



HAL
open science

Association entre le statut tabagique des sages-femmes hospitalières et leur prise en charge tabagique des femmes dans leur parcours de maternité à l'hôpital couple enfant de Grenoble

Mathilde Mugnier

► To cite this version:

Mathilde Mugnier. Association entre le statut tabagique des sages-femmes hospitalières et leur prise en charge tabagique des femmes dans leur parcours de maternité à l'hôpital couple enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03049105

HAL Id: dumas-03049105

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03049105>

Submitted on 9 Dec 2020

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ASSOCIATION ENTRE LE STATUT TABAGIQUE
DES SAGES-FEMMES HOSPITALIERES
ET LEUR PRISE EN CHARGE TABAGIQUE DES FEMMES
DANS LEUR PARCOURS DE MATERNITE
A L'HOPITAL COUPLE ENFANT DE GRENOBLE**

Par MUGNIER Mathilde
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 15-06-2020

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

Année 2019-2020

Résumé :

Objectifs : L'objectif principal était de tester si le statut tabagique des sages-femmes hospitalières était associé à des différences de prise en charge du tabagisme des femmes au cours de leur parcours de maternité. C'était un critère composite faisant appel à la réalisation par les sages-femmes auprès des patientes de l'intervention brève, de la réorientation vers un tabacologue et de l'abord du tabagisme du conjoint. Nous avons également exploré la perception des sages-femmes sur l'influence de leur tabagisme dans la communication avec les femmes fumeuses.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale déclarative unicentrique réalisée sous forme d'hétéro-questionnaire anonymisé auprès de 44 sages-femmes hospitalières en activité à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

Résultats : Un total de 33 sages-femmes ont été incluses pour être analysées. La réalisation du critère de jugement principal était conforme chez une sage-femme sur huit (12,5%) du groupe fumeurs et chez une sage-femme sur 25 (4%) du groupe non-fumeurs (OR 3,4 ; IC 0,2-62,1 ; p=0,4).

Conclusion : La prise en charge tabagique des femmes au cours de leur parcours de maternité ne différenciait pas de manière statistiquement significative entre le groupe de sages-femmes fumeuses et non-fumeuses.

Mots clés : Sages-femmes · Parcours de maternité · Statut tabagique · Prise en charge

Abstract :

Objectives : The primary outcome was to test if the smoking status of midwives was associated with differences in smoking management of women during their maternity journey. It is a composite primary end point consisting of the achievement of a brief intervention by the midwives with their patients, the referral to a tobaccologist and the approach of the partner smoking status. We also explored the perception of midwives about the influence of their smoking status in their communication with women who smoke.

Methods : It is a monocentric, declarative cross-sectional observational study carried out in the form of an anonymized hetero-questionnaire among 44 hospital midwives working at the Hopital Couple Enfant in Grenoble.

Results : A total of 33 midwives were included for analysis. The primary study outcome was consistent in one in eight (12,5%) midwife in the smoking group and in one in 25 (4%) midwife in the non-smoking group (OR 3,4 ; 95% confidence interval [CI] 0,2-62,1 ; p=0,4).

Conclusion : The smoking management of women during their maternity journey was not significantly different between the group of smoking and non-smoking midwives.

Key-words : Midwives · Maternity journey · Smoking Status · Patient care

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Madame Chrystèle CHAVATTE, sage-femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble Alpes, présidente de ce jury ;

Madame le Professeure Pascale HOFFMANN, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier-Gynécologie Obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, co-présidente de ce jury ;

Madame Laurence COMBET-BLANC, sage-femme coordinatrice du Centre Hospitalier de Voiron, sage-femme invitée ;

Madame Aline NOBLET, sage-femme tabacologue à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, directrice de ce mémoire ;

Madame Delphine SAVOY, sage-femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble-Alpes, co-directrice de ce mémoire ;

De me faire l'honneur de leur présence dans mon jury ;

Je remercie plus particulièrement :

Madame Aline NOBLET, sage-femme tabacologue à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, directrice de ce mémoire ;

Pour sa bienveillance et son expertise tout au long de ce travail ;

Madame Delphine SAVOY, sage-femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble-Alpes, co-directrice de ce mémoire ;

Pour ses précieux conseils ainsi que sa réactivité pour l'aboutissement de ce travail ;

Madame Nadine VASSORT, sage-femme cadre supérieur du pôle Couple Enfant à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble ;

Pour son accord à la réalisation de ce mémoire au sein des différents services de la maternité de l'Hôpital Couple Enfant ;

Les sages-femmes cadres des différents services de salle d'accouchement, suites de couches, consultations, grossesse à haut risque et procréation médicalement assistée de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble ;

Pour leur accord et leur aide dans la mise en place de mon recueil de données ;

Les sages-femmes de l'Hôpital Couple Enfant ayant accepté de participer à mon étude ;

Pour leur accueil et leur disponibilité au cours de mon recueil de données ;

Le groupe de travail Périnatalité addictions et vulnérabilités du réseau Réseau Périnatal Alpes Isère ;

Pour leur accord de diffusion du protocole de prise en charge des femmes enceintes fumeuses ;

Je remercie également :

Madame Chrystèle CHAVATTE, sage-femme enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble-Alpe, référente de promotion durant mes premières années d'étude de sage-femme ;

Madame Claudine MARTIN, sage-femme enseignante au Département Maïeutique de l'UFR de Médecine Grenoble-Alpes, référente de promotion sur mes dernières années d'étude de sage-femme ;

Pour leurs transmissions de savoir, leurs conseils et leur soutien tout au long de ces années études ;

Ma famille et mes proches ;

Pour leur amour et leur soutien indéfectible ;

Clotilde HAUTEVILLE, mon amie ;

Pour son amitié, sa présence, et son soutien.

Table des matières

Liste des abréviations :	1
Introduction :	2
Matériels et méthodes :	5
<i>Echantillon éligible</i>	5
<i>Déroulement de l'enquête</i>	6
<i>Hétéro-questionnaire</i>	7
<i>Analyse de statistiques</i>	10
<i>Ethique</i>	11
Résultats :	12
Discussion :	17
<i>Discussion des résultats de l'enquête</i>	17
<i>Forces et limites de l'étude</i>	24
<i>Freins et perspectives</i>	26
Conclusion :	28
Références bibliographiques :	29
Annexes :	32
<i>Annexe I : Hétéro-questionnaire</i>	32
<i>Annexe II : Consentement de participation</i>	34
<i>Annexe III : Flyer à destination des patientes avec des consommations à risques du Réseau Périnatal Alpes Isère</i>	35
<i>Annexe IV : Auto-questionnaire sur les habitudes de vie des patientes enceintes du Réseau Périnatal Alpes Isère</i>	36
<i>Annexe V : Protocole de prise en charge des femmes enceintes fumeuses du Réseau Périnatal Alpes Isère</i>	38

Liste des abréviations :

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

GHR : Grossesse à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

OR : Odds Ratio

PMA : Procréation Médicalement Assistée

RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SA : Salle d'Accouchement

SDC : Suites De Couches

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

Introduction :

Le tabagisme maternel durant la grossesse est un facteur de risque modifiable majeur de mortalité et morbidité maternelle et fœtale (1).

Les sociétés savantes françaises (1), (2), (3), (4) et internationales (5), (6) mettent en évidence une association du tabagisme maternel avec la survenue de troubles de la fertilité, de grossesses extra-utérines, de fausses couches, de placentas prævius, de ruptures prématurées des membranes et de pré-éclampsies. Il est également démontré une association entre le tabagisme maternel et un retard de croissance intra-utérin, une naissance prématurée et une mortalité périnatale.

La lutte contre le tabagisme est donc un véritable enjeu de santé publique plaçant la sage-femme comme principal acteur de cette prévention. Il est donc nécessaire de prendre en compte tous les facteurs pouvant potentiellement intervenir pour garantir une prise en charge optimale et appropriée des femmes fumeuses en pré-conceptionnel, au cours de leur grossesse et en post-natal.

La prévalence du tabagisme féminin en France était en constante augmentation depuis les années 1970 jusqu'en 2016. D'après les premiers résultats du Baromètre de santé de 2018 : 23% des femmes de 18 à 75 ans fumaient quotidiennement (7).

Les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 reprises par le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de 2017 soulignaient que 30% des femmes fumaient avant leur grossesse. Au troisième trimestre, elles étaient encore environ 16% à fumer, c'était le taux le plus élevé d'Europe (8).

En effet, le taux de tabagisme des femmes enceintes au troisième trimestre était de 3,6% en Norvège, de 3,8% en Suède (9), de 9% au Pays-Bas (5) et de 11,4% en Grande Bretagne (10).

En France, 80% des femmes déclaraient avoir été interrogées par un professionnel de santé sur leur consommation de tabac et seulement 46% des femmes fumeuses disaient avoir reçu des conseils pour arrêter (11). Ces données étaient en cohérence avec Andler et al. (3) où 82% des médecins généralistes déclaraient dépister au moins une fois pendant la grossesse la consommation de tabac. Au Pays-Bas (5), nous avons retrouvé des données similaires sur les sages-femmes où 80,7% déclaraient demander le profil tabagique de leurs patientes enceintes. Au total, en France en 2016, neuf femmes fumeuses sur 10 déclaraient avoir modifié leur consommation de tabac au cours de leur grossesse (8).

L'arrêt du tabac, qu'il importe le moment de la grossesse ou du post-partum, est immédiatement bénéfique pour l'enfant et sa mère (2), (12).

