures sans sortir et donc sans fumer. Et il n'est pas rare de constater que ces femmes aillent fumer très rapidement après avoir quitté la salle d'accouchement.

C'est à partir de ce constat et en l'absence de recommandations pour la prise en charge du sevrage tabagique en période périnatale que nous nous sommes interrogés sur la possibilité d'un syndrome de sevrage non pris en charge chez les patientes fumeuses en période périnatale.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer un des symptômes les plus significatifs du syndrome de sevrage, à savoir le craving, dans les deux heures du post-partum.

Les objectifs secondaires étaient de savoir si un critère permettait de prédire rapidement à l'admission le risque de craving d'une patiente afin de juger de la nécessité de proposer une substitution nicotinique ainsi que de connaître le taux de patientes qui auraient souhaité une substitution nicotinique durant la période du per-partum.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et multi-centrique, par auto-questionnaires.

2. Site d'étude

Cette étude a été réalisée en salle d'accouchement au centre hospitalier de Valence de fin novembre 2017 à fin avril 2018 ainsi qu'au centre hospitalier de Romans-sur-Isère de mi-mars à fin avril 2018.

3. Population

Les sujets éligibles étaient les femmes ayant accouché par voie basse, s'étant déclarées fumeuses lors d'au moins une consultation pré-natale, quelque soit le statut tabagique au moment de l'étude.

Les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude, ne parlant pas français et celles ayant accouché d'un enfant mort-né ont été exclues de l'étude.

4. Recueil de données

Les données ont été recueillies de façon prospective par un questionnaire (voir annexe 1).

Ceux-ci ont été distribués durant les deux heures de post-partum en salle de naissance, et récupérés avant le passage en unité mère-enfant, par l'équipe médicale présente (sages-femmes, auxiliaires de puériculture et étudiants) ou moi-même.

Il était composé de deux parties:

- La première, remplie par la sage-femme ayant réalisé l'accouchement, concernait les données obstétricales.

- La deuxième partie, remplie par la patiente, concernait les habitudes tabagiques de la patiente et l'évaluation du craving. Le craving était évalué par la version courte du French Tobacco Craving Questionnaire (FTCQ12: voir annexe 2). Le FTCQ12 est un instrument d'auto-évaluation valide et fiable [7] de 12 items qui évalue quatre dimensions de l'envie de fumer (Émotionnalité, Espérance, Compulsivité, Détermination). Les patientes devaient coter de 1 à 7 chaque item en fonction de si elles étaient « Pas du tout d'accord » ou « totalement d'accord ».

5. Critères de jugement

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le craving tabagique ressenti par les patientes incluses dans les deux heures du post-partum immédiat. Le critère de jugement principal était donc le résultat du FTCQ12, calculé en additionnant la valeur de chaque item et divisant le tout par le nombre d'items. Le résultat allait donc de 1 à 7.

Aucune échelle d'interprétation du FTCQ12 n'ayant été retrouvée, nous avons choisi arbitrairement une interprétation en trois modalités:

- $FTCQ12 < 3$: Craving absent ou faible
- $FTCQ12$ entre 3 et 4,99: Craving modéré
- $FTCQ12 > 5$: Craving important.

Les objectifs secondaires étaient de:

- Définir un critère permettant de prédire rapidement à l'admission le risque de craving d'une patiente afin de juger de la nécessité de proposer une substitution nicotinique. Le critère de jugement était donc le coefficient de corrélation; une corrélation étant jugée comme significative si la p-value était inférieure à 0,05.

- Savoir si les patientes auraient consenti à une aide de type substitution nicotinique durant la période périnatale dont le critère de jugement était le taux de réponse positive à la question « auriez-vous aimé que l'on vous propose une substitution nicotinique (patch par exemple) à votre admission? ».

6. Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel en ligne R2web.

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, les variables quantitatives par des moyennes et des écarts types.

