

État des lieux de la consommation de tabac et de sa prise en charge à la maternité du CHU d'Angers

Etude prospective de prévalence menée au CHU
d'Angers du 28/09/2014 au 24/10/2014
puis du 3/11/2014 au 11/11/2014

REY-FRADE Paloma

Sous la direction de Mme Mollé-Guiliani

2014-2015

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat
de sage-femme

Membres du jury

Loïc Sentilhes
Cécile Rouillard
Frédérique Beringue
Béatrice Pierrot

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) REY-FRADE Paloma
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 29/04/2015

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier :

Madame MOLLE-GUILIANI, directrice de mon mémoire, pour son investissement dans ce travail de recherche. Ses conseils, sa patience et son expérience m'auront été précieux pour construire ce mémoire.

L'équipe enseignante de l'école de sage-femme René Rouchy, pour la qualité des supports et les conseils fournis pour m'aider à élaborer ce travail, à chaque étape de sa réalisation. Je les remercie également, tout comme Laurence SADI, pour ces quatre années d'études qui m'auront fait grandir.

Isabelle MONNIER pour son aide dans la traduction.

Ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements, dans toute la France comme en Espagne. Un merci particulier à Bernadette, Gabriel et mon père, lecteurs attentionnés.

Amandine et Denis, toujours présents pour m'aider à avancer et me soutenir.

Table des matières

1 . LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	6
2 . INTRODUCTION.....	7
3 . MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	9
4 . RÉSULTATS.....	11
5 . DISCUSSION.....	15
5.1. Comparaison avec d'autres études.....	15
5.2. Biais et critiques de l'étude.....	16
5.3. Prise en charge au CHU d'Angers.....	17
5.4. Questions soulevées et propositions.....	18
6 . CONCLUSION.....	19
7 . BIBLIOGRAPHIE.....	20
8 . ANNEXES.....	22

1 . Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

UCT : Unité de Coordination de Tabacologie

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

API : Allocation Parent Isolé

2 . Introduction

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur. Les méfaits de la consommation de tabac pendant la grossesse sont connus et prouvés. Le tabac est la première cause évitable de complications périnatales (Braillon (1)). Comme l'expliquent la HAS (2), la conférence de consensus de 2004 (3), Théret et al. (4) et Grangé et Guilbert (5), il existe un lien de causalité, c'est-à-dire une association statistiquement significative, une relation dose-effet, une réversibilité à l'arrêt et un mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet, entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de complications :

- Concernant la grossesse : la fausse couche, les anomalies d'insertion placentaire, l'hématome rétro placentaire, la rupture prématurée des membranes, l'accouchement prématuré,
- Concernant le fœtus : le RCIU, la diminution du poids de naissance, la mort fœtale in utero,
- Concernant le nouveau-né : les troubles neuromoteurs des premières semaines de vie (hyperexcitabilité, haut seuil auditif), la mort subite du nourrisson, les pathologies respiratoires.

On estime que la moitié des 700 000 à 800 000 enfants nés chaque année en France a été, est ou sera exposée aux effets nocifs du tabac. Le tabagisme actif des femmes enceintes en France reste élevé, de l'ordre de 24 % en 2010 (6), et ses conséquences démontrées. Par exemple, on sait que les femmes fumant plus de 10 cigarettes par jour auront un nouveau-né dont le poids sera en moyenne inférieur de 200 g à celui des femmes non fumeuses (7). Le tabagisme passif, peu étudié pendant la grossesse, reste fréquent, et ses méfaits sont réels. Ainsi, les nouveau-nés exposés à un tabagisme passif paternel de plus de 20 cigarettes journalières pèsent jusqu'à 100 g de moins que les fœtus non exposés (8).

En 2004, la conférence de consensus sur la grossesse et le tabac (3) a exprimé la « nécessité d'une prise en charge spécifique de toutes les femmes enceintes soumises au tabagisme actif ou passif et de leurs futurs enfants ». Les effets bénéfiques du sevrage tabagique pendant la grossesse sont bien identifiés depuis cette conférence. Ainsi, un arrêt au cours du 1^{er} trimestre diminue le risque de prématurité (3). Concernant le risque de RCIU, il est de 17,7 % chez la femme fumant pendant toute la grossesse, mais diminue à l'arrêt du tabac, d'autant plus si celui-ci est initié précocement (3). Le bénéfice étant présent quel que soit le terme, il est important de motiver l'arrêt du tabac à tout moment de la grossesse.

La grossesse est une période propice au sevrage tabagique. En effet, pendant un suivi de grossesse physiologique, une femme est susceptible de rencontrer 19 fois un professionnel de santé : lors de l'entretien prénatal précoce, des sept examens médicaux obligatoires, des trois échographies et des huit séances de préparation à l'accouchement. Ce sont autant d'opportunités pour aborder le statut tabagique de la patiente et de son conjoint. Des interventions simples, ne nécessitant pas de formation complexe, ont prouvé leur efficacité dans le sevrage tabagique (3).

La sage-femme, intervenante privilégiée lors du suivi de grossesse, doit considérer la grossesse des femmes fumeuses comme une grossesse à risque, d'où la nécessité de mettre en place les mesures nécessaires : identification, information sur les méfaits du tabac, proposition de prise en charge.

Afin de proposer une prise en charge la plus adaptée, il nous a paru nécessaire de réaliser une enquête locale. Jusqu'ici, seule une étude a été réalisée en 2007 (9) à la maternité du CHU d'Angers concernant la consommation de tabac pendant la grossesse.

L'objectif principal de notre étude prospective de prévalence était de faire un état des lieux de la consommation de tabac des femmes pendant leur grossesse et de sa prise en charge à la maternité du CHU d'Angers.

