Fonds des **A**ffections **Res**piratoires a.s.b.l.
Communauté française.

COMMENT AMELIORER LES COMPETENCES DES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES AU SEIN DE LA MATERNITE DU CHA DE LIBRAMONT ?

Mémoire réalisé dans le cadre de la **Formation continuée en tabacologie**
Coordonnée par le Fares.

Mémorante : Gaussin Anne
Sage-femme

Promoteur : Docteur Nicolas Pirot
Gynécologue obstétricien

Co-promoteur : Elisabeth Lebailly
Sage-femme tabacologue

Année académique 2011-2012

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chacun et chacune qui, de près ou de loin, m'ont aidée, soutenue, encouragée du début à la fin pour que je mène à bien cette année d'étude.

Merci à mon promoteur le docteur Nicolas Pirot, gynécologue obstétricien, pour m'avoir conseillée et incitée à suivre cette formation en tabacologie.

Merci à ma co-promotrice, Madame Elisabeth Lebailly, sage-femme tabacologue pour ses conseils avisés et ses réflexions.

Merci à Marie-Claude Pierret, chef de service de l'unité bloc accouchement et maternité pour son soutien et l'aide apportée à l'obtention des crédits d'heures.

Merci à Sonia pour avoir pris le temps de relire et corriger mon travail.

Merci à Michaël pour l'aide logistique.

Un tout grand merci à Amandine Caillaux (hôpital de ERASME) et Véronique Pirotte (clinique du Bohler) pour m'avoir aidée lors de la réalisation de l'enquête.

Merci aux gynécologues et aux pédiatres de notre secteur mère-enfant ainsi qu'à mes collègues sages-femmes et infirmières pédiatriques pour leur participation.

Merci aux professeurs du FARES pour la qualité des cours enseignés tout au long de cette année.

Merci à ma collègue et amie, Françoise, pour avoir partagé avec moi ce nouveau défi.

Merci à mon époux et à mes 4 enfants pour leur soutien, leurs encouragements et leur patience.

ABREVIATIONS

CHA	Centre Hospitalier de l'Ardenne
AIOMS	Association Intercommunal des Œuvres Médico-Sociales
IFAC	Institution Famenne Ardenne
CUP	Centre d'Unité Psychiatrique
CAF	Centre d'Aide aux Fumeurs
PMA	Procréation Médicalement Assistée
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
CNN	Centre de Néonatologie
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
TMS	Travailleur Médicaux - Sociaux
RR	Risque Relatif
CO	Monoxyde de Carbone
CPN	Consultation Prénatale
RCIU	Retard de Croissance Intra Utérin
GEU	Grossesse Extra-utérine
HRP	Hématome Rétro Placentaire
RCF	Rythme Cardio Fœtal
PPM	Particule Par Million
TSN	Traitement Substitutif Nicotinique
TCC	Thérapie Comportementale Cognitive
GGOLFB	Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 4

GENERALITES 6

1. Données épidémiologiques 6
   1.1. Selon l'OMS 6
   1.2. Selon l'ONE 7
2. Description du secteur mère-enfant 9
   2.1. Présentation de l'institution 9
   2.2. Présentation du secteur mère-enfant 9
   2.3. Etat des lieux de la maternité 10

PARTIE THEORIQUE 13

3. Que faut-il savoir du tabac ? 13
4. La dépendance 15
5. L'impact du tabac 16
   5.1. Sur la fertilité et la reproduction 16
   5.2. Sur le décours de la grossesse et de l'accouchement 17
   5.3. Sur l'embryon et le fœtus 17
   5.4. Sur le nourrisson 18
   5.5. Sur l'allaitement maternel 18
6. Le rôle des professionnels de la santé dans la prévention et le suivi des addictions maternelles 19
   6.1. Le rôle des professionnels de la santé 19
      6.1.1. Comment s'adresser à la femme fumeuse ? 21
   6.2. Le rôle de la sage-femme tabacologue 23
7. Comment accompagner la femme enceinte dans son sevrage tabagique ? 27

PARTIE PRATIQUE 31

8. Objectif 31
9. Méthodologie 31

10. Résultats de l'enquête descriptive 33
10.1. Les caractéristiques de la population étudiée..... 33
10.2. Résultats de l'enquête 34
10.3. Discussion..... 40
11. Résultats de l'enquête comparative..... 41
11.1. Le taux de réponses 41
11.2. Résultats de l'enquête 42
11.3. Discussion 49

CONCLUSION..... 51

PERSPECTIVES ENVISAGEES 53

BIBLIOGRAGPHIE..... 55

ANNEXES..... 58

INTRODUCTION

Le tabagisme est actuellement considéré comme un enjeu majeur de santé publique.