En France dès 1998, la conférence de consensus (13) sur l'arrêt de la consommation du tabac précisait la place privilégiée des obstétriciens et des sages-femmes dans la lutte contre le tabac et l'aide à l'arrêt. D'après l'Enquête National Périnatale de 2016, les sages-femmes en maternité publique et en secteur libéral ont été responsables de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse de 25% des femmes enceintes (11). La relation privilégiée des sages-femmes et de leurs patientes, fait d'elles des acteurs essentiels dans la prévention du tabagisme chez les femmes au cours de leur parcours de maternité.

C'était dans cette démarche qu'en 2016, les compétences de prescription des substituts nicotiques par les sages-femmes s'étaient élargies à l'entourage familial de la patiente. Cette mesure appartenait au Programme National de Réduction du Tabagisme intégré dans le Plan Cancer de 2014-2019 ayant pour but d'améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage tabagique (14).

Un ensemble d'études françaises (3), (15), et (16) et internationales (5), (17) mettait en évidence une association entre le statut tabagique des médecins généralistes et leur prise en charge des patients fumeurs. En effet, une récente méta-analyse de Duaso et al. (17) a montré que les médecins fumeurs comparés aux non et anciens fumeurs étaient moins susceptibles de conseiller l'arrêt du tabac. Une autre étude de Underner et al. (15) a conclu que le statut tabagique était inversement corrélé au dépistage du tabac. Cependant, la littérature est actuellement contradictoire sur cette question (16). En effet, certaines études n'ont pas retrouvé de différence entre les médecins fumeurs et non-fumeurs.

Ce qui nous a amené à nous poser la question concernant la profession de sage-femme.

Sachant qu'aucune étude sur cette problématique n'a été réalisée concernant les sages-femmes contrairement aux médecins généralistes.

Cette étude cherchait donc à tester l'association du statut tabagique des sages-femmes hospitalières sur leur prise en charge du tabagisme des patientes au cours de leur parcours de maternité afin de déterminer si celui-ci est un facteur à considérer. Nous entendons par parcours de maternité du projet de grossesse jusqu'au post-partum immédiat (soit 72h après la naissance). Nous avons émis l'hypothèse que les sages-femmes fumeuses avaient une approche moins favorable et donc seraient moins susceptibles d'intervenir auprès des patientes fumeuses.

L'objectif principal était de tester si le statut tabagique des sages-femmes hospitalières était à associer à des différences de prise en charge du tabagisme des femmes lors de leur parcours de maternité.

L'objectif secondaire était d'explorer la perception des sages-femmes sur l'influence de leur tabagisme dans la communication avec les femmes fumeuses.

Matériels et méthodes :

Une étude épidémiologique observationnelle déclarative transversale unicentrique a été réalisée sous hétéro-questionnaire auprès des sages-femmes hospitalières en activité à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble.

Echantillon éligible

L'échantillon étudié était constitué par les sages-femmes hospitalières en activité à l'HCE, maternité de niveau 3 à la Tronche appartenant au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) au moment du recueil des données.

Il a été établi par échantillonnage aléatoire de mi-octobre à fin décembre 2019 sur les sages-femmes hospitalières en activités à l'HCE exerçant dans les services de salle d'accouchement (SA), suites de couches (SDC), consultations, grossesse à haut risque (GHR) et procréation médicalement assistée (PMA); quel que soit leur âge, leur sexe, leur situation professionnelle, leur formation en tabacologie et leur statut tabagique.

Les sages-femmes hospitalières exerçant dans d'autres structures que l'HCE de Grenoble, les sages-femmes en arrêt maladie à l'HCE, les sages-femmes n'ayant pas donné leur consentement de participation et les étudiantes sages-femmes n'ont pas été incluses dans l'étude.

Cet échantillon, ainsi constitué, comportait 70 sages-femmes en activité en septembre 2019, c'est-à-dire les agents stagiaires, les titulaires et les contractuelles (contrat à durée indéterminée : CDI) de la fonction publique hospitalière. Cet effectif total a été recueilli auprès de la sage-femme cadre supérieure du pôle couple enfant sollicitée par e-mail.

Les sages-femmes exclues a posteriori étaient les sages-femmes remplaçantes (contrat à durée déterminée : CDD), celles possédant un diplôme interuniversitaire (DIU) de tabacologie, du fait de leurs connaissances supplémentaires en tabacologie et les sages-femmes ayant une activité de consultation autre que le suivi de grossesse (acupuncture et unité transversale d'accompagnement périnatal (UTAP)). Ces consultations hors suivi de grossesse n'avaient pas pour objectif l'abord du tabac.

Les sages-femmes ont été réparties en quatre catégories en fonction de leur statut tabagique : fumeurs réguliers, fumeurs occasionnels, ex-fumeurs et non-fumeurs.

Nous nous sommes intéressées seulement dans cette étude aux fumeurs de tabac. Nous n'avons donc pas abordé la question des fumeurs de substances illicites et du vapotage.

Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur une période donnée de mi-octobre à fin décembre 2019 à l'HCE dans les services de SA, SDC, consultations de suivi de grossesse, GHR et PMA.

Les informations ont été recueillies par un hétéro-questionnaire anonymisé référencé par un numéro sous forme d'entrevues avec les sages-femmes de chacun des services par moi-même, étudiante sage-femme.

La signature du consentement de participation au questionnaire équivalait à une non opposition de participer à l'étude, après information sur les principaux objectifs et son contexte.

La durée totale du questionnaire lors des entrevues était de cinq minutes, remplissage compris. Les données ont été saisies directement par voie informatique à l'aide d'une tablette numérique au cours des entrevues avec le logiciel de sondage Lime Survey (18).

Les données recueillies ont été exportées via Excel puis ont été analysées à l'aide R4web (19) et BiostatTGV (20).

Hétéro-questionnaire

Le questionnaire comportait neuf questions (*Annexe I*). Il est divisé en trois parties.

Une première partie qui décrivait l'échantillon éligible. Nous avons recueilli les caractéristiques des sages-femmes interrogées : âge, sexe, situation professionnelle (titulaire/stagiaire, CDI, CDD), formations complémentaires aux études de sages-femmes en tabacologie (DIU de tabacologie, congrès/journées de formation), service actuel (SA, SDC, consultations de suivi de grossesse, GHR, PMA).

Puis une deuxième partie qui analysait le critère de jugement principal.

Le critère de jugement principal a été évalué en interrogeant les sages-femmes sur leur prise en charge tabagique des femmes dans leur parcours de maternité comparativement aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (2), (21) et l'étude de la littérature française (3), (15), (16) et internationale (5), (12), (17), (22).

Ce questionnaire s'est intéressé à la prise en charge tabagique des sages-femmes au cours du parcours de maternité des patientes, c'est-à-dire du moment où les femmes entreprennent un projet de grossesse jusqu'au post-partum immédiat (soit 72h après la naissance).

La prise en charge se qualifiait dans un premier temps par l'abord du tabagisme chez les patientes. Les sages-femmes demandaient-elles systématiquement à chaque patiente si elle fume avec quatre modalités de réponse possibles : « toujours, souvent, parfois, jamais ».

Dans un deuxième temps, quelles étaient leurs conduites à tenir à mettre en place, chez les patientes fumeuses. Elles ont été explorées par cinq questions :

Utilisaient-elles le conseil minimal constitué des questions: « Fumez-vous du tabac ? Souhaitez-vous arrêter ? » avec quatre modalités possibles de réponse : « toujours, souvent, parfois, jamais ».

Le conseil minimal était-il associé systématiquement ou non à une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac avec une remise de documents.

Le conseil minimal associé à une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac (substituts et traitements médicamenteux, prise en charge psychologique) avec une remise de documents constituaient l'intervention brève.

Dans un troisième temps, informaient-elles ces patientes fumeuses de l'existence d'une réorientation vers un tabacologue.

Dans quatrième temps, abordaient-elles l'environnement tabagique familial de la patiente et plus précisément « votre conjoint fume-t-il ? ».

Le critère de jugement principal était ainsi un critère composite. Sa conformité devait correspondre à la réalisation par les sages-femmes de l'intervention brève, de la réorientation vers un tabacologue et de l'abandon du tabagisme du conjoint.

Les réponses aux quatre dernières questions ont été dichotomisées en deux réponses oui ou non. Concernant les questions ayant quatre modalités de réponses, nous avons considéré que « toujours » correspondait à 100% des patients, « souvent » $\geq 50\%$, « parfois » $< 50\%$, « jamais » correspondait à 0% des patientes. L'analyse a été réalisée sur des variables qualitatives exprimées en pourcentage.

Enfin une troisième partie, sur la sage-femme et son expérience personnelle du tabagisme qui a permis de les répartir selon leur statut tabagique et d'analyser le critère de jugement secondaire.

Nous avons réparti les sages-femmes interrogées en fonction de leurs réponses aux questions sur le fait qu'elles fument; leur consommation de cigarettes par jour / par semaine; la durée de leur arrêt supérieure ou inférieure à 6 mois.

La définition de ces catégories s'est basée sur l'étude de la littérature française (3), (15), (16).

Une sage-femme fumeuse régulière consomme au moins 1 cigarette par jour tous les jours.

Une sage-femme fumeuse occasionnelle ne fume pas tous les jours avec une consommation de tabac hebdomadaire ou ayant arrêté de fumer depuis moins de 6 mois.

Une sage-femme ex-fumeuse a arrêté de fumer depuis au moins 6 mois.

Une sage-femme non-fumeuse ne fume pas et n'a jamais fumé.