Cette étude cherchait plus particulièrement à :

- Définir la prévalence de femmes fumeuses pendant la grossesse,
- Apprécier l'évolution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse,
- Constater la pratique des professionnels de santé concernant l'identification des conduites addictives, l'information donnée sur les méfaits du tabac et la proposition de prise en charge.

3 . Matériel et méthode

L'étude menée était une étude prospective de prévalence.

L'étude se déroulait du 28/09/2014 au 24/10/2014 puis du 3/11/2014 au 11/11/2014.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patiente hospitalisée en suite de couche suite à un accouchement voie basse ou césarienne,
- Patiente ayant fait au moins une consultation de suivi de grossesse au CHU d'Angers (autre qu'une consultation au service des urgences gynéco-obstétrique),
- Patiente majeure,
- Patiente francophone.

Les critères d'exclusion étaient :

- Patiente analphabète,
- Refus de la patiente de participer à l'étude,
- Dossier non disponible (hors du service lors de notre passage).

Pendant leur hospitalisation, le dossier de chaque femme a été lu, afin de savoir si la patiente pouvait être incluse ou non. Certains dossiers n'étaient pas disponibles.

Un auto-questionnaire anonyme (annexe 1) était remis à chaque femme incluse à J1 ou C3 du post-partum, après explication de l'étude. Certains auto-questionnaires n'ont pas pu être distribués, la patiente n'étant pas dans sa chambre lors de notre présence à la maternité.

La patiente remplissait l'auto-questionnaire quand elle le souhaitait, puis le remettait au personnel des suites de couches, qui le déposait ensuite dans une bannette prévue à cet effet.

Les auto-questionnaires remplis ont été récupérés régulièrement, et recevaient un numéro d'anonymat. Les auto-questionnaires incomplets (c'est-à-dire avec des questions sans réponses) ont été pris en compte. Les questions sans réponses ont été comptabilisées dans un item « sans réponse ».

L'auto-questionnaire distribué a été élaboré avec Madame MOLLE-GUILIANI, sage-femme tabacologue à l'UCT du CHU d'Angers. Il a été construit pour répondre à nos objectifs.

L'auto-questionnaire comprenait 13 questions concernant :

- les caractéristiques sociodémographiques de la patiente : âge, situation familiale, niveau de scolarité, activité professionnelle,
- la parité,
- le statut tabagique avant la grossesse. On demandait à la femme fumeuse de quantifier sa consommation,
- le statut tabagique du conjoint,
- le statut tabagique de la patiente pendant la grossesse. On demandait à la femme fumeuse de quantifier sa consommation. En cas d'arrêt du tabac, on notait la période du sevrage et l'aide ou non par un professionnel,
- l'existence de questions posées par un professionnel de santé pendant la grossesse sur la consommation tabagique, cannabique et alcoolique de la patiente, ainsi que sur la consommation tabagique et cannabique de son conjoint,
- l'existence d'une information sur les méfaits du tabac,
- la présence d'une information sur l'existence d'une consultation de tabacologie au CHU d'Angers,
- Le recours ou non à ce type de consultation.

Les données recueillies ont été enregistrées dans le logiciel EPIDATA, puis converties dans le logiciel EXCEL de Microsoft et ainsi exploitées. Les données en pourcentage ont été arrondies au centième.

Pour comparer les valeurs qualitatives des différents sous-groupes, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

Pour faciliter l'exploitation des résultats, nous avons définies comme femmes fumeuses les femmes fumant au moins une cigarette par jour. Les femmes fumant occasionnellement (moins d'une cigarette par jour) n'étaient donc pas définies comme fumeuses.

Dans cette étude, les femmes qui ont arrêté de fumer au deuxième et troisième trimestre de la grossesse, étaient considérées comme fumeuses pendant la grossesse.

L'auto-questionnaire interrogeait la patiente sur le tabagisme de son conjoint en ces termes : « votre conjoint fume-t-il ? ». Si la patiente répondait « oui », cela signifiait que son conjoint fumait pendant la période de remplissage du l'auto-questionnaire, c'est-à-dire pendant le séjour à la maternité. On peut supposer que si le conjoint fumait pendant cette période, il fumait également pendant la grossesse.

4 . Résultats

- Le flow chart de l'étude est présenté dans la figure 1.