Il porte non seulement atteinte à tout un chacun mais est particulièrement préjudiciable au développement correct du fœtus et du bon déroulement de la grossesse. Arrêter de fumer est réellement un impératif pour les futures mères.

« Actuellement, 40% des femmes enceintes fument avant le début de leur grossesse et 25% continuent leur consommation pendant cette grossesse[1]. »

Comme sages-femmes, nous sommes quotidiennement confrontées à cette problématique du tabagisme maternel en périnatalité. En mars 2011, j'ai rencontré une parturiente fumeuse hospitalisée pour MAP. Celle-ci fumait 35 cigarettes par jour. Face à elle et à son tabagisme, je me suis sentie impuissante : je ne savais que faire, que dire. Il est toujours facile de répondre à une parturiente qui vous demande si elle peut aller fumer « non, vous devez rester aliter », ensuite de fermer la porte et la laisser seule avec son combat.

Cependant, étant sage-femme et faisant partie du corps médical, je devrais pouvoir aider cette parturiente et mieux la prendre en charge. Dès lors, je me suis posée ces questions: Qu'en est-il de la prise en charge du tabagisme actif ou passif au niveau du secteur mère-enfant de notre institution ? Comment pourrions-nous améliorer nos compétences face à ce tabagisme maternel ?

Nous, les professionnels de la santé, nous sommes supposés être les premiers acteurs privilégiés pour susciter, aider et accompagner ces parturientes vers un sevrage tabagique.

Dès lors, j'ai souhaité dresser un état des lieux de cette prise en charge de la femme enceinte sur cette addiction que représente le tabagisme au sein de la maternité du CHA de Libramont.

L'objectif de ma démarche est d'instaurer un projet pilote d'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte dans notre maternité. Le but poursuivi serait de réduire au maximum le

[1] Dr Emonts, P. 2011. « Tabac et grossesse : comment détruire un projet de naissance » Gunaïkeia, vol 16, n° 10, p 323

nombre de parturientes fumeuses, mais aussi de pouvoir permettre aux professionnels de la santé de bien informer ces parturientes et leur entourage afin de favoriser la prévention des complications périnatales et de les aider à prendre des décisions dans le cadre du suivi de leur grossesse, de la naissance et de l'après naissance. Ce travail sera essentiellement ciblé sur les professionnels de la santé de notre secteur mère-enfant. J'entends par professionnels de la santé : les gynécologues obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes et les infirmières pédiatriques.

J'ai limité mon intervention à ces 4 groupes d'intervenants même si l'on sait que d'autres personnes prennent part à la rencontre de la femme enceinte (médecins traitants-anesthésistes-TMS de l'ONE...)

Ensemble, nous avons eu la possibilité de mener un projet à bien et d'obtenir en 2010 le label IHAB décerné par l'OMS et l'UNICEF. Ce projet d'équipe nous a réunis autour d'un même label dont l'objectif est de soutenir l'allaitement maternel.

Dans un premier temps, quelques généralités seront décrites comprenant une partie épidémiologique : celle-ci me permettra de quantifier cette problématique du tabac dans le monde et dans notre pays. Ensuite sera développée une description du secteur mère-enfant de notre hôpital. Dans un deuxième temps, le cadre théorique mettra en évidence le tabac et son impact sur la future mère, la grossesse, le fœtus et l'enfant car pour agir efficacement, il faut comprendre cette problématique. Y sera développé également le rôle des professionnels de la santé dans la prévention et le suivi des addictions maternelles.

Dans un troisième temps, je souhaiterais connaître comment le statut tabagique de la femme enceinte est abordé et quels conseils lui sont prodigués au sein de notre institution.

Pour cela, je réaliserai une enquête descriptive et une enquête comparative. Le but poursuivi n'étant pas de mettre en doute les compétences de chacun mais d'évaluer notre prise en charge face au tabagisme maternel. Je terminerai par une conclusion et des perspectives à envisager.

GENERALITES

1. Données épidémiologiques

1.1 Selon l'OMS (2010) [2]

Le tabac est la deuxième cause de mortalité dans le monde. Il est actuellement responsable d'un décès d'adulte sur dix.

Le monde compte plus d'un milliard de fumeurs dont 20% sont des femmes.

L'épidémie du tabagisme parmi les femmes est en augmentation surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

L'augmentation de la prévalence du tabagisme parmi les jeunes filles est particulièrement préoccupante. Selon les données de 151 pays, environ 7% des adolescentes et 12 % des adolescents fument des cigarettes (OMS). La consommation de tabac se féminise et ne cesse d'augmenter chez la femme de 20 à 44 ans. « *Rattrapée par la cigarette, les femmes sont aussi rattrapées par les maladies liées au tabagisme* ». Ainsi, une étude française montre que « *la mortalité par cancer du poumon a été multipliée par quatre en 15 ans chez les femmes de 40 ans, alors qu'elle a été divisée par deux en 10 ans pour les hommes du même âge* ».