Le critère de jugement secondaire a été exploré par la perception des sages-femmes sur l'influence de leur statut tabagique dans la communication avec les femmes fumeuses : soit n'a aucune influence, un atout ou un handicap. L'analyse a été réalisée sur des variables qualitatives exprimées en pourcentage.

Le questionnaire a été testé au préalable auprès de quelques sages-femmes exerçant à la Clinique Mutualiste de Grenoble et au Centre de Planification de la Mure.

Pour les modalités de réponse « toujours, souvent, parfois et jamais », nous avons choisi pour l'analyse statistique de regrouper les modalités « toujours/souvent » et « parfois/jamais », afin d'avoir de plus grand effectif dans les sous-groupes.

Pour le critère de jugement principal et secondaire, l'échantillon étudié a été séparé en deux groupes : les sages-femmes non-fumeuses et les sages-femmes fumeuses ayant une histoire tabagique (ex-fumeuses, fumeuses occasionnelles, fumeuses régulières).

Analyse de statistiques

Pour être représentatif de la population des sages-femmes hospitalières de l'HCE, le nombre de sujets à interroger s'est donc basé sur une proportion réaliste attendue. A défaut, la configuration la plus défavorable a été retenue, soit au moins 50% de l'effectif total des sages-femmes (70 sages-femmes en septembre 2019) soit au moins 35 sages-femmes à interroger.

En tenant compte des considérations pratiques non quantifiables, après étude de la littérature française et internationale et en présence d'un échantillon fini. Il n'était pas réalisable en l'absence de données référentielles extrapolables aux sages-femmes de calculer un nombre de sujets nécessaires.

Les méthodes statistiques d'analyse choisies étaient descriptives sur les caractéristiques de l'échantillon et univariées sur les critères de jugement principal et secondaire. Tous les tests effectués étaient bilatéraux et non ajustés.

Les résultats étaient exprimés sous forme de moyenne plus ou moins une déviation standard (pour les variables quantitatives) ou d'effectifs et pourcentages (pour les variables qualitatives).

Les tests statistiques utilisés étaient le test du χ^2 de Pearson pour les variables qualitatives (ou pour les petits effectifs le test de Fischer) et le test t de Student (ou test non paramétrique de Mann et Whitney pour les petits effectifs) pour les variables quantitatives.

Pour les modalités de réponse aux questions sur la réorientation vers un tabacologue et la perception des sages-femmes sur l'influence de leur statut tabagique dans leur communication

avec leurs patientes fumeuses, nous avons appliqué la méthode de correction d'Haldane-Anscombe. Elle consistait à rajouter 0,5 à chaque cellule si une des cellules contenait la valeur zéro pour calculer le test Fisher et la p-value des deux groupes fumeurs et non-fumeurs. Le seuil de signification statistique était de 0,05.

Ethique

Un consentement loyal, éclairé et écrit a été demandé aux sujets en amont de l'hétéro-questionnaire après informations. Les informations transmises étaient des explications sur l'étude, l'utilisation des données recueillies et les coordonnées du délégué de protection des données en cas d'opposition ultérieure (*Annexe II*).

Cette démarche a été validée par Monsieur David Rozier, délégué à la protection des données, direction générale.

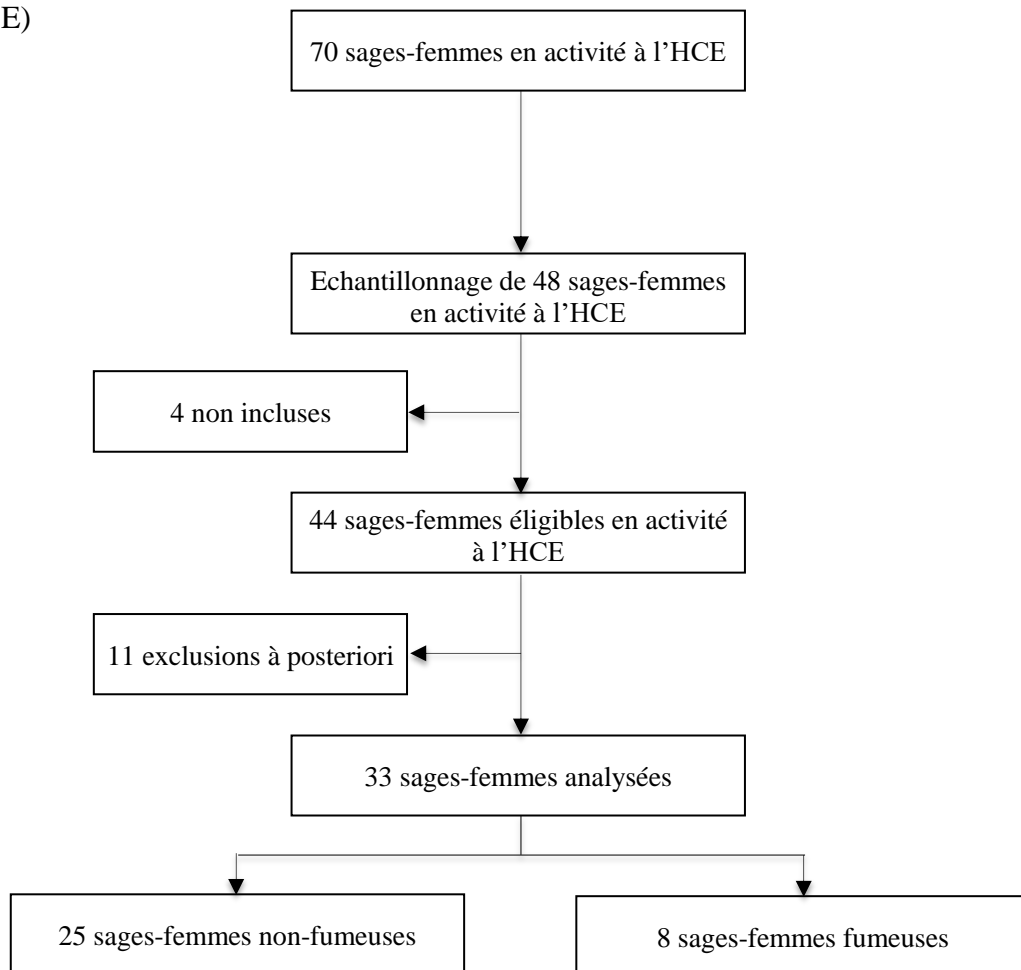
Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement, et n'a pas engendré de coût.

Résultats :

Du 30 octobre au 16 décembre 2019, 48 sages-femmes en activité ont été échantillonnées à l'HCE. Un total de quatre sages-femmes était inéligible du fait d'un refus de participation.

Un total de 11 sages-femmes a été exclu a posteriori du fait de leur statut de sages-femmes remplaçantes (CDD). Sur les 48 sages-femmes échantillonnées, 33 sages-femmes ont donc été incluses pour être analysées (Figure 1).

Figure 1: Diagramme de flux (flowchart) des sages-femmes hospitalières à l'Hôpital Couple Enfant (HCE)



Légende :

Les sages-femmes non incluses : exercice dans d'autres structures que l'HCE de Grenoble, en arrêt maladie, les étudiantes, refus de participer.

Les sages-femmes exclues à posteriori : obtention Diplôme Inter-Universitaire de tabacologie, activité de consultation hors suivi de grossesse, les remplaçantes (CDD).

Analysées : Les sages-femmes non-fumeuses correspondent à celles n'ayant jamais fumé et ne fumant pas.

Les sages-femmes fumeuses correspondent aux sages-femmes ayant une histoire tabagique soit :

- aux ex-fumeuses (ayant arrêté de fumer depuis au moins 6 mois),
- aux fumeuses régulières (fument au moins 1 cigarette par jour tous les jours),
- aux fumeuses occasionnelles (ne fument pas tous les jours et a une consommation de tabac hebdomadaire ou ayant arrêté de fumer depuis moins de 6 mois).

Les caractéristiques de base de la population étudiée se répartissaient selon leur statut tabagique en 8 (24%) fumeurs et 25 (76%) non-fumeurs.

L'âge moyen était de 48 (écart-type de 9,5 ans) chez les fumeurs et 44,1 (écart-type de 11,3 ans) chez les non-fumeurs. Lors de la collecte des données, un seul homme a été interrogé appartenant au groupe des fumeurs.

Les sages-femmes étaient principalement employées en tant que titulaires ou stagiaires, 87,5% et 84% respectivement dans le groupe fumeurs et non-fumeurs. Aucune personne interrogée ne possédait de DIU tabacologique. Cependant, 87,5% des fumeurs et 88% des non-fumeurs avaient assisté à un congrès ou une journée de formation en tabacologie.

Les sages-femmes exerçaient à 25% et 20% en salle d'accouchement; à 37,5% et 20% en suites de couches; à 25% et 16% en consultations de suivi de grossesse; à 12,5% et 20% en grossesse à haut risque et à 0% et 24% en procréation médicalement assistée respectivement chez le groupe fumeurs et non-fumeurs.

Les caractéristiques initiales de référence étaient comparables dans les deux groupes. Les caractéristiques générales de l'échantillon sont présentées dans le Tableau I.