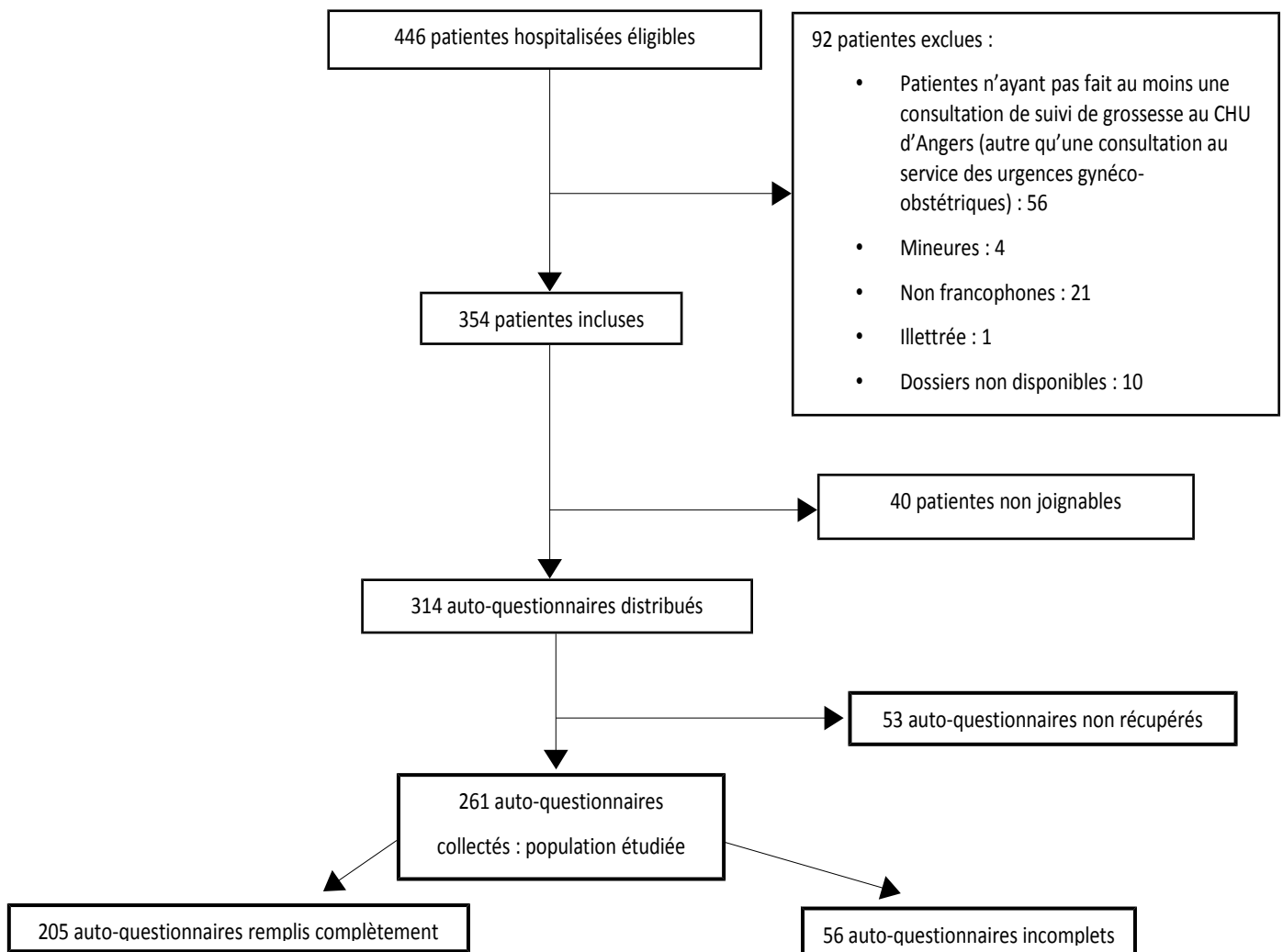


Figure 1 : Flow chart

Le taux de remplissage des auto-questionnaires était de 83,12 %.

- Le tableau I résume les caractéristiques socio-économiques et obstétricales, la prévalence du tabac avant et pendant la grossesse, la présence ou non d'une aide ou sevrage tabagique et période du sevrage.

Tableau I : Caractéristiques socio-économiques et obstétricales, la prévalence du tabac avant et pendant la grossesse, la présence ou non d'une aide ou sevrage tabagique et période du sevrage. (n=261)

Age (moyenne/écart type)	29,9 ans / 5,18 ans (n=260)
Situation familiale	
Parent isolé	4,21 % (n=11)
Marié/concubinage	95,02 % (n=248)
Séparé ou divorcé	0,77 % (n=2)
Parité	
Primipare	39,08 % (n=102)
Deuxième pare	36,40 % (n=95)
Troisième pare	13,41 % (n=35)
Quatrième pare	8,05 % (n=21)
Cinquième pare	1,92 % (n=5)
Sixième pare	0,38 % (n=1)
Septième pare	0,77 % (n=2)
Niveau de scolarité	
Sans diplôme	3,45 % (n=9)
CAP, BEP	18,77 % (n=49)
Collège	2,30 % (n=6)
Lycée (niveau secondaire)	3,83 % (n=10)
Baccalauréat	19,92 % (n=52)
Bac +2	21,46 % (n=56)
Au-delà de bac +2	30,27 % (n=79)
Activité professionnelle	
En activité	68,20 % (n=178)
Au chômage, touchant le RMI	9,58 % (n=25)
En invalidité ou arrêt longue maladie (plus de 6 mois), Touchant une allocation adulte handicapé	0,77 % (n=2)
Étudiante/en formation	1,15 % (n=3)
Sans activité	19,92 % (n=52)
Sans réponse	0,38 % (n=1)
Prévalence du tabac	
Femmes fumeuses avant la grossesse	34,48 % (n=90)
Femmes fumeuses au 1 ^{er} trimestre	22,22 % (n=58)
Femmes fumeuses au 2 ^{ème} trimestre	20,69 % (n=54)
Femmes fumeuses au 3 ^{ème} trimestre	19,16 % (n=50)
Conjoints fumant pendant la grossesse	46,09 % (n=118)
Sevrage tabagique au cours de la grossesse	n=43
Sevrage avec aide d'un professionnel	11,63 % (n=5)
Sevrage sans aide d'un professionnel	79,04 % (n=34)
Non renseigné	9,30 % (n=4)
Période du sevrage tabagique	n=43
Premier trimestre	74,42 % (n=32)
Deuxième trimestre	9,30 % (n=4)
Troisième trimestre	9,30 % (n=4)
Non renseigné	6,98 % (n=3)

On observait que les taux de sevrage tabagique les plus élevés ont lieu chez les personnes ayant un niveau supérieur au baccalauréat +2 (63,64 % des personnes ayant ce niveau de scolarité et fumant

avant la grossesse ont arrêté de fumer au 1^{er} trimestre). Ce taux était plus faible chez les personnes ayant un niveau baccalauréat +2 (29,41 %), baccalauréat (35 %), CAP ou BEP (26,09 %). Il existait une différence significative de sevrage tabagique entre le groupe « niveau supérieur au baccalauréat +2 » et le groupe constitué des autres niveaux ($p=0,01$).