Selon l'OMS, les femmes sont une cible choix pour l'industrie du tabac. Les tentatives menées par celle-ci pour commercialiser leurs produits associent l'usage du tabac à la beauté et à la libération de la femme.

Cependant, la véritable menace pour les femmes est moins d'être incitée à fumer ou à mâcher du tabac que d'être exposée à la fumée d'autrui.

Au niveau mondial, sur les 600 000 décès d'adultes provoqués chaque année par le tabagisme passif, près de 64% sont des décès de femmes. Les femmes enceintes, tout comme leurs enfants, sont vulnérables aux effets préjudiciables du tabagisme passif.

---

[2] Initiative pour un monde sans tabac. 2010. « Journée mondiale sans tabac » [en ligne] consulté le 10 décembre 2011 http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/background /fr/index.html

Si les tendances actuelles se poursuivent, le tabagisme tuera plus de 8 millions de personnes par an d'ici 2030. Sur plus d'un milliard de fumeurs dans le monde, plus de la moitié décèderont prématurément d'une maladie liée au tabac.

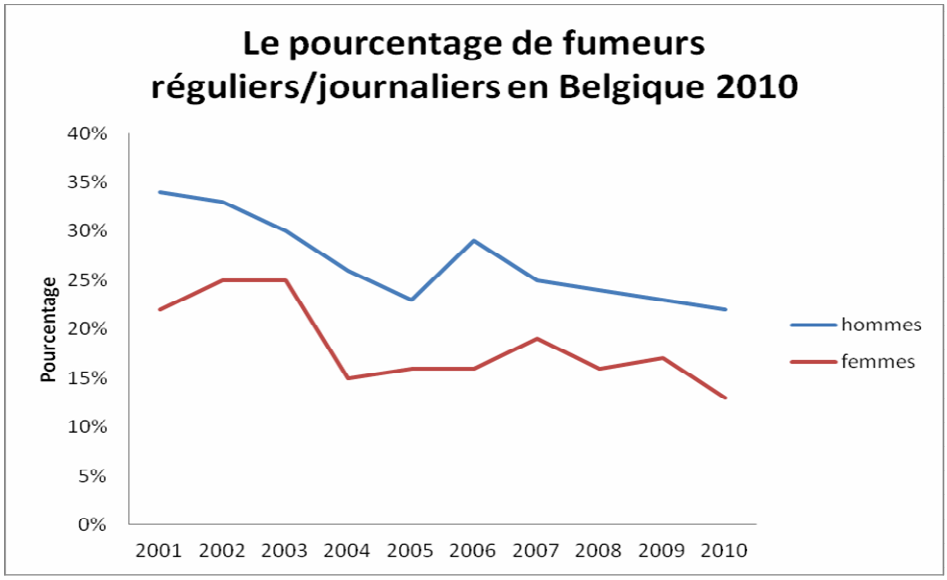
1.2 Selon l'ONE [3]

Etat de la consommation du tabac en Belgique.

Il y a 30% de fumeurs en Belgique → Bruxelles : 29%
→ Flandre 29%
→ Wallonie 32%

Le tabac est impliqué dans 8000 décès chaque année en Belgique.

Le pourcentage de fumeurs réguliers/journaliers en 2010 :

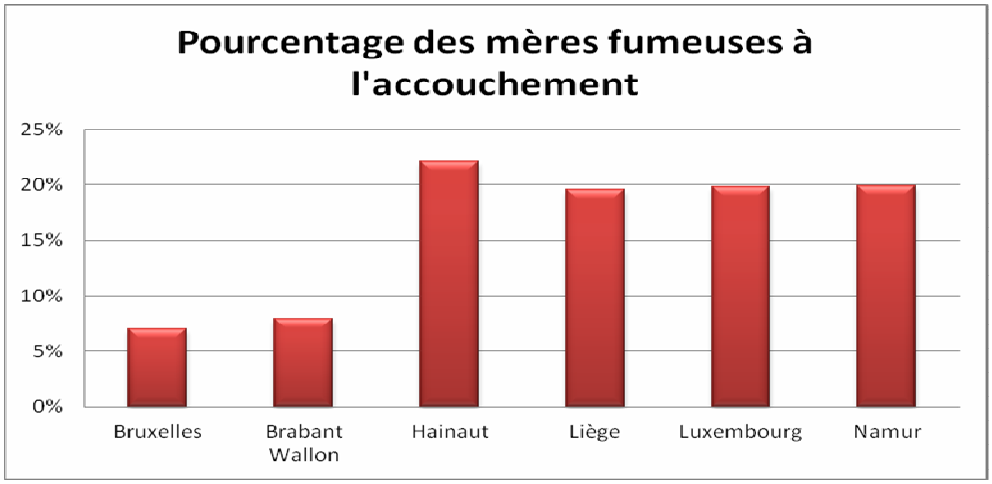


Source le crioc 2011

Les femmes fument presque autant que les hommes.