Tableau I: Caractéristiques des sages-femmes éligibles en activités à l'Hôpital Couple Enfant

	Fumeurs (N=8)	Non - Fumeurs (N=25)
Moyenne d'âge (en année) $\pm \sigma$	48 ($\pm 9,5$)	44,1 ($\pm 11,3$)
Femmes (%)	7 (87,5 %)	25 (100 %)
Situation professionnelle (%)		
Titulaire/ Stagiaire	7 (87,5 %)	21 (84 %)
CDI	1 (12,5 %)	4 (16 %)
Formation tabacologie (%)		
DIU tabacologie	0 (0 %)	0 (0 %)
Congrès/Journées de formation	7 (87,5 %)	22 (88 %)
Service actuel (%)		
Salle d'accouchement	2 (25 %)	5 (20 %)
Suites de couches	3 (37,5 %)	5 (20%)
Consultations suivi grossesse	2 (25 %)	4 (16%)
Grossesse à haut risque	1 (12,5 %)	5 (20%)
Procréation médicalement assistée	0 (0 %)	6 (24%)

Légende : σ : Ecart-type, **CDI**: Contrat à durée indéterminée = les sages-femmes contractuelles
Fumeurs: correspondent aux sages-femmes ayant une histoire tabagique soit aux ex-fumeurs, aux fumeurs réguliers et fumeurs occasionnels, **Non-fumeurs**: correspondent aux non-fumeurs

Cette étude cherchait à tester s'il existait une association entre le statut tabagique des sages-femmes sur leur prise en charge tabagique des femmes dans leur parcours de maternité.

Sur les 33 sages-femmes analysées, les sages-femmes fumeuses étaient plus enclins à demander le statut tabagique de leurs patientes (87,5% versus 56%). Cependant, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de notre population (OR 5,5 ; IC 0,6-51,6 ; $p=0,2$). L'abord du souhait de l'arrêt du tabac était similaire dans les deux groupes ; 87,5% dans le groupe fumeurs et 80% chez les non-fumeurs ; aucune différence significative était retrouvée ($p>0,9$).

Le conseil minimal était plus souvent abordé chez les sages-femmes fumeuses. En effet, 87,5% des sages-femmes du groupe fumeurs appliquaient de façon systématique le conseil minimal contre 48% dans le groupe non-fumeurs. Cependant, nous ne retrouvions pas de nette différence statistiquement significative (OR 7,6 ; IC 0,8-71 ; $p=0,1$).

Pour rappel, le conseil minimal regroupait l'abord systématique du tabac et le souhait d'arrêter celui-ci.

Aucune association statistique n'est retrouvée entre les deux groupes fumeurs et non-fumeurs et l'information sur les outils d'aide à l'arrêt tabac avec une remise d'une brochure informative sur le tabac ($p>0,9$).

Le conseil minimal associé à une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac avec une remise de documents constituaient l'intervention brève. Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les sages-femmes fumeuses qui pratiquaient l'intervention brève dans 12,5% des cas et les sages-femmes non-fumeuses dans 4% des cas (OR 3,4 ; IC 0,2-62,1 ; $p=0,4$).

Toutes les sages-femmes déclaraient réorienter systématiquement auprès d'un tabacologue.

Concernant l'abord du tabagisme du conjoint, le groupe non-fumeurs le demandait plus à leurs patientes (84%) par rapport au groupe fumeurs (50%). Il est à noter qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes (OR 0,2 ; IC 0-1,6 ; p=0,1).

Les composantes du critère de jugement principal sont retrouvées dans le Tableau II.

Tableau II: Analyse univariée de l'association du statut tabagique des sages-femmes sur leur prise en charge tabagique des femmes dans leur parcours de maternité

	Fumeurs (N=8)	Non - Fumeurs (N=25)	Odds Ratio Univarié (IC 95%)	P - value Univariée
Critère de jugement principal composite	1 (12,5 %)	1 (4 %)	3,4 (0,2-62,1)	0,4
Intervention brève :	1 (12,5 %)	1 (4 %)	3,4 (0,2-62,1)	0,4
Conseil minimal :	7 (87,5 %)	12 (48 %)	7,6 (0,8-71)	0,1
Abord du tabac				
Toujours / Souvent (%)	7 (87,5 %)	14 (56 %)	5,5 (0,6-51,6)	0,2
Abord souhait arrêt tabac				
Toujours / Souvent (%)	7 (87,5 %)	20 (80 %)	1,8 (0,2-17,7)	> 0,9
Information outils d'aide à l'arrêt tabac (%)	7 (87,5 %)	20 (80 %)	1,8 (0,2-17,7)	> 0,9
Remise d'une brochure informative sur tabac (%)	1 (12,5 %)	2 (8 %)	1,6 (0,1-20,9)	> 0,9
Réorientation tabacologue (%)	8 (100 %)	25 (100 %)	-*	> 0,9**
Abord tabagisme du conjoint (%)	4(50 %)	21 (84 %)	0,2 (0-1,6)	0,1

* Odds Ratio impossible à calculer compte tenu de la division par 0

** Utilisation de la correction Haldane pour calculer P - value

Légende : IC: Intervalle de Confiance, Fumeurs: correspondent aux sages-femmes ayant une histoire tabagique soit aux ex-fumeurs, aux fumeurs réguliers et fumeurs occasionnels, Non-fumeurs : correspondent aux non-fumeurs

La perception de l'influence du statut tabagique des sages-femmes sur la communication avec les femmes fumeuses a été analysée comme critère secondaire.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées, qu'elles soient fumeuses ou non-fumeuses, estimaient que leur statut tabagique n'avait pas d'influence sur la communication avec leurs patientes respectivement 62,5% et 68% (OR 1,3; 0,2-8,6 ; p>0,9).

Les sages-femmes fumeuses pensaient que leur statut tabagique était un atout pour leur communication avec leurs patientes (37,5% versus 8%) contrairement aux sages-femmes non-fumeuses qui percevaient leur statut non tabagique comme un handicap (24% versus 0%).

Il est à noter qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p > 0,05$). Les composantes du critère de jugement secondaire sont retrouvées dans le Tableau III.

Tableau III: Analyse univariée de la perception de l'influence du statut tabagique des sages-femmes sur la communication avec les femmes fumeuses

	Fumeurs N=8	Non - Fumeurs N=25	Odds Ratio Univarié (IC 95%)	P - value Univariée
Perception :				
Atout (%)	3 (37,5 %)	2 (8 %)	0,2 (0-1,7)	0,1
Handicap (%)	0 (0 %)	6 (24 %)	-*	0,3**
Aucune influence (%)	5 (62,5 %)	17 (68 %)	1,3 (0,2-8,6)	> 0,9

* Odds Ratio impossible à calculer compte tenu de la division par 0

** Utilisation de la correction Haldane pour calculer P - value

Légende : IC: Intervalle de Confiance, Fumeurs: correspondent aux sages-femmes ayant une histoire tabagique soit aux ex-fumeurs, aux fumeurs réguliers et fumeurs occasionnels, Non-fumeurs: correspondent aux non-fumeurs

Discussion :

Discussion des résultats de l'enquête

En l'absence de données sur les sages-femmes, nous nous sommes basées sur des études réalisées sur les médecins généralistes. Notre travail permettait donc d'apporter quelques éléments à ce sujet. Plusieurs études dans la littérature française et internationale s'accordaient sur le fait que la consommation de tabac des médecins généralistes pourrait influencer leur pratique professionnelle.

L'objectif principal de notre étude était de tester si le statut tabagique des sages-femmes hospitalières était associé à des différences de prise en charge du tabagisme des femmes au cours de leur parcours de maternité. Ce critère composite faisait appel à la réalisation par les sages-femmes auprès des patientes de l'intervention brève, de la réorientation vers un tabacologue et de l'abord du tabagisme du conjoint.

Il y avait une différence notable, bien que non statistiquement significatif, d'un taux moins important de pratique du conseil minimal chez le groupe non-fumeurs.

Le pourcentage plus bas de la pratique du conseil minimal dans le groupe non-fumeurs était principalement dû à un abord du tabagisme des patientes moins élevé dans ce groupe comparé aux fumeurs. En effet, l'abord du souhait de l'arrêt du tabac était comparativement similaire dans les deux groupes.

Il était intéressant de noter que dans le groupe non-fumeurs, l'abord de l'arrêt du tabac était plus important que l'abord du statut tabagique. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les sages-femmes non-fumeuses, moins sensibilisées aux possibles modifications du statut tabagique des patientes fumeuses, ne demandaient pas systématiquement le statut tabagique d'une patiente si celui-ci était déjà noté dans le dossier médical de suivi de la patiente.

Cependant, elles abordaient préférentiellement le souhait d'arrêter s'il était notifié un tabagisme actif.

Les sages-femmes non-fumeuses ne pratiquaient pas plus le conseil minimal auprès de leurs patientes par rapport au groupe fumeurs.

Il y avait un modeste, bien que non statistiquement significatif, taux moins important d'intervention brève chez le groupe non-fumeurs.

Concernant l'information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac avec une remise d'une brochure informative, la proportion entre les deux groupes était similaire. Aucune différence n'a donc été mise en avant.

Nous avons remarqué une proportion basse de la remise d'une brochure informative sur le tabac dans les deux groupes. Celle-ci pourrait s'expliquer par l'absence à disposition de ces documents dans les différents services. Ce taux bas de remise de brochure informative était compensé par un pourcentage important dans les deux groupes de dispensation d'une information aux outils d'aide à l'arrêt du tabac.

Les sages-femmes non-fumeuses ne pratiquaient pas plus l'intervention brève que les sages-femmes fumeuses. Le pourcentage de pratique de l'intervention brève était bas dans les deux groupes. Ces données rejoignent celles de l'étude de Hopman et al. (5) en 2019 aux Pays Bas. En effet, la majorité des sages-femmes demandait le profil tabagique de leurs patientes mais seulement une minorité passait en revue toutes les étapes du conseil.