- Les figures 2 et 3 résument le nombre de cigarettes fumées par jour avant et pendant la grossesse. On considère qu'une cigarette roulée équivaut à 2 cigarettes manufacturées en termes de toxicité.

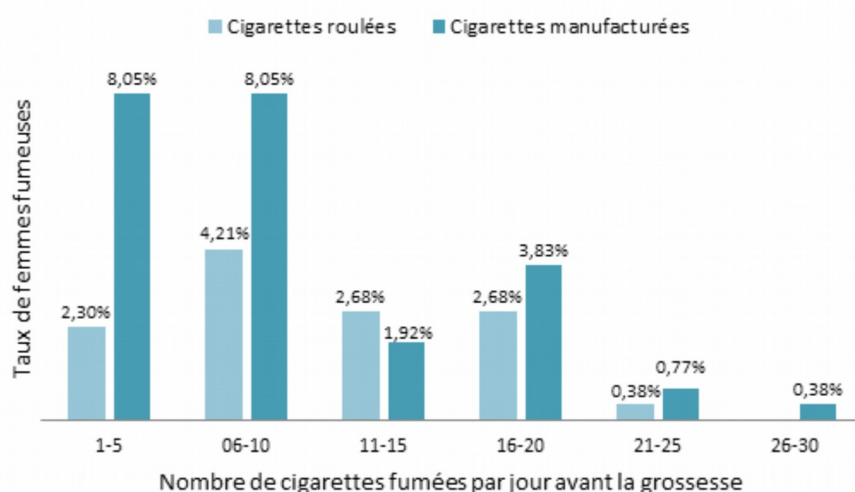


Figure 2 : Consommation de tabac avant la grossesse (n=261)

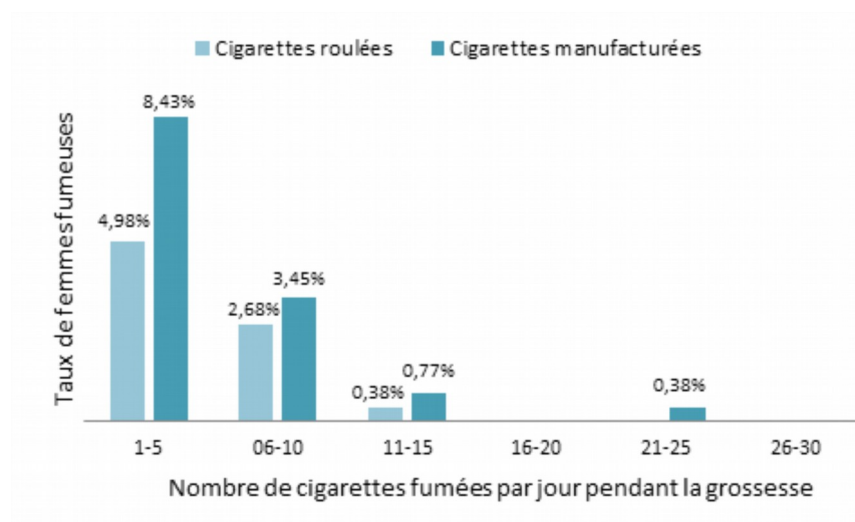


Figure 3 : Consommation de tabac pendant la grossesse (n=261)

On observait qu'entre avant et pendant la grossesse la proportion de femmes fumant 1 à 5 cigarettes par jour augmentait : de 4,76 % en ce qui concernait les cigarettes manufacturées et de 116,67 % pour les cigarettes roulées. Inversement, on observait qu'entre avant et pendant la grossesse la proportion de femmes fumant plus de 6 cigarettes par jour diminuait de 69,23 % en ce qui concernait les cigarettes manufacturées et roulées.

- Le tableau II relate les résultats concernant le dépistage des consommations à risque chez la patiente et son conjoint.

Tableau II : Questions posées aux patientes par les professionnels de santé pendant la grossesse. (n=261)			
Vous a-t-on interrogée sur :	Oui	Non	Sans réponse
Votre consommation de tabac	80,84 % (n=211)	11,88 % (n=31)	7,28 % (n=19)
Votre consommation de cannabis	40,61 % (n=106)	52,11 % (n=136)	7,28 % (n=19)
Votre consommation d'alcool	63,98 % (n=167)	28,74 % (n=75)	7,28 % (n=19)
La consommation de tabac de votre conjoint	40,61 % (n=106)	52,11 % (n=136)	7,28 % (n=19)
La consommation de cannabis de votre conjoint	13,41 % (n=35)	78,93 % (n=206)	7,66 % (n=20)

- Concernant l'information sur les méfaits du tabac :
 - Dans la population totale, 43,68 % des patientes enceintes ont été informées,
 - Dans la population des femmes qui ont continué de fumer pendant la grossesse, 87,27 % ont reçu l'information.
- Concernant l'information donnée aux femmes fumeuses sur l'existence d'une consultation de tabacologie :
 - 72,73 % étaient informées. 90 % n'ont pas bénéficié de cette consultation,
 - 25,45 % n'étaient pas informées. 85,71 % d'entre elles n'auraient pas souhaité en bénéficier, ce qui signifie que 14,29 % de femmes auraient souhaité y avoir accès,
 - 1,82 % n'ont pas répondu.

5 . Discussion

5.1. Comparaison avec d'autres études

Il nous a paru intéressant de comparer nos chiffres avec les données récentes de l'enquête nationale périnatale de 2010 rédigée par Blondel et Kermarrec (10). Comme détaillé ci-dessous, on observe que les caractéristiques de notre échantillon s'apparentent à celles de la population nationale.

● Données socio-économiques et parité

Les populations de Blondel et Kermarrec et de notre échantillon étaient constituées en majorité de femmes mariées ou en couple, primipares et deuxième pare, ayant un niveau baccalauréat ou baccalauréat +2, exerçant une activité professionnelle, avec un âge moyen de 29,9 ans.