III. Résultats

1 Description de la population

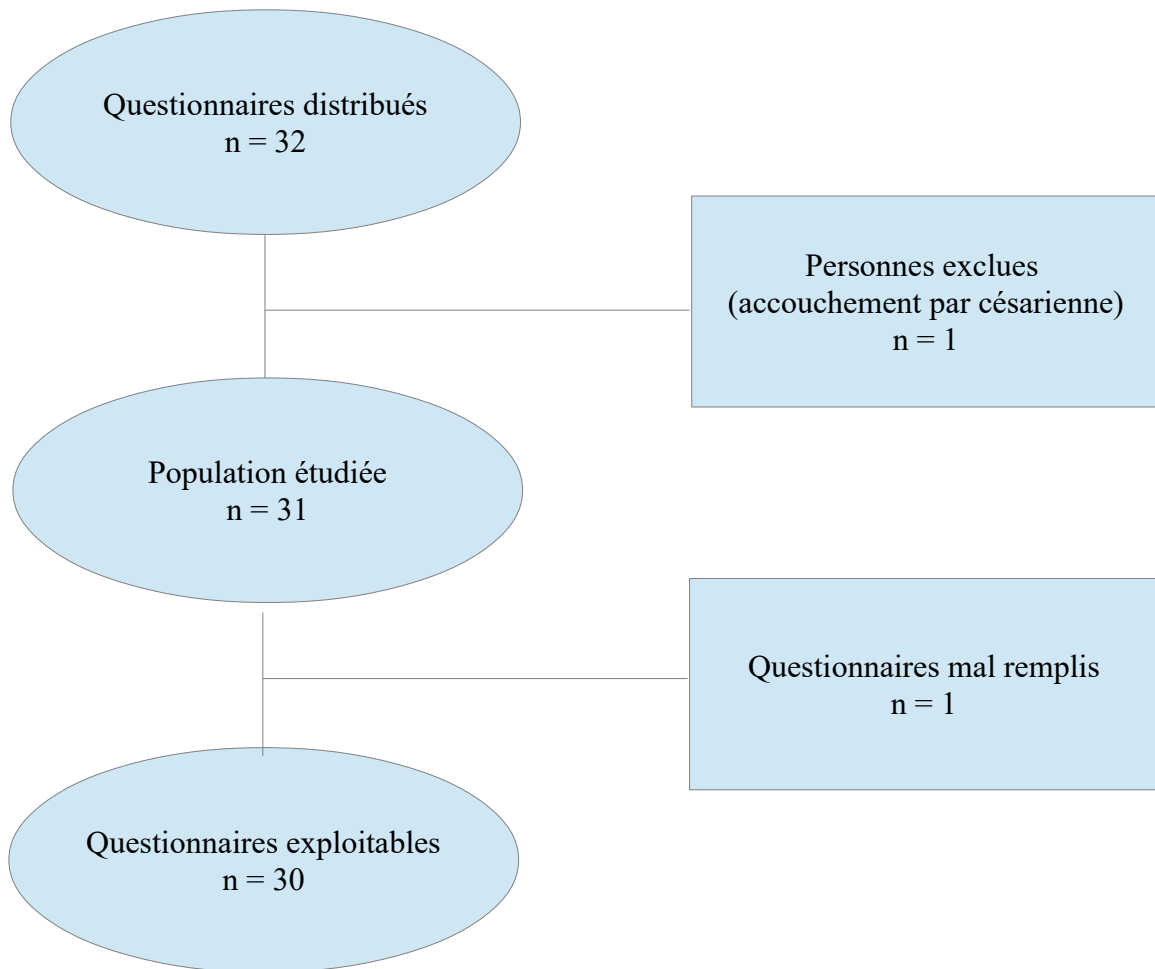


Figure 1: Diagramme d'inclusion

Tableau I: Caractéristiques générales de la population

Âge: moyenne (écart-type)	28,93 (5,82)
Parité: effectif (%)	
- Parité = 1	12 (40)
- Parité = 2	9 (30)
- Parité > 2	9 (30)
Concubinage: effectif (%)	
- Vit seule	2 (6,7)
- Vit en couple	28 (93,3)
Statut tabagique du conjoint:	
- Non fumeur	10 (35,7)
- Fumeur	18 (64,3)

Tableau II: Caractéristiques obstétricales de la population

Terme en semaines d'aménorrhée révolues: effectif (%)	
37	1 (3,3)
38	5 (16,7)
39	12 (40)
40	3 (10)
≥ 41	9 (30)
Analgésie: effectif (%)	
- Aucune	5 (16,7)
- APD	25 (83,3)
- Rachi-anesthésie	0 (0)
Modalités d'accouchement: effectif (%)	
- Eutocique	28 (93,3)
- Extraction instrumentale	2 (6,7)
Apgar < 7 à 5 minutes de vie: effectif (%)	0 (0)
Alimentation: effectif (%)	
- maternelle ou mixte	17 (56,7)
- artificielle	13 (43,3)
Poids de naissance: moyenne (écart-type)	3105,3 (343,1)
Temps moyen entre admission et accouchement	9h51

2 Consommation de tabac

2.1 Avant et pendant la grossesse

Le tableau 3 présente les habitudes tabagiques de la population étudiée.

Il caractérise également le degrés de dépendance des patientes interrogées à l'aide du test de Fagerström simplifié [3]. Ce test permet d'estimer la dépendance des patients fumeurs en deux questions, à partir du nombre de cigarettes fumées et du délai entre le réveil et la première cigarette de la journée (voir annexe 3). Chez les femmes enceintes, on le calcule avec le nombre de cigarettes fumées par jour avant la grossesse.

Tableau III: Les habitudes tabagiques

Nombre de cigarettes/jour avant la grossesse: effectif (%)	
< 10	5 (16,7)
10-20	23 (76,7)
21-30	2 (6,7)
Nombre de cigarettes/jour au 3ème trimestre: effectif (%)	
0	8 (26,7)
<10	16 (53,3)
≥ 10	6 (20)
Délai entre réveil et première cigarette en minutes: effectif (%)	
< 5	2 (6,7)
6 à 30	12 (40)
31 à 60	8 (26,7)
> 60	8 (26,7)
Type de cigarettes fumées: effectif (%)	
Industrielles	18 (60)
Roulées	7 (23,3)
Industrielles et roulées	5 (16,7)
Degrés de dépendance (Fagerström simplifié): effectif (%)	
Pas de dépendance	10 (33,3)
Dépendance modérée	18 (60)
Dépendance forte	2 (6,7)
Aide à l'arrêt au cours de la grossesse: effectif (%)	
Aucune	21 (70)
Soutien familial	2 (6,7)
Consultation tabacologue	1 (3,3)
Substitution nicotinique	4 (13,3)
Acupuncture	2 (6,7)
Homéopathie	1 (3,3)

Au total, sept patientes, soit 23,3%, ont sollicité l'aide d'un professionnel de santé au cours de la grossesse pour essayer d'arrêter de fumer.

2.2 Au cours du travail

Le délai moyen entre la dernière cigarette et l'accouchement chez les patientes encore fumeuses en fin de grossesse était de 12h35.

Tableau IV: Caractéristiques tabagiques au cours du travail

Consommation de tabac après admission: N (%)	
Oui	6 (20)
Non	24 (80)
Craving dans les deux heures du post-partum: N (%)	
Absent ou faible	15 (50)
Modéré	15 (50)
Important	0 (0)
Aurait souhaité une aide pour gérer l'abstinence: N(%)	
Oui	2 (6,7)
Non	28 (93,3)
Aurait souhaité une substitution nicotinique: N (%)	
Oui	2 (6,7)
Non	28 (93,3)

3 Recherche d'un facteur prédictif du craving

Nous avons utilisé le coefficient de Pearson afin d'établir si il existe un critère évaluable à l'admission en salle de naissance statistiquement corrélé au craving. Les résultats sont présentés dans le tableau V ci-dessous.