Andler et al. (3) en 2018 ont montré que la prise en charge des médecins généralistes français du tabagisme de leurs patientes enceintes fumeuses était reliée à leur statut tabagique. En effet, les patientes recevaient plus fréquemment des recommandations de diminution du nombre de cigarette par les médecins fumeurs réguliers et sevrés comparativement aux non-fumeurs. Deux études similaires ont été réalisées à l'échelle locale. Underner et al. (15) en 2006 dans le département de la Vienne concluaient qu'être un médecin fumeur était

inversement corrélé avec la pratique du conseil minimal. De Col et al. (16) en 2010 en Maine et Loire exposaient que les médecins fumeurs interrogeaient moins souvent les patients sur leur tabagisme.

Toutes les sages-femmes sans distinction de groupe réorientaient systématiquement vers un tabacologue. Ceci pourrait s'expliquer par la présence d'une sage-femme tabacologue et donc d'un référent sur le sujet accessible au sein des locaux de l'HCE. La réorientation très fréquente de leurs patientes fumeuses auprès d'un tabacologue pourrait expliquer le faible taux de sages-femmes qui assurent une prise en charge globale.

Les sages-femmes non-fumeuses abordaient plus systématiquement le tabagisme du conjoint, sans différence significative retrouvée.

Le critère de jugement principal composite de l'abord du tabac aux conduites à tenir à mettre en place pour les patientes fumeuses dans un parcours de maternité ne différenciait donc pas significativement entre les deux groupes.

Nos résultats sur le critère de jugement principal étaient donc en discordance avec la littérature française qui mettait plutôt en évidence que les professionnels de santé fumeurs demandaient moins à leurs patients leur statut tabagique et demandaient moins aux fumeurs s'ils envisageaient d'arrêter comparativement aux non-fumeurs. La différence retrouvée dans notre étude pourrait s'expliquer par un seuil de mesure du critère de jugement principal composite différent du seuil de mesure des critères principaux des études de la littérature scientifique; ce qui a pu amener à des conclusions différentes.

Nous n'avons pas pu conclure sur notre hypothèse car aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence et au contraire les données tendaient à une prise en charge globale plus importante chez les sages-femmes fumeuses comparées aux non-fumeuses.

Concernant le critère de jugement secondaire sur l'influence de leur statut tabagique, plus de la moitié des sages-femmes interrogées estimaient que leur statut tabagique n'avait pas d'influence dans la communication avec leurs patientes, sans différence observée.

Les sages-femmes du groupe fumeurs étaient plus enclins à penser que leur statut tabagique était un atout alors que pour les non-fumeurs, un handicap. Il n'existait cependant pas de différence statistiquement significative entre les groupes des fumeurs et des non-fumeurs.

Nous pourrions supposer que la connaissance du produit par le groupe fumeurs ressentie comme un atout amenait à une empathie vis-à-vis de leurs patientes fumeuses à l'inverse du groupe non-fumeurs. Cependant, l'influence était une notion subjective qui pouvait être difficile à percevoir. Dans la littérature française, la perception qu'avaient les médecins généralistes fumeurs de l'influence de leur tabagisme sur le contact avec le patient était contradictoire.

En effet, Underner et al. (15) montraient que les médecins fumeurs pensaient que le tabagisme des médecins pouvait favoriser la communication avec leurs patients ou n'avait aucune influence. De Col et al. (16) exposaient que les médecins fumeurs ne pensaient pas que leur statut tabagique avait une influence sur leur pratique du conseil minimal alors que les non-fumeurs pensaient que leur statut tabagique augmentait leur pratique du conseil minimal.

En France, en 2004, la méthode des « 5A » a été préconisée par la conférence de consensus «Grossesse et tabac» de l'HAS (2). Cette méthode correspond à l'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation de la personne. Elle est fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement selon le modèle des 5A : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir), et Arrange (organiser), en combinaison avec un éventuel traitement médicamenteux. Elle était reprise en 2013 par l'OMS adaptée au domaine périnatal (12).

Sa pratique est largement utilisée dans de nombreux pays anglophones comme nous l'avons retrouvé dans la littérature internationale.

Pipe et al. (22) avaient entrepris en 2009 une étude nommée STOP : "Smoking : The Opinions of Physicians" qui était la plus large étude multinationale à s'intéresser si le statut tabagique des médecins généralistes était associé à leur croyance sur le tabagisme. Il en ressortait que les médecins non-fumeurs abordaient plus systématiquement le tabagisme des patients et les recommandations de cessation du tabac. Les résultats de cette étude multinationale étaient similaires à ceux d'une étude canadienne Meshefedjian et al. (23) en 2010. En effet, ils ont montré que les médecins généralistes fumeurs étaient moins enclins à déterminer le statut tabagique des patients, à fournir des conseils sur l'arrêt du tabac et sur la couverture complète de cessation. Les résultats de ces études internationales confirmaient les résultats des études précédentes à l'échelle nationale françaises Andler (3) et Underner (15). Une autre méta-analyse de Duaso and al. en 2014 (17) regroupant des études de Grande-Bretagne et Espagne avait suggéré une délivrance faible et variable des « 5A » chez les professionnels de santé. Les fumeurs étaient moins enclins par rapport au non et ex-fumeurs à conseiller et assister leurs patients dans leur arrêt de fumer mais plus enclins à les référer à des programmes d'arrêt de tabac.

En France, tous les professionnels de santé peuvent pratiquer les « 5A » en routine lors de la prise en charge d'un patient tabagique, cependant sa pratique reste limitée.

Notre étude a mis en avant la disparité des pratiques auprès des sages-femmes et donc la nécessité de plus de régularité dans les formations. En effet, au vu de la littérature scientifique française, nous n'avons pas retrouvé de définition précise standardisée en France de la prise en charge du tabagisme par les professionnels de santé.

Il serait ainsi d'autant plus pertinent d'adapter l'abord du tabagisme spécifiquement aux consultations de maternité. Ceci reviendrait à prendre en compte la réalisabilité en obstétrique de l'intervention brève.

Le lien avec les tabacologues doit être renforcé. Ils ont une place centrale dans la stratégie de prise en charge tabagique des femmes fumeuses dans leur parcours de maternité.

Il était également retrouvé dans la littérature internationale lors de l'étude de Thyrian et al. (24) de promouvoir l'approche par les sages-femmes d'une prise en charge plus personnelle et empathique. Cette approche devrait être en coopération avec la patiente fumeuse plutôt que protocolaire pour favoriser son adhésion.

L'environnement tabagique et donc le tabagisme du conjoint comme le rappelle l'OMS en 2013 (12) est également un facteur déterminant à interroger systématiquement. En effet, le tabagisme du partenaire diminue les chances d'arrêt complet des femmes enceintes fumeuses et augmente les chances de rechute après l'accouchement. Les professionnels de santé devraient, autant que possible, intervenir directement auprès des partenaires et autres membres de la famille.

Il aurait pu être intéressant de chercher dans notre étude la perception des sages-femmes interrogées sur les obstacles qu'elles considéraient pour l'abord et la prise en charge du tabagisme. Les trois plus grosses barrières pour aider les patients à arrêter de fumer d'après l'étude de Pipe (22) étaient la volonté du patient (35%), l'addiction / la dépendance (33%) et l'environnement social (32%) du patient. Selon l'étude de Hopman (5), la perception d'un manque de motivation des patientes était perçue comme une barrière pour les sages-femmes à dispenser des conseils d'arrêt. D'autres freins ont été mis en avant dans la littérature sur la prise en charge du tabagisme par les professionnels de santé comme un manque de temps, un sentiment d'inefficacité, une multiplicité de messages à faire passer, une formation souvent jugée insuffisante ainsi qu'une absence de brochures gratuites ou d'outils simples ou de

gadgets. Il serait donc intéressant de les envisager afin d'y pallier et permettre une prise tabagique adaptée aux femmes fumeuses.

De nombreuses études ont permis de mettre en avant que les médecins ayant participé à une formation officielle sur la prise en charge du tabagisme augmentait significativement la recherche du statut tabagique et le taux de conseils d'arrêt dispensé à leurs patients. Ainsi, peu importe le statut tabagique des sages-femmes, nous avons pu soulever l'intérêt et l'importance de développer des formations et programmes spécifiques au cours des études et en continu destinés aux sages-femmes. Cet enjeu correspond à l'action numéro neuf du Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (25).

C'est dans une démarche de formation continue qu'en 2017, une formation dénommée Repérage Précoce et Intervention Brève sur la problématique du tabac, cannabis et alcool a été réalisée à l'HCE. Actuellement, dans le cadre du groupe de travail Périnatalité addictions et vulnérabilités du réseau RPAI (Réseau Périnatal Alpes Isère), une réflexion est menée autour de la prise en charge tabagique. Un flyer a été créé à destination des patientes avec des consommations à risques dont le tabac, disponible à l'HCE. Un protocole de prise en charge des femmes enceintes fumeuses, selon les réponses à un auto-questionnaire sur leurs habitudes de vie, doit être mis en place prochainement au sein l'HCE. (*Annexes III, IV et V*)

En conclusion, comme le recommandait l'OMS en 2017 (26), les professionnels de santé devraient interroger toutes les femmes enceintes sur leur consommation de tabac (passée et actuelle) et leur éventuelle exposition passive à la fumée de tabac, à un stade le plus précoce possible de la grossesse et à chaque visite pour des soins prénatals. La littérature scientifique a démontré que le fait de poser les deux questions du conseil minimal de façon systématique doublait le taux de succès à long terme d'arrêt du tabac par rapport à un arrêt spontané.