La proportion de femmes seules de notre échantillon était plus faible que celui de Blondel.

La population au chômage ou touchant le RMI était plus faible dans notre échantillon que dans l'enquête de Blondel : 14,3 % des ménages ont eu une allocation chômage et 8,6 % le RSA, l'API, ou le RMI, contre 9,58 % au chômage ou touchant le RMI dans notre échantillon.

● Consommation de tabac avant la grossesse

Notre étude retrouvait un taux de 34,48 % de femmes fumeuses avant la grossesse, Blondel retrouve un taux de 33 %. Ce taux est légèrement inférieur aux 37 % retrouvés dans d'autres études récentes de 2011 (11) et 2013 (12). Le baromètre santé de 2010 (13) retrouvait 20,7 % chez les 15-19 ans, 39 % chez les 20-25 ans, 35,7 % chez les 26-34 ans et 33,9 % chez les 35-44 ans.

Le tabagisme est associé à un niveau socio-économique moins élevé en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage), comme le confirme le baromètre santé de 2010 (13). Néanmoins, il n'a pas été retrouvé dans notre étude de lien significatif entre activité professionnelle et tabagisme ou diplôme et tabagisme, probablement à cause de la faible taille de notre population.

● Consommation de tabac pendant la grossesse

Notre étude retrouvait 22,22 % de fumeuses au 1^{er} trimestre, 20,69 % au 2^{ème} trimestre et 19,16 % au 3^{ème} trimestre. D'autres travaux corroborent ces résultats :

- 17,1% des fumeuses au 3^{ème} trimestre en 2009-10 dans l'enquête périnatale (10),
- 24,3 % des femmes fumeuses pendant la grossesse en 2010 dans le baromètre santé (13).

En France, la proportion de fumeuses au 3^{ème} trimestre est la plus élevée d'Europe, comme le décrit l'European Perinatal Health Report en 2010 (14).

Nous retrouvions une diminution de la proportion de femmes fumant plus de dix cigarettes par jour entre avant et pendant la grossesse. On retrouve la même tendance dans la conférence de consensus (3), Beck et al.(12) et Guignard et al. (13).

Dans notre étude, 47,78 % des femmes fumeuses ont arrêté de fumer pendant la grossesse (du 1^{er} au 3^{ème} trimestre inclus), le baromètre santé (13) retrouvait 35%.

Concernant la période du sevrage tabagique, nous retrouvons des chiffres similaires à Blondel et Kermarrec en 2010 (10) :

- Sevrage au 1^{er} trimestre : 74,42 % dans notre étude, 81,2% chez Blondel et Kermarrec,
- Sevrage au 2^{ème} trimestre : 9,30 % dans notre étude, 8,6 % chez Blondel et Kermarrec,
- Sevrage au 3^{ème} trimestre : 9,30 % dans notre étude, 1,6 % chez Blondel et Kermarrec.

On peut considérer que les patientes ayant arrêté de fumer au 1^{er} trimestre sont les moins dépendantes physiquement et psychologiquement, d'où le fort taux de sevrage pendant cette période. Le faible taux d'arrêt au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre confirme la difficulté de se sevrer en cas de forte dépendance.

Concernant le sevrage tabagique pendant la grossesse, 79,07 % des démarches ont eu lieu sans l'aide d'un professionnel de santé, taux proche des 85,3 % de Jacquemin (15).

Notre étude retrouvait un taux de sevrage significativement plus important chez les patientes ayant un niveau scolaire élevé ($p=0,01$), tout comme le confirment les études de l'INPES (13) et de la HAS (2). Il faut donc porter attention aux populations en précarité sociale et psychologique.

5.2. Biais et critiques de l'étude

Cette étude collectait des données sur le mode déclaratif des patientes. Or :

- « deux études ont montré que le mode déclaratif seul sous-estimait de 20 % le nombre de femmes fumeuses et de 50 % le nombre de cigarettes fumées » (3),
- George et al. (16) montrent que les femmes qui déclaraient avoir arrêté de fumer en début de grossesse sous-déclaraient une consommation persistante.

De plus, l'auto-questionnaire a été distribué en suites de couches où les patientes, face à leur nouveau-né, peuvent culpabiliser d'avoir maintenu une consommation de tabac. Il est donc fort probable que nos taux de sevrage tabagique et de consommation de tabac soient en dessous de la réalité, malgré le fait que les questionnaires soient remplis de façon anonyme.

Afin de s'assurer de la clarté de l'auto-questionnaire, il aurait pu être distribué dans un premier temps à un échantillon de patientes. Cela aurait permis de reformuler certaines questions parfois mal comprises par les patientes, induisant ainsi un biais de compréhension.

5.3. Prise en charge au CHU d'Angers

En signant la « Charte Maternité sans tabac », la maternité du CHU d'Angers a intégré le Réseau Maternité sans Tabac. Elle s'engage ainsi à « se mettre en conformité avec la législation en vigueur pour prévenir le tabagisme passif dans les lieux collectifs et à informer les femmes enceintes, les couples, les visiteurs et le personnel sur les dangers du tabagisme passif et/ou actif et sur les moyens de s'en protéger. Elle s'engage aussi à mettre en œuvre les recommandations de la conférence de consensus « grossesse et tabac » en s'aidant du référentiel « pour devenir une maternité sans tabac » élaboré avec le Réseau Hôpital sans Tabac. » (17)

La majorité des femmes était interrogée sur la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. Cela s'explique par le fait que le dossier obstétrical du CHU d'Angers comprend des items portant sur la consommation de tabac et d'alcool. En revanche, la consommation de tabac et de cannabis du conjoint était peu de fois renseignée, faute d'items. Pourtant, il s'agit d'une exposition passive pour la femme enceinte et l'enfant à venir. Ainsi, l'identification du statut tabagique du conjoint doit être améliorée, et toujours suivie d'informations sur les méfaits du tabagisme passif. On retrouvait 46,09 % de conjoints fumeurs dans notre étude, soit autant de situations de tabagisme passif. En 2006 George et al. (16) retrouve des chiffres plus faibles : 22 % des femmes non-fumeuses exposées au tabagisme passif au début de leur grossesse et 8 % en fin de grossesse.