Tableau V: Test de corrélation entre le score de craving et plusieurs paramètres de la consommation tabagique: Coefficient de Pearson

	FTCQ12		
	Coefficient de Pearson (p. value) [IC]		
Fagerstrom simplifié	0.35	(0.03)	[0.05 , 1.00]
Nombre de cigarettes/jour avant la grossesse	0.19	(0.16)	[-0.12 , 1.00]
Nombre de cigarettes/jour en fin de grossesse	0.23	(0.11)	[-0.09 , 1.00]

4 Substitution nicotinique

Le réseau Sécurité Naissance de la région Pays de la Loire a élaboré un tableau permettant de définir le dosage de substitution nicotinique à utiliser en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour avant la grossesse et du test de Fagerström simplifié [8] (voir annexe 4).

Nous nous sommes basés sur ces recommandations pour définir le dosage de substitution nicotinique dont auraient pu bénéficier les patientes de notre étude.

Le tableau VI nous donne, pour chaque classe de substitution nicotinique, le taux de patientes concernées dans la population étudiée, ce qui est représenté schématiquement dans la figure 2.

Tableau VI: Substitution nicotinique recommandée par le réseau Sécurité Naissance dans la population étudiée

		Nombre de cigarettes/jour avant la grossesse			
		< 10	10-20	21-30	>30
Test de fagerström simplifié	0-1	13,3%	20,0%	0,0%	0,0%
	2-3	3,3%	53,3%	3,3%	0,0%
	4-6	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%

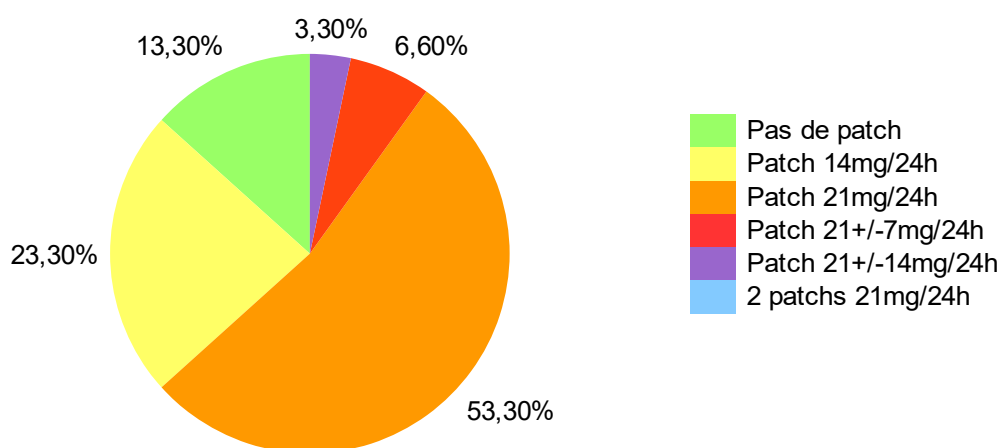


Figure 2: Substitution nicotinique recommandée par le réseau Sécurité Naissance dans la population étudiée

5 Le risque de fumer dans les deux semaines à venir

Le FTCQ12-Risk score (FTCQ12-RS) est un score dérivé du FTCQ. Il est calculé en additionnant les résultats des questions 1, 4, 7, 9 et 11 du FTCQ12 (annexe 2). Il permet de prédire le risque de fumer dans les deux semaines à venir:

- < 16: risque faible
- De 16 à 25: Risque moyen
- De 26 à 35: Risque important

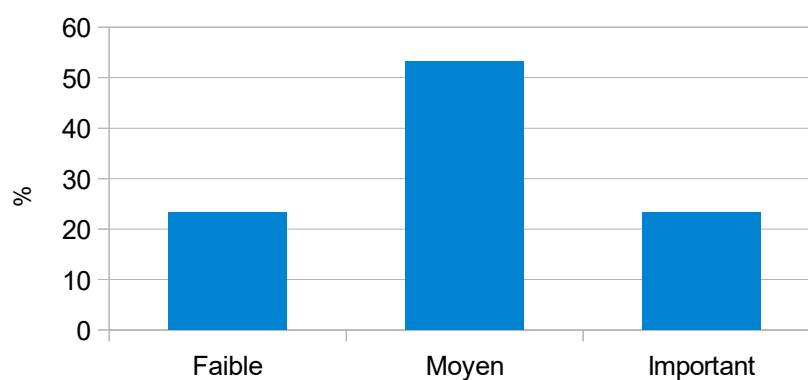


Figure 3: *Risque de fumer dans les deux semaines dans la population étudiée*

Parmi les huit patientes ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse, trois ont un risque moyen de fumer dans les deux semaines à venir soit 37,5%.

IV Discussion

1 Biais et limites de l'étude

L'objectif de l'étude était de déterminer si il existait un phénomène de craving tabagique chez les femmes fumeuses au cours du travail ainsi qu'un moyen rapide de dépistage des patientes à risque afin de leur proposer une substitution nicotinique adaptée.

Nous avons décidé de les interroger durant les deux heures du post-partum immédiat car il s'agissait de la période où elles seraient au maximum du sevrage imposé par la mise en travail.