En effet, le conseil minimal est une notion clé de la prise en charge brève du tabagisme. Tout son intérêt réside dans sa brièveté, sa répétition et son utilisation à chaque consultation.

Forces et limites de l'étude

Pour définir les catégories de statut tabagique et la prise en charge tabagique, nous nous sommes basées sur l'étude de la littérature française (3), (15), (16). Pour définir la prise en charge tabagique, nous nous sommes également basées sur l'HAS (2), (21), et l'étude de la littérature internationale (5), (12), (17), (23).

L'enquête par questionnaire nous a paru être la méthode la plus adaptée. La modalité de collecte de données par hétéro-questionnaire avait comme avantages d'être anonymisée et sans personne intermédiaire. En effet, l'anonymat permettait une plus grande liberté d'expression. Le temps estimé pour répondre au questionnaire était relativement court.

De plus, le choix de le réaliser de manière transversale sur une période donnée a permis de se soustraire aux perdus de vue.

Par ailleurs, la plupart des questions étaient de type fermées avec choix unique ou multiples pour une facilité de réponse et d'analyse. Mais ceci ne permettait pas d'avoir des positions plus nuancées.

Notre étude a été faite sur un faible effectif de la population des sages-femmes. En effet, l'étude était mono-centrique ce qui peut induire un manque de puissance et des résultats non statistiquement significatifs.

De plus, elle n'a pas pris en compte la dépendance nicotinique chez les sages-femmes fumeuses. Nous n'avons pas non plus exploré précisément la connaissance des outils d'aide à l'arrêt du tabac par les sages-femmes.

La prescription de substituts nicotiques par les sages-femmes n'a pas été abordée, il aurait été intéressant de voir le réel taux de prescription en usage courant. Notre étude n'abordait pas non la question de la cigarette électronique compte tenu de l'absence de recul sur cette pratique récente et spécifique.

Cette étude présentait un certain nombre de biais. Nous avons retrouvé des biais de sélection. En effet, n'ont répondu au questionnaire que les personnes désireuses de répondre et donc intéressées par la prévention du tabagisme. De plus, nous les avons échantillonnées dans la population des sages-femmes hospitalières dans un seul centre hospitalier l'HCE, avec un recueil transversal des données.

Il existait également des biais de classement. En effet, notre questionnaire était un hétéro-questionnaire, ce qui a pu suggérer certaines réponses par la subjectivité de l'enquêteur.

De plus, il existait un biais de mémorisation pour établir les catégories de statut tabagique, nous nous sommes basées sur des définitions précises faisant appel aux souvenirs des sages-femmes ce qui peut induire des erreurs.

Il a fallu également prendre en compte le biais de désirabilité sociale. Le questionnaire était basé sur le déclaratif, nous avons donc pu nous interroger sur la véracité des réponses même si l'anonymat a été clairement énoncé sur le questionnaire.

D'une part, le pourcentage de fumeurs ainsi que la quantité de tabac fumé étaient souvent des valeurs sous-estimées dans les études basées sur le déclaratif. Et d'autre part, un écart entre la pratique réelle et la bonne pratique était observé selon les sociétés savantes.

Enfin, il existait des biais de confusion. En effet, certains facteurs pouvaient augmenter ou diminuer l'association potentiellement trouvée tels que l'année d'obtention du diplôme de sage-femme (connaissances actualisées, expérience professionnelle), la formation tabagique (connaissances supplémentaires), le service d'activité lors du questionnaire (les consultations permettent d'aborder plus fréquemment le tabagisme maternel).

Pour y pallier, nous avons mis en place des dispositifs pour limiter ces biais. Tout d'abord, en prenant en compte à priori les biais de confusion : par restriction de la population à l'aide des critères d'exclusions et d'inclusions comme la prise en compte de la formation en tabacologie, du service actuel des sages-femmes, des pratiques non représentatives de l'HCE par les sages-femmes remplaçantes (CDD) dans l'analyse de nos données.

Nous avons également pris en compte les biais de classements à l'aide d'un questionnaire standardisé, objectif et validé pour le recueil des données.

Ensuite, afin d'avoir des résultats plus significatifs, nous avons regroupé des catégories de statut tabagique en abandonnant la distinction entre fumeurs réguliers, occasionnels, ex-fumeurs. Un seul groupe fumeurs ayant comme point commun une histoire tabagique active ou passive a donc été ainsi constitué. De même, pour la simplification des modalités de réponses des échelles d'auto-évaluation, l'abandon de la distinction était nécessaire. Cependant, ce regroupement a pu engendrer une perte d'information.

Freins et perspectives

Nous avons supposé que l'exclusion des CDD dans notre étude entraînait l'exclusion d'une catégorie de sages-femmes récemment diplômées; au profit de sages-femmes plus éloignées de leur formation initiale en tabacologie. Nous nous sommes appuyées sur une étude de 2016 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (27) qui mettait en avant que l'insertion professionnelle des sages-femmes récemment diplômées se faisait plus souvent et, sans doute pour une plus longue période, via des contrats à durée déterminée.

De plus, nous avons fait l'hypothèse que les sages-femmes en CDD constituaient une catégorie d'âge de professionnelles plus jeune d'autant plus sujettes au tabagisme.

En effet, les jeunes femmes âgées de 25 à 34 ans en 2018 étaient la tranche d'âge qui compte le plus de fumeuses quotidiennes (7). Leur exclusion a pu diminuer la prévalence du groupe fumeurs et donc pourrait expliquer l'absence de résultats statistiquement significatifs.

L'extrapolation à l'ensemble de la population des sages-femmes hospitalières françaises était limitée compte tenu du faible effectif et de la restriction à un seul centre hospitalier. Il serait nécessaire de réaliser d'autres études venant compléter celle-ci à plus grande échelle, en s'intéressant également aux autres modes d'exercices notamment l'exercice libéral.

D'autres pistes sont actuellement explorées pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes fumeuses notamment sur d'autres supports d'aide à l'arrêt du tabac interactifs (5) ou de nouvelles approches comme des incitations financières. En effet, une étude multicentrique randomisée Financial Incentives for Smoking Cessation during Pregnancy (Incitation financière à arrêter de fumer pendant la grossesse) est en cours de réalisation dans 16 maternités françaises depuis 2016 (28).

La maternité de l'HCE de Grenoble participe à celle-ci. Cette étude cherche à évaluer l'efficacité des incitations financières sur l'arrêt du tabac et le maintien de l'abstinence tabagique chez les femmes enceintes françaises.

Conclusion :

Il serait intéressant d'envisager cette étude dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la prise en charge des patientes fumeuses quel que soit le statut tabagique des sages-femmes.

Même si cette étude n'a pas permis de confirmer l'existence d'une association entre le statut tabagique des sages-femmes et leur prise en charge de leurs patientes fumeuses; elle permet cependant de montrer que le simple abord du tabac n'est pas systématique peu importe le groupe. La prise en charge globale du tabagisme de l'abord du tabac aux conduites à tenir face à une patiente fumeuse est encore plus faiblement réalisée. L'intérêt de faire de nouvelles études à l'échelle locale mais aussi nationale sur ce sujet pourrait permettre d'inclure aussi le statut tabagique des sages-femmes dans les formations sur la prise en charge tabagique.

Références bibliographiques :

1. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Item 26-UE2-Prévention des risques fœtaux : infections médicaments, toxiques, irradiation : Tabac et grossesse. In: Gynécologie Obstétrique. 4ème éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2018. p. 386-92.
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Conférence de consensus: « Grossesse et tabac » [Internet]. 2004 [cité 3 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac
3. Andler R, Cogordan C, Pasquereau A, Buyck J-F, Nguyen-Thanh V. The practices of French general practitioners regarding screening and counselling pregnant women for tobacco smoking and alcohol drinking. *Int J Public Health*. 1 juin 2018;63(5):631-40.
4. Andler R, Cogordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Baromètre santé 2017: Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. *Santé Publique Fr*. 2018;1-9.
5. Hopman P, Springvloet L, de Josselin de Jong S, van Laar M. Quit-smoking counselling in Dutch midwifery practices: Barriers to the implementation of national guidelines. *Midwifery*. avr 2019;71:1-11.
6. Eastham R, Gosakan R. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Obstet Gynaecol*. 2010;12(2):103-9.
7. Andler R, Richard J, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes: résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2019;(15):271-7.
8. Demiguel DV, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2018;(35-36):694-703.
9. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [Internet]. Euro-Peristat Project. 2018 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html>
10. Lifestyles Statistics Team, Health and Social Care Information Center. Statistics on Women's Smoking Status at Time of Delivery: England [Internet]. GOV.UK. 2016 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/statistics/statistics-on-womens-smoking-status-at-time-of-delivery-england-apr-2015-to-mar-2016>
11. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Les Enquêtes Nationales Périnatales-Rapport 2016 [Internet]. EPOPé. 2017 [cité 14 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>

12. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Genève: World Health Organization (WHO); 2013. 104 p.
13. Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France). L'arrêt de la consommation du tabac: conférence de consensus. Paris: EDK, Éditions médicales et scientifiques; 1998. 413 p.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019: Rapport annuel 2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 4 nov 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
15. Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G, et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir.* nov 2006;23(5):426-9.
16. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir.* mai 2010;27(5):431-40.
17. Duaso MJ, McDermott MS, Mujika A, Purssell E, While A. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014;109(11):1811-23.
18. Shmitz C. LimeSurvey for Students in Health [Internet]. LimeSurvey. 2013 [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/admin/index>
19. Gillois P. R4web [Internet]. 2009 [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://r4web.univ-grenoble-alpes.fr/fr/>
20. Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), Sorbonne Université. BiostaTGV [Internet]. 2000 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
21. Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours: Recommandation de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé (HAS). 2014 [cité 4 nov 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
22. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns.* janv 2009;74(1):118-23.
23. Meshefedjian GA, Gervais A, Tremblay M, Villeneuve D, O'Loughlin J. Physician smoking status may influence cessation counseling practices. *Can J Public Health Rev Can Sante Publique.* août 2010;101(4):290-3.