Moins de la moitié des femmes de notre étude était informée sur les méfaits du tabac. Cela peut s'expliquer par le fait que donner des informations est chronophage pour les professionnels. Ils devraient pourtant considérer que le temps donné à informer les patientes sur les méfaits du tabac et l'importance du sevrage tabagique est un temps efficace, puisqu'il a été prouvé que :

- indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer augmente de plus de 50 % la probabilité de sevrage tabagique et l'abstinence à long terme (> 6 mois) (2),
- le conseil minimal (annexe 2) a une efficacité significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention (3), (18).

Le taux de sevrage spontané suite au conseil minimal est de 2 à 5 % dans la population générale (19), mais de 1 % chez la femme enceinte (3).

La majorité des patientes fumeuses était informée de l'existence d'une consultation de tabacologie. Néanmoins, pour assurer une prise en charge optimale, il faudrait que la totalité des patientes fumeuses soit informée de l'existence de ce type de consultation.

La majorité des patientes informées de l'existence d'une consultation de tabacologie n'en avait pas bénéficié. Une méta-analyse de 2010 (20) a étudié ce qui pouvait impacter l'utilisation de ce type de consultation, en soulignant l'importance d'aborder le tabagisme, de fournir de l'information

et de mettre en place des protocoles de prise en charge dans les services. Il est donc nécessaire de s'améliorer sur ces points. Le recours à une consultation de tabacologie augmente de 80 % les chances de parvenir au sevrage par rapport à un arrêt sans aide (21).

Concernant les patientes non informées sur l'existence d'une consultation de tabacologie, on observait que 2 patientes auraient souhaité y avoir accès. Ces patientes auraient pu, grâce à la consultation, réussir leur sevrage tabagique.

Les consultations de tabacologie sont proposées par l'UCT. L'UCT est composée d'une équipe pluridisciplinaire : médecins, dentiste, sage-femme, titulaires d'un diplôme universitaire de tabacologie. Tous sont formés aux thérapies comportementales et cognitives (TCC). Un psychologue et une diététicienne peuvent être sollicités. Cette unité est ouverte depuis 2002 suite à une circulaire du 3/04/2000 relative à « la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé », initiée par la direction générale de la santé. Cette unité transversale a plusieurs buts, notamment l'amélioration de l'accès aux services d'aide à l'arrêt du tabac, la formation et sensibilisation des professionnels de santé, l'élaboration de recommandations de pratiques cliniques.

5.4. Questions soulevées et propositions

Lors de la distribution des auto-questionnaires, plusieurs femmes s'inquiétaient du risque de reprise du tabagisme lors du post-partum. Ce risque est estimé à 80 % au cours de l'année suivant l'accouchement selon l'HAS (2), et de 82 % selon Beck (12). L'HAS préconise d'anticiper le retour au domicile en maintenant la présence d'un soutien médical et en élaborant un programme de prise en charge afin de prévenir le risque de rechute.(2)

Il conviendrait de mettre en place pour toute femme qui fume un bilan systématique dans le cadre d'un protocole, si possible avant ou en début de grossesse. Ce bilan permettrait de faire le point sur sa consommation, et de mettre en place une prise en charge singulière. Actuellement, la commission addiction du réseau sécurité naissance des Pays de Loire travaille sur ce protocole.

6 . Conclusion

Les professionnels de santé se doivent d'appliquer les bonnes pratiques en identifiant les comportements addictifs des couples et en les informant sur les méfaits du tabagisme actif et passif. Une fois l'information transmise, la patiente réagit selon un « consentement éclairé » .

La conférence de consensus « grossesse et tabac » de 2004 a permis une prise de conscience des risques encourus par la femme enceinte fumeuse et le fœtus. Onze ans plus tard, le taux de femmes fumant pendant la grossesse reste très élevé. Au delà de l'amélioration des pratiques des professionnels de santé, les pouvoirs publics doivent faire face à leur responsabilité en maintenant une action forte et déterminée de santé publique.

7 . Bibliographie

1. Braillon A, Dubois G, Bernady-Prud'homme A. Tabac, grossesse et consultations de tabacologie. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* mars 2010;38(3):179-82.
2. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations de bonnes pratiques. Argumentaire scientifique. Octobre 2013. [consulté le 27/04/2015]. Disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
3. Conférence de Consensus 2004, 7 et 8 octobre 2004, Grossesse et tabac, ANAES, *Texte de recommandations*.
4. Théret B, Vaillant C, Coopman S. Quelle est la prise en charge périnatale après exposition in utero au tabac ? - Prise en charge néonatale d'un enfant exposé in utero au tabac. /data/revues/03682315/00340HS1/265/ [Internet]. 10 avr 2008 [cité 25 avr 2015]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/138496>
5. Grange G, Guibert J. Tabagisme et grossesse « Fumer donne beaucoup moins de chances d'avoir un enfant en bonne santé » : tabac. *Rev Prat.* 2012;62(3):344-6.
6. Guignard R., Beck F., Richard J-B., Peretti-Watel P. Le tabagisme en France: analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013: 56 p.
7. McCowan LME, Dekker GA, Chan E, Stewart A, Chappell LC, Hunter M, et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ.* 2009;338:b1081.
8. Leonardi-Bee J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* sept 2008;93(5):F351-61.
9. Broix A, Gentil A, d' Angers U. Tabagisme au cours de la grossesse. [S.l.]: [s.n.]; 2007.
10. Blondel B, Morgane Kermarrec M. Enquête nationale périnatale. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, INSERM – U.95. Mai 2011.
11. Berthélémy S. Addictions et grossesse. *Actual Pharm.* déc 2011;50(511):21-2.
12. Beck F, Richard J-B, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. *Santé En Action.* mars 2013;(423):5, 6, 7.
13. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. INPES;
14. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* May 2013. Available www.europeristat.com