Cependant, il s'agit d'une période particulière où les femmes sont fatiguées et où leur intérêt est centré sur leur nouveau-né. Nous pouvions ainsi craindre un taux de non participation important. De plus, les questionnaires étaient distribués par les membres de l'équipe obstétricale. L'activité en salle d'accouchement étant souvent soutenue, il existait un risque important de non-distribution du questionnaire par manque de temps. Nous avons estimé la possibilité de recueillir 60 questionnaires par mois, en nous basant sur le taux de 30% de patientes fumeuses avant la naissances donné par l'ENP de 2016. Nous pouvons donc regretter de n'avoir recueilli que 30 questionnaires exploitables en cinq mois, ce qui diminue la puissance de notre étude.

A Valence, ce sont les sages-femmes qui avaient la responsabilité d'inclure les patientes à l'étude au moment de leur admission, en fonction du statut tabagique notifié dans leur dossier informatisé. Cependant, il s'agit d'un critère qui n'est que peu interrogé

classiquement à l'admission en salle de naissance et il existait un risque que la majorité des patientes incluses soient celles chez qui la consommation de tabac avait été poursuivie en fin de grossesse. Ceci constitue un biais de sélection et peut expliquer le taux important de patientes encore fumeuses en fin de grossesse dans notre étude (73,3% contre 54,2% dans l'ENP de 2016). Nous avons pu limiter ce biais à Romans-sur-Isère en plaçant un questionnaire dans les dossiers papiers de toutes les patientes au 9ème mois de grossesse éligibles au moment du lancement de l'étude.

Le fait d'avoir choisi la période du post-partum immédiat pour recueillir nos données constituait un autre frein à notre étude. En effet, il s'agit d'une période où la capacité de concentration des jeunes mères est limitée, du fait de la fatigue et de l'émotion notamment.

Nous avons donc réduit au maximum le nombre de questions les concernant. Cependant parmi les items du FTCQ, quatre sont volontairement inversés afin d'éviter les réponses automatiques, ce qui nécessitait une certaine gymnastique cérébrale pour bien cocher ce que l'on pense (et non l'inverse). Il y avait donc un risque de biais d'information important.

Ce biais était également majoré par le sujet du questionnaire. Le tabagisme au cours de la grossesse reste un sujet sensible et le risque était que les réponses soient sciemment minimisées. C'est pourquoi nous avons choisi de recueillir ces informations par un auto-questionnaire anonyme, afin que les femmes ne se sentent pas jugées.

2 Discussion des résultats

2.1 Caractéristiques de la population

On peut noter que l'âge moyen de la population étudiée était de 28,9 ans (contre 30,3 dans l'ENP de 2016) et que la parité moyenne était de 2. 93,3% d'entre elles vivaient en concubinage, ce qui correspond à ce que l'ENP de 2016 retrouvait (94,8%).

Enfin, concernant l'alimentation du nouveau-né, le taux d'allaitement maternel ou mixte est considérablement plus faible dans notre échantillon que dans la population de l'ENP de 2016 puisqu'il est de 56,7% contre 66,5%. Ceci peut certainement s'expliquer par le fait que notre étude n'ait inclus que des patientes fumeuses, or, la consommation de tabac est un frein à l'allaitement pour de nombreuses mamans.

2.2 Caractéristiques tabagiques

Les habitudes tabagiques avant et pendant la grossesse:

Parmi les patientes interrogées, 66,7% présentaient une dépendance au tabac modérée à forte. Elles ont toutes, à l'exception d'une, réussi à diminuer leur consommation au cours de la grossesse; jusqu'à l'arrêt total pour 26,6% d'entre elles.

Selon les recommandations de la HAS [3], il faut que les professionnels de santé qui prennent en charge les patientes enceintes, leur proposent des interventions soutenues d'aide au sevrage et les orientent au besoin vers un soutien plus structuré, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt. Les sages-femmes jouent ainsi un rôle essentiel dans le dépistage des

addictions au tabac et dans leur prise en charge. Depuis l'arrêté du 12 octobre 2005 (fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes), elles peuvent prescrire des substituts nicotiques aux femmes enceintes.

Pourtant, seulement 23,3% des patientes interrogées ont sollicité une aide pour être accompagnées dans leur démarche d'arrêt du tabac: quatre (soit 13,3%) ont eu recours à la substitution nicotique parmi lesquelles deux l'ont combiné à la consultation d'un tabacologue ou à des séances d'acupuncture. Parmi les autres soutiens à l'arrêt, les patientes ont cité l'homéopathie ou encore le soutien familial.

Il est important de voir que 64,3% des femmes avaient un conjoint fumeur. L'accompagnement de l'entourage proche de la patiente vers une démarche d'arrêt augmenterait donc grandement leurs chances de réussite d'arrêt. Là aussi, les sages-femmes sont en première ligne et l'élargissement de leur droit de prescription par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, a permis de répondre à cette constatation puisqu'elles peuvent désormais, prescrire une substitution nicotique à l'entourage de la patiente

Le tabac pendant le travail et l'accouchement:

Une proportion non négligeable des patientes incluses à l'étude, 20%, ont fumé après leur admission en salle de naissance. Mais peu d'études se sont intéressées aux effets de la consommation de tabac au cours du travail.

Une étude publiée en 2014 dans *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [9] s'est intéressée aux effets de la consommation de tabac au cours de la grossesse sur le mode d'accouchement dans les grossesses mono-fœtales simples. Il a été montré que ces

patientes ont un risque augmenté d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (OR = 1,65 , IC95% = 1,341 – 2,022) conduisant à un plus grand risque de naissance par césarienne ou extraction instrumentale (OR = 1,24 , IC95% = 1,012 – 1,523).

Concernant la consommation de tabac en cours de travail, on peut s'interroger sur la possibilité d'une hypoxie fœtale. En effet, le monoxyde de carbone (CO) contenu dans la fumée de cigarette a une affinité pour l'hémoglobine 210 à 260 fois plus forte que l'oxygène. Lorsqu'il se fixe à l'hémoglobine, on obtient des carboxyhémoglobines, qui perturbent l'oxygénation des tissus.