24. Thyrian JR, Hannöver W, Röske K, Scherbarth S, Hapke U, John U. Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. *Midwifery*. mars 2006;22(1):32-9.
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de réduction du tabagisme 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
26. Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2017. 180 p.
27. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les sages-femmes: une profession en mutation. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2016. 242 p.
28. Berlin N, Goldzahl L, Jusot F, Berlin I. Protocol for study of financial incentives for smoking cessation in pregnancy (FISCP): randomised, multicentre study. *BMJ Open*. juill 2016;6(7):1-11.

Annexes :

Annexe I : Hétéro-questionnaire

I VOS RENSEIGNEMENTS

1) Quel est votre âge ? ans

2) Quel est votre sexe ?

Femme	Homme

3) Situation professionnelle : Vous êtes ?

Titulaire / Stagiaire	En CDI	En CDD

4) Avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire à vos études en tabacologie ?

Oui	Non

Si oui, laquelle ?

DIU tabacologie	Congrès / journées de formations

5) Dans quel service êtes-vous principalement en ce moment ?

Salle d'accouchement	Suites de couches	Consultations de suivi de grossesse	Grossesse à haut risque	Consultations hors suivi de grossesse	Procréation médicalement assistée

II VOTRE PRISE EN CHARGE TABAGIQUE DES FEMMES DANS LEUR PARCOURS DE MATERNITE

**Pour les questions 6 et 7a) toujours= 100% des patientes, souvent \geq 50% des patientes, parfois < 50% des patientes, jamais= 0% des patientes*

6) Abord du tabac :

Demandez-vous systématiquement à chaque patiente dans un parcours de maternité si elle fume? *

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais

7) a) Si la patiente est fumeuse, recherchez-vous un désir d'arrêter le tabac? *

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais

b) Face à une patiente souhaitant arrêter de fumer :

L'informez-vous systématiquement sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac ? (substituts nicotiniques et traitements médicamenteux, prise en charge psychologique)

Oui	Non

Remettez-vous systématiquement une brochure informative sur la prévention du tabac ?

Oui	Non

c) Informez-vous vos patientes fumeuses de l'existence d'une réorientation vers un tabacologue ?

Oui	Non

d) Chez une patiente dans un parcours de maternité, posez-vous la question « votre conjoint fume-t-il ? » ?

Oui	Non

III LA SAGE FEMME ET SON EXPÉRIENCE PERSONNELLE DU TABAGISME

8) Statut tabagique :

Etes-vous actuellement fumeur de tabac ou ex-fumeur ? Fumeur / Non-fumeur / Ex-fumeur

Si vous êtes fumeur, combien de cigarette fumez-vous ? par jour / par semaine

Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ? < 6 mois / > 6 mois

Fumeur régulier (≥ 1 cigarette /j tous les j)	Fumeur occasionnel (pas tous les j mais hebdomadaire)	Ex-fumeur (arrêt ≥ 6mois)	Non-fumeur (jamais fumé et ne fume pas)

9) Perception :

Dans la communication avec vos patientes fumeuses, votre statut tabagique est-il :

Un handicap	Un atout	Aucune influence

Annexe II : Consentement de participation

Je, soussigné(e) _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairé, de participer à cette étude réalisée par Mathilde Mugnier étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin étude de maïeutique.

Sous la direction de : Aline Noblet sage-femme tabacologue.

Sous la co-direction de : Delphine Savoy sage-femme enseignante.

Promoteur : Université Grenoble Alpes, Ecole de sages-femmes de Grenoble, IFPS - Département de Maïeutique CHU Grenoble Alpes, 38013 Grenoble.

Investigateur principal : Mathilde Mugnier 5^{ème} année de maïeutique.

But de l'étude : Evaluer la prise en charge du tabagisme des femmes au cours de leur parcours de maternité par les sages-femmes en activité de l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble dans les différents services de salle d'accouchement, suites de couches, consultation, grossesse à haut risque, procréation médicalement assistée sur une période donnée de mi-octobre à décembre 2019.

Engagement du participant : L'étude va consister à un questionnaire anonymisé de cinq minutes.

Engagement de l'investigateur principal : En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Vous trouverez ci-joint les coordonnées du délégué de protection des données en cas opposition ultérieure : David ROZIER, Ph.D. Tél. +33 (0)4 76 76 82 02 DRozier@chu-grenoble.fr Project Management Officer, DSN. Délégué à la Protection des Données, Direction Générale. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe III : Flyer à destination des patientes avec des consommations à risques du Réseau Périnatal Alpes Isère

Les coordonnées des praticiens tabacologues dans le RPAI

Pour en parler avec un professionnel, dans la maternité, à l'hôpital, en ville...

- Clinique Belledonne**
Mme Isabelle Defay, sage-femme tabacologue
Pour prendre rendez-vous : 04 38 38 02 85 (répondeur enregistrateur en cas d'absence)
Consultations : le lundi
- Clinique des Cèdres**
Dr Cédric Mocellini, tabacologue
Pour prendre rendez-vous : 04 76 64 47 44
Consultations : un vendredi après-midi tous les 15 jours à la Clinique
- Groupe Hospitalier Mutualiste M. Frédéric Dupré**, sage-femme tabacologue
Pour prendre rendez-vous : du lundi au vendredi de 9h à 16h30 au 04 76 70 72 87
Consultations : le mercredi après-midi de 13h à 19h
- Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble**
Mme Aline Noblet, sage-femme tabacologue
Pour prendre rendez-vous : du lundi au jeudi de 9h à 16h30 au 04 76 76 89 43 ou 04 76 76 54 00 (répondeur enregistrateur en cas d'absence)
Consultations : le vendredi
- Hôpital de Voiron**
Mme Marie Gonzalez, sage-femme tabacologue
Pour prendre rendez-vous : 04 76 67 14 85 ou www.ch-voiron.fr (via Doctolib : spécialité sage-femme).
- Maison du Territoire Vorois Chartreuse**
Mme Françoise Penasse, sage-femme tabacologue du Service de PMI
Maison de territoire de Vorois Chartreuse
33 avenue François Mitterand - 38500 Voiron
Pour prendre rendez-vous : 04 57 56 11 30 ou 06 86 05 45 97
Consultations : tous les jours entre 8h30 et 16h

Les numéros à appeler

- TABAC INFO SERVICE > 3989** (0,15 c./mm)
DROGUES INFO SERVICE > 0800 23 13 13*
ALCOOL INFO SERVICE > 0980 980 930**
ÉCOUTE CANNABIS > 0980 980 940**
ADDICTOLOGIE HOSPITALIÈRE DE LIAISON > 04 76 67 93 37

*Appel anonyme et gratuit depuis un poste fixe. Appel depuis un portable au coût d'une communication ordinaire : 01 70 23 13 13.
**Appel anonyme et non surtaxé (coût d'une communication locale depuis un poste fixe ou inclus dans les forfaits des box et des mobiles).

Qu'est ce que le Réseau Périnatal Alpes-Isère ?

Le Réseau Périnatal Alpes-Isère coordonne :

- > les 5 maternités : CH de Voiron, CHU de Grenoble, Clinique Belledonne, Clinique des Cèdres, Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble,
- > le Centre Périnatal de la Mure,
- > la PMI (Protection Maternelle Infantile),
- > et l'ensemble des professionnels de santé autour de la naissance.

Ce réseau a pour mission d'organiser la prise en charge de la femme enceinte et de son enfant par l'intervention coordonnée des professionnels de santé impliqués dans leur suivi.

Plus d'infos :

www.rpai-perinat.org

www.inpes.sante.fr
www.mil.santejeunes.com
www.tabacinfo.service.fr
www.cfes.sante.fr
www.drogues.gouv.fr



Bâtiment de la Direction de la Tronche - 1^{er} étage
CHU Grenoble - CS 10217
38043 Grenoble
Cedex 9

2018000 - Conception et réalisation / Illustrations : Norm - www.norm.fr - Document réalisé à partir de la brochure de référence élaborée par le Réseau Santé-Naissance des Pays de la Loire



La grossesse, le bébé et les consommations à risques

> Tabac, alcool, cannabis, médicaments, autres drogues



Addictions : une aide peut être nécessaire pour permettre une grossesse sans complications.



Consommations à risques pendant la grossesse.

Les effets pour le fœtus

- Tabac
- Alcool
- Cannabis
- Drogues
- Médicaments sans contrôle

Pendant la grossesse, la consommation de ces produits est susceptible d'entraîner des risques pour la santé du fœtus et du nouveau-né.

Parlez-en à votre médecin ou votre sage-femme.

Ils pourront vous orienter si besoin vers :

- un tabacologue,
- un addictologue,
- un psychologue...