15. Jacquemin M, Simons D, Tasson F. Le devenir des arrêts du tabagisme initiés pendant la grossesse. Étude sur un échantillon de 35 femmes. *Rev Sage-Femme*. juin 2013;12(3):99-104.
16. George L, Granath F, Johansson ALV, Cnattingius S. Self-reported nicotine exposure and plasma levels of cotinine in early and late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janv 2006;85(11):1331-7.
17. APPRI. (page consulté le 23 avr 2015). [en ligne] <http://www.appri.asso.fr/>
18. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 23 avr 2015]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000165.pub4>
19. Conference de consensus sur l'arrêt du tabac, 1998 [Internet]. [cité 25 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>
20. Baxter S, Everson-Hock E, Messina J, Guillaume L, Burrows J, Goyder E. Factors relating to the uptake of interventions for smoking cessation among pregnant women: A systematic review and qualitative synthesis. *Nicotine Tob Res*. 1 juill 2010;12(7):685-94.
21. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. *Quest Déconomie Santé*. déc 2012;(182).

8 . Annexes

Annexe 1 : auto-questionnaire distribué

Annexe 2 : le conseil minimal

Annexe 1 : auto-questionnaire distribué

Questionnaire numéro :
Ne pas remplir s'il vous plaît

Auto-questionnaire à l'intention des femmes présentes en suites de couches au CHU d'Angers

Bonjour,

Je suis actuellement en dernière année d'études à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur la consommation de tabac pendant la grossesse et la prise en charge par les professionnels de santé.

Ce questionnaire anonyme s'adresse à toute femme dont la grossesse a été suivie au CHU d'Angers. Je vous remercie par avance de l'aide que vous m'apporterez en le remplissant.

Paloma REY-FRADE, élève sage-femme en 5^{ème} année.

1. Quel âge avez-vous ? ans
2. Votre situation familiale :
 - ☐ Parent isolé
 - ☐ Mariée / concubinage
 - ☐ Séparée ou divorcée
3. Avez-vous déjà des enfants ?
Si oui, combien :
4. Le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint :
 - ☐ Sans diplôme
 - ☐ C.A.P., B.E.P.
 - ☐ Collège
 - ☐ Lycée (niveau secondaire)
 - ☐ Baccalauréat
 - ☐ Bac +2
 - ☐ Au-delà de Bac +2
5. Concernant votre activité professionnelle, êtes-vous actuellement :
 - ☐ En activité
 - ☐ Au chômage, touchant le RMI
 - ☐ En invalidité ou arrêt longue maladie (plus de 6 mois), touchant une allocation adulte handicapée
 - ☐ Étudiant/en formation
 - ☐ Sans activité

Votre consommation de tabac

6. Fumiez-vous du tabac avant la grossesse ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

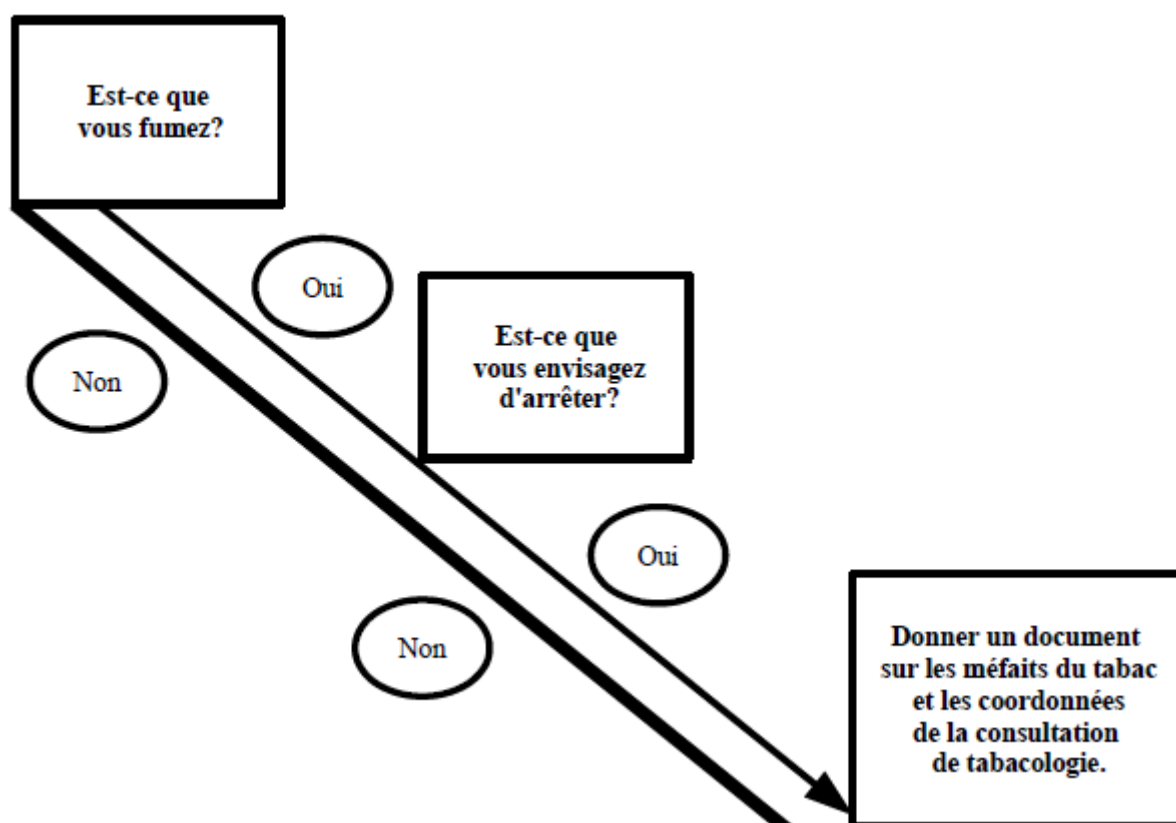
7. Votre conjoint fume-t-il ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
8. Si vous fumiez avant la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous ?
- Blondes, manufacturées :
- Roulées, tubes :
9. Si vous avez arrêté de fumer, c'était :
- ☐ Au premier trimestre de la grossesse ☐ Seule
- ☐ Au deuxième trimestre de la grossesse ☐ Avec l'aide d'un professionnel
- ☐ Au troisième trimestre de la grossesse
10. Pendant la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous ?
- Blondes, manufacturées :
- Roulées, tubes :