Une étude réalisée dans trois maternités du Réseau Périnatal Lorrain [10], s'est intéressée au taux de CO expiré maternel, au moment de l'entrée en salle de naissance, en corrélation avec le taux de carboxyhémoglobine fœtale (HbFCO) dans le sang de cordon prélevé à la naissance. Il a été montré que l'augmentation du taux de HbFCO était parfaitement corrélée à l'augmentation du taux de CO expiré et que tous les nouveaux-nés de mère présentant un tabagisme sévère (CO expiré \geq 11 ppm) étaient victimes d'une intoxication tabagique fœtale (HbFCO \geq 2).

Craving dans les deux heures suivant l'accouchement:

Dans notre population, le temps moyen entre la dernière cigarette et l'accouchement était de 12h35. Or, nous avons vu que les effets du sevrage tabagique pouvaient apparaître dès deux à six heures après le début du sevrage.

Pourtant, seulement 50 % de la population étudiée présentaient un craving modéré et aucune patiente ne présentait de craving important.

Il est à rappeler que l'interprétation de ce score a été réalisée selon une échelle que

nous avons dû créer, car aucune interprétation officielle n'avait pu être retrouvée. Aucune étude n'a validé cette grille d'interprétation. Il est donc difficile de conclure à l'absence réelle de craving important dans cette population.

Pour interpréter cette absence de craving important on peut également se poser la question de l'existence de facteurs confondants tels que l'influence hormonale.

Au moment de l'accouchement, de nombreuses hormones sont mises en jeu: ocytocine, vasopressine, prostaglandine, adrénaline, noradrénaline, cortisol, prolactine et endorphine entre autres [11]. Ces hormones retrouvées à des taux exceptionnellement élevés au moment de la naissance peuvent peut-être avoir une influence sur le craving ressenti.

Nous nous sommes pour cela intéressés à la neurobiologie des addictions dont la dopamine est un élément clé [12].

Le circuit de la récompense est un système fonctionnel fondamental des mammifères, reliant certains groupes de neurones dans le cerveau: il part du cortex, va dans le noyau accumbens puis dans l'aire tegmentale ventrale puis revient au cortex via le thalamus.

Ce système de « récompense » est indispensable à la survie, car il fournit, à travers la libération de dopamine notamment, la motivation nécessaire à la réalisation d'actions ou de comportements adaptés, permettant de préserver l'individu et l'espèce (recherche de nourriture, reproduction, évitement des dangers ...)

Dans les mécanismes de dépendance, le système dopaminergique est déterminant, dans la mesure où il modifie durablement le fonctionnement du circuit de la récompense:

Toutes les substances addictives augmentent, par des mécanismes initialement différents, la libération de dopamine dans le noyau accumbens. La dopamine ainsi libérée stimule le circuit de la récompense et provoque une sensation de satisfaction.

Lorsque l'organisme se trouve en déficit de dopamine, comme c'est le cas dans les situations de sevrages de substances addictives, cela induit chez l'individu un profond sentiment de mal-être et un besoin impérieux de consommer la substance ou craving.

Il existe de nombreux facteurs pouvant influencer ce système dopaminergique. Si l'on considère l'endorphine, il s'agit d'un opiacé endogène sécrété de façon importante au moment de l'accouchement. Il est montré que l'endorphine inhibe l'activité du neurone GABAergique, qui lui-même inhibe l'activité dopaminergique. Ceci conduit au final à une augmentation du taux de dopamine libéré [13] (voir représentation schématique en annexe 5 [14]).

Les endorphines ont donc un rôle important dans le contrôle des circuits cérébraux de la récompense. [15]

Lors de l'accouchement, il est fort probable que le circuit de la récompense soit stimulé par une élévation du taux de dopamine notamment via la libération d'endorphines. Ceci pourrait donc expliquer un craving moindre que ce que nous escomptions.

Si nous avons coté le craving plus à distance de l'accouchement, à un moment où les taux d'endorphine auraient diminués mais avant la première cigarette, nous aurions peut être retrouvé un craving plus important.

Il est intéressant également de remarquer que parmi les patientes qui avaient arrêté de fumer au cours de la grossesse, 12,5% présente un craving modéré à l'accouchement. Ceci montre que le sevrage au cours de la grossesse et donc à distance de l'enquête n'empêchait pas de ressentir un craving au moment de l'accouchement.

Ce résultats est cohérent avec ce qu'on retrouve dans la littérature puisque certaines modifications neurobiologiques entraînées par la consommation de substances psycho-actives semblent pouvoir persister bien après l'élimination de la substance voire même être irréversible [14].

Une étude menée en 2010 chez des personnes ayant arrêté de fumer un à dix ans avant l'enquête [16] montrait que 59% des anciens fumeurs interrogés avaient ressenti un désir de cigarette au cours de l'année écoulée, montrant que le craving ne se limite pas à la période immédiate suivant l'arrêt.

Facteur prédictif du craving et substitution nicotinique:

Nous avons recherché si un facteur facilement interrogeable à l'admission en salle de naissance était corrélé au craving. Le but était d'apporter un élément diagnostique aux sages-femmes pour déterminer les patientes auxquelles une substitution nicotinique pourrait être proposé.

Le seul élément statistiquement corrélé au craving était le test de Fagerström simplifié évaluant la dépendance au tabac (voir annexe 3). Cette corrélation était faible (coefficient de Pearson à 0,35) mais statistiquement significative (p-value < 0,05).

Composé de seulement deux questions (« combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant la grossesse? » et « Dans quel délai après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? »), il pourrait être facilement intégré à l'interrogatoire mené à l'admission en salle de naissance.