9 mois

- 8 kilos de fraises
- 7 siestes par semaine
- 6 coups de fil de maman par jour
- 5 sens en éveil
- 4 prénoms en finale
- 3 échographies
- 2 litres d'eau par jour
- 1 heureux événement

0 alcool 0 tabac

Les bénéfices d'une prise en charge

À tout moment, l'arrêt de votre consommation de produit(s) est bénéfique pour vous et votre bébé.

La grossesse est un moment privilégié pour initier un changement...



Et moi, j'en suis où ?

- > Ai-je déjà ressenti le besoin de diminuer ma/mes consommation(s), de changer mon comportement ?
- > Mon entourage m'a-t-il déjà fait des remarques au sujet de ma/mes consommation(s) ?
- > Ai-je déjà eu l'impression que je consomme trop ou trop souvent ?
- > Ai-je déjà eu besoin de consommer un produit ou d'avoir un comportement particulier pour me sentir mieux ?

> Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, pour votre santé et celle de votre bébé, il est important d'en parler avec l'un des professionnels qui suit votre grossesse.

Annexe IV : Auto-questionnaire sur les habitudes de vie des patientes enceintes du Réseau Périnatal Alpes Isère

Madame,

vous venez pour une consultation de suivi de grossesse. Nous vous proposons de répondre à ce questionnaire sur vos habitudes de vie et le confort de votre grossesse. Vous pourrez en parler ensuite avec le médecin ou la sage-femme.

	Confort de la grossesse Habitudes de vie	Réponses à entourer <i>Eventuellement plusieurs</i>	Commentaire facultatif
1	Pendant votre grossesse comment dormez-vous ?	plutôt bien plutôt mal	
2	Pendant votre grossesse, comment vous sentez-vous ?	détendue joyeuse inquiète stressée triste autre à préciser	
3	Rencontrez-vous des difficultés par rapport à l'alimentation ?	aucune grignotage nausées perte d'appétit autre	
4	Avant votre grossesse, qu'aviez-vous l'habitude de boire ?	eau café, thé sodas, jus de fruit cidre, vin, bière, prémix alcools forts boissons énergisantes autre	
5	Pendant votre grossesse, lors d'un repas, d'une soirée, d'une fête ... vous est-il arrivé de consommer :	aucune bière, cidre, prémix vin, apéritif alcool fort boissons énergisantes	
6	Avant votre grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?	0 1-10 11-20 20-30 >30	

« Périnatalité, addictions et vulnérabilités » – RPAI / Addictologie de liaison CHU Grenoble, mai 2017 »

7	Actuellement combien de cigarettes fumez-vous par jour?	0 1-10 11-20 20-30 >30	
8	Vapotez-vous actuellement ?	oui non	
9	Votre conjoint est-il fumeur ?	oui non	
10	Avant votre grossesse, avez-vous consommé du cannabis ?	oui non	
11	Avant votre grossesse, avez-vous déjà consommé l'une de ces substances :	ecstasy, LSD cocaïne, héroïne amphétamines autres drogues	
12	Prenez-vous de la méthadone ou du subutex ?	oui non	
13	Pendant votre grossesse, prenez-vous des médicaments ?	aucun somnifère tranquillisant anti-dépresseur antidouleur codéiné autre médicament	
14	Dans votre vie, avez-vous vécu des situations de violence ?	psychologiques physiques aucune	
15	Avez-vous des difficultés financières ou sociales ?	aucune logement emploi administratives couverture sociale	
16	Actuellement bénéficiez-vous d'une aide ?	de votre famille aide-ménagère éducateur assistant(e) social(e) tutelle, curatelle aucune	
17	Après l'accouchement serez-vous seule pour vous occuper du bébé ?	oui non	

Annexe V : Protocole de prise en charge des femmes enceintes fumeuses du Réseau Périnatal Alpes Isère



TABAC

Entretien (sage-femme / médecin)
Auto-questionnaire → Réponse positive à l'une des questions 6-7-8-9

Echange
EMPATHIE
PAS DE JUGEMENT
VALORISATION BAISSÉ DE LA CONSOMMATION

Conseils/Rappels
Question 7 = Actuellement, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
En concentration de CO : 1 cigarette roulée = 2-3 «cigarettes industrielles»

EVALUATION DE LA SITUATION

Penser à inclure le conjoint

CONSEIL SIMPLE
INFORMER
RASSURER
➔ Remettre le flyer

La diminution ne suffit pas → l'arrêt doit être conseillé
- 7 000 composés toxiques passent la barrière placentaire avec une concentration foetale. Les produits de la combustion entraînent une hypoxie chronique foetale : RCIU, RPM, Prématurité,
- La cigarette électronique n'est pas recommandée par le HCSP. Les substituts nicotiques (SN) doivent être prescrits en première intention + accompagnement / les Thérapies Comportementales Cognitives (TCC)
- Lever la culpabilité.
- Tout arrêt a un bénéfice immédiat sur la grossesse.
- La e-cig ne produit pas de CO : Rassurer la patiente et l'accompagner vers une alternative (substituts ...)
- Evoquer la possibilité d'un suivi renforcé

Mesure du CO (Monoxyde de carbone)	
> 5 ppm : significatif	< 5 ppm : non significatif
Test de Fagerström court :	
- Nbre de cig, - délai entre le réveil et la 1ère cig	

POURSUITE DE LA CONSOMMATION CO>5ppm

- 1 - Conseiller l'arrêt
- 2 - Proposition SN (cf tableau ci-dessous)
- 3 - Recherche des consommations associées
- 4 - Recherches des vulnérabilités psychosociales
- 5 - Proposition d'accompagnement spécialisé
- 6 - Facteur de dépendance : orientation vers la SFT

APPEL
De la SF tabacologue de l'établissement (mail ou tel)

REDUCTION DE LA CONSOMMATION CO>5ppm

- Féliciter tout changement**
- Rechercher les consommations associées (cannabis, alcool, cocaïne, opiacés...) + consommation du conjoint (+/- entourage)
 - Féliciter tout changement
 - Conseiller l'arrêt
 - Proposer un accompagnement
 - Proposer une substitution
- Si possible, donner un RDV à quelques jours avec la SF tabacologue**

PATIENTE EN ARRET

Félicitations Renforcer le sevrage
Expliquer les bénéfices de l'arrêt : oxygénation optimale

Substituts nicotiques

Substituts nicotiques Aide au sevrage tabagique			
CO expiré	< 10 ppm	11-20 ppm	> 21 ppm
Fume	1-10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j
Dépendance forte 4 - 5 - 6	Patch 10 mg +/- Forme orale	Patch 15 mg + forme orale Avis tabacologue	Patch 25 mg + Forme orale Avis tabacologue
Dépendance modérée 2 à 3	Forme orale	Patch 15 mg +/- Forme orale Avis tabacologue	Patch 25 mg +/- Forme orale Avis tabacologue
Dépendance faible 0 - 1	+/- Forme orale	Patch 15 mg +/- forme orale Avis tabacologue	Patch 25 mg +/- forme orale Avis tabacologue

*Drs Anne GARIN, Olivier JENNY, Nathalie FOUILHE, Annie POIZAT
Mmes Aline NOBLET, Isabelle DEFAY, Marianne JEANNIN, Mélanie GAROFALO

Rédaction : Groupe* de travail Addictions et grossesse – Validation RPAI, bureau exécutif du 30/09 /2019

Résumé :

Objectifs : L'objectif principal était de tester si le statut tabagique des sages-femmes hospitalières était associé à des différences de prise en charge du tabagisme des femmes au cours de leur parcours de maternité. C'était un critère composite faisant appel à la réalisation par les sages-femmes auprès des patientes de l'intervention brève, de la réorientation vers un tabacologue et de l'abord du tabagisme du conjoint. Nous avons également exploré la perception des sages-femmes sur l'influence de leur tabagisme dans la communication avec les femmes fumeuses.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale déclarative unicentrique réalisée sous forme d'hétéro-questionnaire anonymisé auprès de 44 sages-femmes hospitalières en activité à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

Résultats : Un total de 33 sages-femmes ont été incluses pour être analysées. La réalisation du critère de jugement principal était conforme chez une sage-femme sur huit (12,5%) du groupe fumeurs et chez une sage-femme sur 25 (4%) du groupe non-fumeurs (OR 3,4 ; IC 0,2-62,1 ; p=0,4).

Conclusion : La prise en charge tabagique des femmes au cours de leur parcours de maternité ne différenciait pas de manière statistiquement significative entre le groupe de sages-femmes fumeuses et non-fumeuses.

Mots clés : Sages-femmes · Parcours de maternité · Statut tabagique · Prise en charge

Abstract :

Objectives : The primary outcome was to test if the smoking status of midwives was associated with differences in smoking management of women during their maternity journey. It is a composite primary end point consisting of the achievement of a brief intervention by the midwives with their patients, the referral to a tobaccologist and the approach of the partner smoking status. We also explored the perception of midwives about the influence of their smoking status in their communication with women who smoke.

Methods : It is a monocentric, declarative cross-sectional observational study carried out in the form of an anonymized hetero-questionnaire among 44 hospital midwives working at the Hopital Couple Enfant in Grenoble.

Results : A total of 33 midwives were included for analysis. The primary study outcome was consistent in one in eight (12,5%) midwife in the smoking group and in one in 25 (4%) midwife in the non-smoking group (OR 3,4 ; 95% confidence interval [CI] 0,2-62,1 ; p=0,4).

Conclusion : The smoking management of women during their maternity journey was not significantly different between the group of smoking and non-smoking midwives.

Key-words : Midwives · Maternity journey · Smoking Status · Patient care