Votre prise en charge

11. Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous a-t-il interrogée sur :
- Votre consommation :
 - ☐ De tabac
 - ☐ De cannabis
 - ☐ D'alcool
 - La consommation de votre conjoint :
 - ☐ De tabac
 - ☐ De cannabis
12. Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous a-t-il informée sur les méfaits du tabac ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
13. Pendant votre grossesse, un professionnel de santé vous a-t-il informée de l'existence d'une consultation de tabacologie au CHU d'Angers?
- ☐ Oui
- ☐ Non
- Si oui, avez-vous bénéficié d'une consultation de tabacologie ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Si non, auriez-vous souhaité en bénéficier ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Merci de rendre ce questionnaire rempli avant votre sortie de la maternité. Vous pouvez le donner à tout professionnel qui assure votre suivi et celui de votre bébé (sage-femme, auxiliaire de puériculture, infirmière puéricultrice ...).

Annexe 2 : le conseil minimal



RÉSUMÉ

Objectifs : l'objectif de l'étude était de définir la prévalence de femmes fumeuses avant et pendant la grossesse, d'apprécier l'évolution de la consommation de tabac avant et pendant la grossesse, de constater la pratique des professionnels de santé concernant l'identification des conduites addictives, l'information donnée sur les méfaits du tabac et la proposition de prise en charge.

Matériel et méthode : il s'agissait d'une étude prospective de prévalence menée du 28/09/2014 au 24/10/2014 puis du 3/11/2014 au 11/11/2014. 261 femmes ayant fait suivre leur grossesse puis accouchées au CHU d'Angers ont été incluses. Les données ont été collectées grâce à un auto-questionnaire anonyme.

Résultats : 34,48% des femmes fumaient avant leur grossesse, 20,69 % fumaient pendant toute la durée de la grossesse. 47,78% ont arrêté de fumer pendant leur grossesse. 74,42% ont arrêté de fumer au 1^{er} trimestre et 79,04% sans l'aide d'un professionnel. Les professionnels interrogeaient de façon satisfaisante les femmes sur leur consommation d'alcool et de tabac, mais peu sur leur consommation de cannabis. Le statut tabagique et cannabique du conjoint était peu renseigné. 87,27% des femmes fumeuses ont été informées des méfaits du tabac. La majorité des femmes étaient informées de l'existence d'une consultation de tabacologie, mais 90% n'en avaient pas bénéficié. Chez les femmes non informées de l'existence de ce type de consultation, 14,29% auraient souhaité y avoir accès.

Discussion et conclusion : la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte serait optimale en informant systématiquement la patiente des méfaits du tabagisme actif et passif et en proposant la rencontre avec un tabacologue. Un bilan systématique dans le cadre d'un protocole adapté paraît indispensable.

Mots-clés : grossesse, tabac, prévalence du tabagisme, sevrage tabagique, tabacologue, tabagisme chez le conjoint.

ABSTRACT

Objectives: the study's objective was to define prevalence of smoking women before and during pregnancy, to estimate the evolution of the tobacco consumption before and during pregnancy, to notice healthcare professionals' practice concerning the addictive behaviours' identification, the information given about the tobacco's misdeeds and the care offers.

Methods: it was about a prospective study of prevalence led from 28/09/2014 till 24/10/2014 then from 3/11/2014 till 11/11/2014. 261 women who had their pregnancy checked then delivered in Angers's hospital were included. The data was collected thanks to an anonymous questionnaire.

Results: 34,48 % of the women smoked before their pregnancy, 20,69% smoked during all the pregnancy. 47,78 % stopped smoking during their pregnancy. 74,42 % stop smoking in the 1st quarter and 79,04 % without the help of a professional. The professionals question the women about their alcohol and tobacco consumption in a satisfying way but there are few questions about their cannabis consumption. We don't have much information about the smoking status of the spouse. 87,27 % of the smoking women were informed about tobacco's misdeeds. The majority of the women are informed about the existence of a tobaccologist consultation, but 90 % did not benefit from it. For the women not informed about the existence of this type of consultation, 14,29 % would have wished to have access there.

Discussion and conclusion: The management of smoking for pregnant women would be optimal by informing systematically the patient about the active and passive misdeeds of smoking and by offering an appointment with a tobaccologist. A systematic assessment in a framework with an adapted protocol seems compulsory.

Keywords: pregnancy, smoking, prevalence of smoking, quitting smoking, tobaccologist, spouse's smoking.