Dans la population étudiée, 66,7% des patientes avaient une dépendance modérée à importante et auraient donc pu bénéficier d'une substitution nicotinique en se basant sur cette méthode.

De plus, cette évaluation permettrait de définir le dosage à prescrire à la patiente grâce au tableau proposé par le réseau Sécurité Naissance (voir annexe 4).

D'après ce tableau et comme on peut le voir sur la figure 2, 86,7% des patientes interrogées auraient pu bénéficier d'un patch nicotinique.

Il est à noter que ce tableau combine à la fois le résultat au test de Fagerström et le nombre de cigarettes fumées avant la grossesse pour déterminer le dosage à employer. Ainsi, les femmes ayant une dépendance faible (Fagerström compris entre 0 et 1) mais fumant au moins 10 cigarettes par jour peuvent bénéficier d'un patch, ce qui explique la différence avec le taux de patientes candidates à la substitution nicotinique obtenu en ne se basant que sur le test de Fagerström (66,7%).

Notre étude montre un faible taux de patientes qui auraient aimé qu'on leur propose une substitution nicotinique (6,7%).

Cependant, il est important de signaler que cette question était posée sans aucune explication sur l'objectif de cette substitution et ses risques, comparés à ceux de la consommation de tabac.

Or, beaucoup de femmes craignent les effets toxiques de cette substitution nicotinique et une information appropriée, claire et loyale pourrait faire augmenter le taux d'acceptation de la substitution.

A ce propos, le récent ajout des pictogrammes « Femme enceinte » et « Danger grossesse » sur les boîtes de substituts nicotamiques, suite au décret du 14 avril 2017 (n°2017-550), complété par deux arrêtés (5 mai 2017 et 9 août 2017), risque de compromettre la prise en charge des femmes enceintes fumeuses. En effet, celles-ci pourront se voir refuser la délivrance des boîtes de substitutions nicotamiques en pharmacie ou préférer s'abstenir de tout

traitement du fait de la crainte produite par ces pictogrammes. Le CRAT a d'ailleurs exprimé son désaccord avec cette mesure [17], de même que la Société Francophone de Tabacologie [18].

Enfin, lors du recueil de données, un questionnaire a été distribué par erreur à une patiente ayant eu une césarienne. Ce questionnaire n'a pu être intégré à l'analyse car parmi les critères d'inclusion se trouvait l'accouchement par voie basse, afin d'être sûr de n'avoir que des patientes ayant connu une phase de travail.

Mais ce questionnaire n'est pas dénué de tout intérêt puisque, en donnant naissance à son enfant 5h34 après sa dernière cigarette, elle a coté son craving à 5,25/7, la classant dans la catégorie des patientes ayant un craving important.

Elle avait un score de Fagerström à 4, qui caractérisait sa dépendance comme forte. Elle aurait donc pu bénéficier d'une substitution nicotinique.

Au regard des délais pour cette césarienne, il est probable qu'il ait s'agit d'une césarienne en urgence. Cependant, ce cas interroge également sur la prise en charge du sevrage tabagique chez les patientes pour qui une césarienne est programmée. Les recommandations concernant les interventions programmées précisent qu'il faut se présenter à jeun depuis la veille au soir et notamment ne pas avoir fumé [6]. Il serait intéressant d'évaluer le craving chez ces patientes, d'autant plus que, du fait de l'intervention, elles ne pourront pas aller fumer immédiatement après leur retour en chambre.

Poursuite de la démarche d'arrêt:

Nous avons utilisé le FTCQ12-RS pour évaluer le risque de fumer dans les deux semaines à venir des patientes:

Parmi toutes les patientes incluses dans l'étude, 76,6% ont un risque moyen à important de fumer dans les deux semaines suivant l'accouchement. Et parmi celles qui avaient arrêté de fumer au cours de la grossesse, un nombre non négligeable 37,5% avaient un risque moyen.

Ce risque est à prendre en compte, d'autant qu'on sait que 80% des patientes ayant réussi un sevrage au cours de la grossesse vont rechuter dans l'année et 30% juste après l'accouchement [3].

D'après la HAS, chez les femmes qui ont réussi le sevrage avant ou pendant la grossesse, il est recommandé d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant, aux différentes périodes critiques (à la sortie de la maternité, après l'allaitement, à la fin du congé maternité, etc.) et chez celles qui ont continué à fumer il faut encourager l'arrêt. Il faut ainsi anticiper la sortie de la maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique d'arrêt de la consommation du tabac, de façon à prévenir les rechutes [3].

Le fait de proposer une substitution nicotinique au cours du travail pourrait ainsi constituer une première approche vers une aide à l'arrêt.

V. Conclusion

Durant la phase du travail, les femmes fumeuses sont bien souvent contraintes à un sevrage tabagique. Le but de notre étude était d'évaluer le craving tabagique de ces patientes après l'accouchement afin de statuer sur l'utilité d'une prise en charge par substitution nicotinique.

Nous avons mis en évidence un craving chez 50% de la totalité des patientes interrogées et 37,5% des patientes ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse. Ce chiffre n'est pas négligeable mais pas aussi élevé que nous l'envisagions, d'autant qu'il s'agit d'un craving modéré et qu'aucune patiente incluse ne présentait de craving important.

Cependant, l'échelle d'interprétation utilisée n'est pas validée puisque nous l'avons déterminée nous-même en l'absence de grille officielle retrouvée.

De plus, nous avons retrouvé dans la littérature des indices nous permettant de croire à une influence des hormones sécrétées au cours de l'accouchement, limitant le sentiment de craving. Il aurait donc été intéressant de réaliser cette étude à distance de l'accouchement mais avant la toute première cigarette afin de déterminer si le craving est plus intense une fois que la patiente est installée en unité mère-enfant.

Nous avons également mis en évidence une corrélation entre le test de Fagerström simplifié et le score de craving après l'accouchement. Ce lien nous permet de pouvoir utiliser cet outil pour dépister les patientes qui sont à risque de ressentir un craving dès l'admission en salle de naissance. Il pourrait ainsi être proposé un protocole comprenant l'évaluation de la dépendance au tabac par le test de Fagerström chez toutes les patientes fumeuses admises en salle de naissance permettant une proposition de substitution nicotinique adaptée.

Cette étude a mis en exergue la nécessité d'informer les patientes sur les bénéfices et

les risques de l'utilisation d'une substitution nicotinique si l'on souhaite que cette proposition soit acceptée. En effet, en dehors de toute information, seuls 6,7% de la population aurait souhaité qu'on leur propose une substitution nicotinique alors qu'au moins 66,7% auraient pu s'en voir proposer.

Dans cet objectif, il faudrait que les sages-femmes en consultation, salle d'accouchement et unité mère-enfant soient formées pour répondre aux questions des patientes. La présence d'une sage-femme tabacologue pour coordonner ce projet de service et proposer des consultations de tabacologie adressées aux patientes mais également à leur conjoint semblerait une bonne proposition pour permettre une prise en charge globale de ce problème de santé publique.

Enfin, il serait intéressant que soient réalisées des études sur les effets à court terme de la consommation de tabac autour de l'accouchement. Cela permettrait de proposer des recommandations officielles concernant la prise en charge des patientes fumeuses durant la période périnatale.

VI. Bibliographie:

1. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 - Les naissances et les établissements: situation et évolution depuis 2010 [Internet]. INSERM DREES; 2017 oct. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. ANAES AN d'Accréditation et d'Evaluation en S, APPRI, RESEAU EUROPEEN HOPITAL SANS TABAC, Alliance contre le tabac A. Conférence de consensus : « Grossesse et tabac ». Texte des recommandations (version longue) [Internet]. La Plaine-St Denis: ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé; 2004. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/grossesse-et-tabac
3. HAS. Recommandation de bonne pratique - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014 [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
4. American Psychiatric Association, GUILABERT C, GUELFY J-D, CROCQ M-A, Boyer P, PULL C-B, et al. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 2015 [cité 17 avr 2018]. Disponible sur: https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052769967.0x000001
5. Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A, Jourdain-Menninger D, Auriacombe M, et al. Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions? In: Traité d'addictologie. 2e édition. Paris: Lavoisier Médecine-Sciences; 2016. p. 78-83.
6. SFAR, AFC, OFT. Tabagisme péri-opératoire : conférence d'experts, 17 octobre 2005. Dossier de presse. Paris: OFT, Office français de prévention du tabagisme; 2005. 18 p.
7. Berlin I, Singleton EG, Heishman SJ. Validity of the 12-item French version of the Tobacco Craving Questionnaire in treatment-seeking smokers. *Nicotine Tob Res.* mai 2010;12(5):500-7.
8. Réseau Sécurité Naissance. Prise en charge de la femme enceinte fumeuse en hospitalisation [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data//mediashare/2z/ctno3ivcisvz7kcx8ejv0xsmnfqz9l-org.pdf>
9. Lurie S, Ribenzaft S, Boaz M, Golan A, Sadan O. The effect of cigarette smoking during pregnancy on mode of delivery in uncomplicated term singleton pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med.* mai 2014;27(8):812-5.
10. Bertrand M-L, Vegezzi M-P, Ecoe R, Dietsch J. Tabac et grossesse : rôle des gynécologues obstétriciens et de l'équipe obstétricale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 avr 2005;34:318-25.
11. Affolter T. Les hormones de l'accouchement. *Sage-Femmech.* avr 2010;28-33.
12. Tassin J-P. Neurobiologie de l'addiction : proposition d'un nouveau concept,

- Neurobiology of addiction: a new concept proposed. *Inf Psychiatr.* 2007;me 83(2):91-7.
13. Roques B. La dangerosité des drogues : mécanismes neurobiologiques des addictions et approches thérapeutiques. *médecine/sciences.* 2000;16(12):1346.
 14. Balland B, Lüscher C. L'addiction: lorsque l'emballlement des mécanismes d'apprentissage conduit à la perte du libre arbitre. *PSN.* févr 2009;7(1):35-42.
 15. Nalpas B. Influence des endorphines sur l'addiction [Internet]. MAAD DIGITAL. 2018 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.maad-digital.fr/en-bref/influence-des-endorphines-sur-laddiction>
 16. Hughes JR. Craving among long-abstinent smokers: An Internet survey. *Nicotine Tob Res.* avr 2010;12(4):459-62.
 17. Pictogrammes « Grossesse » sur les conditionnements extérieurs des médicaments [Internet]. CRAT. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=1034
 18. Société Francophone de tabacologie. Communiqué de presse [Internet]. 2018. Disponible sur: http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/SFT-SN-PictogrammeGrossesse-CP-2018_02_16.pdf

VII. Annexes

Annexe 1: Questionnaire

A l'intention des sages-femmes:

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Grenoble.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la consommation de tabac autour de l'accouchement et au vécu du sevrage imposé par le passage en salle de naissance ainsi qu'à la pertinence d'une substitution nicotinique au cours du travail.

Je sollicite donc votre aide afin de distribuer ce questionnaire dans les deux heures post-partum aux femmes ayant accouché par voie basse et s'étant déclarées fumeuses lors d'au moins une consultation, quelque soit son statut tabagique actuel.

J'aurais également besoin que vous complétiez quelques informations sur le déroulement de l'accouchement de ces patientes, après accord de celles-ci. Ces données seront bien entendu confidentielles et traitées de façon anonyme.

Je vous remercie par avance de votre aide précieuse.

Gabrielle Cabassut

- ◆ Gestité : Parité :
- ◆ Date et heure d'admission au bloc obstétrical :
- ◆ Date accouchement :
- ◆ Heure accouchement :
- ◆ Âge gestationnel :
- ◆ Analgésie: Aucune Péridurale Rachianesthésie Générale
- ◆ Naissance par: Voie basse non instrumentale Extraction voie basse instrumentale
- ◆ Poids de l'enfant:
- ◆ Apgar: - à 1 min:
- à 5 min:
- ◆ Alimentation: Maternel Artificiel Mixte

A l'intention des patientes:

Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Grenoble.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la consommation de tabac autour de l'accouchement et au vécu du sevrage imposé par le passage en salle de naissance ainsi qu'à la pertinence d'une substitution nicotinique au cours du travail.

Je sollicite donc votre aide pour répondre à ce questionnaire dans les deux heures qui suivent votre accouchement, ce qui vous prendra entre 5 et 10 minutes maximum.

Vous êtes bien entendu libre de participer ou non et les données personnelles recueillies seront confidentielles et traitées de façon anonyme.

Je vous remercie par avance vivement de votre participation.

Gabrielle Cabassut

A remplir en salle de naissance:

Entourez le score qui correspond le plus à votre avis concernant les phrases suivantes:

	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord		
	- —————> +						
Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût	1	2	3	4	5	6	7
S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement	1	2	3	4	5	6	7
Fumer une cigarette ne serait pas agréable	1	2	3	4	5	6	7
Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant	1	2	3	4	5	6	7
Je me sentirais moins fatiguée si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
Je fumerais dès que j'en aurais l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7
Si je fumais, je me sentirais moins déprimée.	1	2	3	4	5	6	7
Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7
Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

Quelques questions vous concernant:

- ◆ Quelle est votre âge ?
- ◆ Vivez-vous en couple ? Oui Non
→ Si oui, votre conjoint(e) fume-t-il(elle) ? Oui Non
- ◆ Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ?
- ◆ Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ces dernières semaines?.....
- ◆ S'agit-il de cigarettes: Industrielles Roulées
- ◆ Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 Moins de 5min 6 à 30 min 31 à 60 min Après plus d'une heure
- ◆ Avez-vous sollicité de l'aide pour diminuer et/ou arrêter votre consommation de tabac au cours de la grossesse? Oui Non
→ Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (plusieurs réponses possibles)
 Consultation tabacologue Acupuncture
 Substituts nicotiques (patch, gommes...) Autre:.....
 Hypnose
- ◆ Date et heure (approximative) de votre dernière cigarette:
- ◆ Auriez-vous aimé que l'on vous aide à ne pas fumer à partir du début du travail ?
 Oui Non
- ◆ Auriez-vous aimé que l'on vous propose une substitution nicotinique (patch par exemple) à votre admission?
 Oui Non

Annexe 2: French Tobacco Craving Questionnaire – Short version (FTCQ12)

	PAS DU TOUT D'ACCORD → TOUT A FAIT D'ACCORD						
1 – Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût.	1	2	3	4	5	6	7
2 – S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer.	1	2	3	4	5	6	7
3 – Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.	1	2	3	4	5	6	7
4 – Fumer une cigarette ne serait pas agréable.	1	2	3	4	5	6	7
5 – Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant.	1	2	3	4	5	6	7
6 – Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.	1	2	3	4	5	6	7
7 – Je fumerais dès que j'en aurai l'occasion.	1	2	3	4	5	6	7
8 – Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes.	1	2	3	4	5	6	7
9 – Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.	1	2	3	4	5	6	7
10 - Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).	1	2	3	4	5	6	7
11 - Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer.	1	2	3	4	5	6	7
12 - Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 3: Test de Fagerström simplifié

Test de Fagerström simplifié en deux questions

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins 0
 - 11 à 20 1
 - 21 à 30 2
 - 31 ou plus 3
- Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - Moins de 5 minutes 3
 - 6 à 30 minutes 2
 - 31 à 60 minutes 1
 - Après plus d'1 heure 0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

Annexe 4: Traitement de substitution nicotinique chez la femme enceinte selon le Réseau Sécurité Naissance de la région Pays de la Loire (8)

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION NICOTINIQUE TSN – choix des dosages				
Résultat CO testeur	0 à 10	11 à 17	18 à 27	> 27
Nombre cigarettes/jour (avant la grossesse)	< 10	10 à 20	21 à 30	> 30
Délai après réveil pour la 1 ^{ère} cigarette pendant la grossesse > 60 min après réveil Fagerström Simplifié 0-1	Pas de patch forme orale (FO) Homéopathie	Patch 14 mg/24h ou 10 mg/16h ± FO	Patch 21 mg/24h ou 15 mg/16h ± FO	Patch 21 mg ± 7mg 24h ou 25 mg/16h ± FO
15 -60 min après le réveil Fagerström Simplifié 2-6	Patch 14 mg/24h ± FO	Patch 21 mg/24h ou 15 mg/16h ± FO	Patch 21 ± 7 mg/24h ou 25 mg/16h ± FO	Patch 21± 14 mg/24h ou 25 mg/16h ± FO
< 15 min après le réveil Fagerström Simplifié 4-6	Patch 21 mg /24h ou 25 mg/16h ± FO	2 Patchs 14 mg /24h ou 25 mg/16h ± FO	Patch 21+14mg/24h ou 25+10 mg/16h ± FO	2 Patchs 21mg/24h ou 25+15 mg/16h ± FO

Annexe 5: Les drogues addictives augmentent la concentration de dopamine via trois mécanismes distincts (14)