En comparaison avec l'année 2009, le pourcentage de fumeurs a diminué en 2010 chez les hommes (-1%) ainsi que chez les femmes (-4 %).

[3] NDame S.ONE-BDMS .2010 . « Maternité sans tabac » [en ligne] consulté le 15/01/2012 http://www.fares.be/documents/materintesanstabac/Ndame.pdf



Données « avis de naissance » des maternités BDMS ONE, cumul 2006 à 2009

On constate qu'il y a beaucoup moins de mères fumeuses dans la région bruxelloise et dans le Brabant Wallon.

Statut tabagique de la femme enceinte :

	2006	2007	2008	2009	Total
Non fumeuses	5756	6088	6273	6721	24838
	73,8%	75,2%	75,6%	77,0%	75,5%
Fumeuses de 1 à 10 cigarettes par jour	1140	1179	1164	1120	4603
	14,6%	14,6%	14,0%	13,0%	14,0%
Fumeuses de 11 à 20 cigarettes par jour	622	577	593	634	2426
	8,0%	7,1%	7,2%	7,2%	7,4%
Fumeuses de plus de 20 cigarettes par jour	282	251	264	247	1044
	3,6%	3,1%	3,2%	2,8%	3,1%
TOTAL	7800	8095	8294	8722	32911
Données manquantes	8,6%	8,1%	10,0%	11,2%	10,7%

Données « volet prénatal » des structures CPN BDMS ONE 2006 à 2009

Les habitudes tabagiques de la mère selon les données « avis de naissance »des maternités BDMS ONE 2006 à 2009 :

Parmi les nouvelles accouchées, l'âge moyen de la mère fumeuse est de 28 ans et la mère non fumeuse est de 30 ans. Les parturientes consomment en moyenne 11 cigarettes quotidiennement. Ces femmes sont surtout célibataires et vivent un certain isolement social et familial : 63,8% sont fumeuses versus 56,4% parmi les non fumeuses. Chez les femmes mariées, 26,8% sont des fumeuses par contre 56,4% sont non fumeuses. Les femmes des classes socio-économiques moins favorisées fument davantage.

2. Description du secteur mère-enfant.

2.1 Présentation de l'institution

Le centre hospitalier de l'Ardenne fait partie d'une intercommunale unique appelée « VIVALIA » (cf. annexe1)

L'objectif poursuivi par la mise en place de VIVALIA est le développement d'une offre de soins la plus complète possible, qui soit accessible à l'ensemble des patients de la province du Luxembourg et du sud namurois.

La réalisation de ce mémoire s'effectuera d'après les données du secteur mère-enfant sur le site du CHA de Libramont. Endroit où je travaille depuis l'obtention de mon diplôme de sage - femme en 1989.

2.2 Présentation du secteur mère-enfant (cf. annexe 2)

Celui-ci comprend :

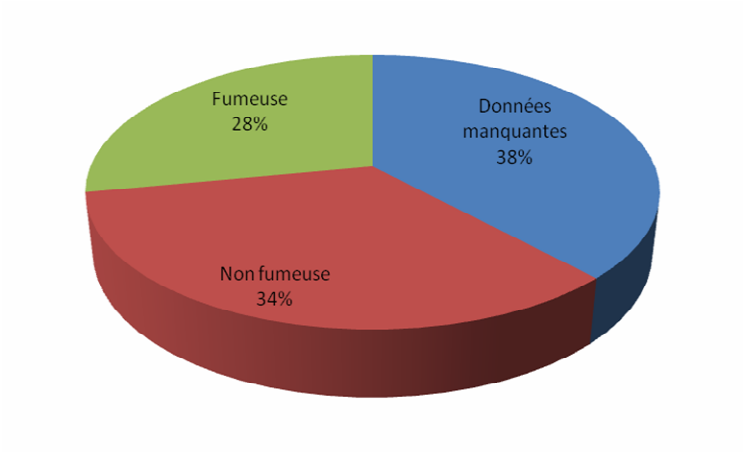
- un quartier accouchement dont la philosophie de l'équipe est de rendre l'accouchement le plus physiologique possible.
- un service de maternité dont l'objectif principal est le respect du rythme des mères et de leurs nourrissons.
- un service pédiatrique et un petit CNN.

Le service des consultations gynéco-obstétricales et pédiatriques se situe exclusivement au sein de l'institution. Les pédiatres et les gynéco-obstétriciens assurent eux-mêmes le suivi de leurs patients. Les services pédiatriques, CNN, bloc accouchements et maternités sont proches de part leur situation géographique (sur le même étage) et de part leurs objectifs qui visent à la promotion de la santé.

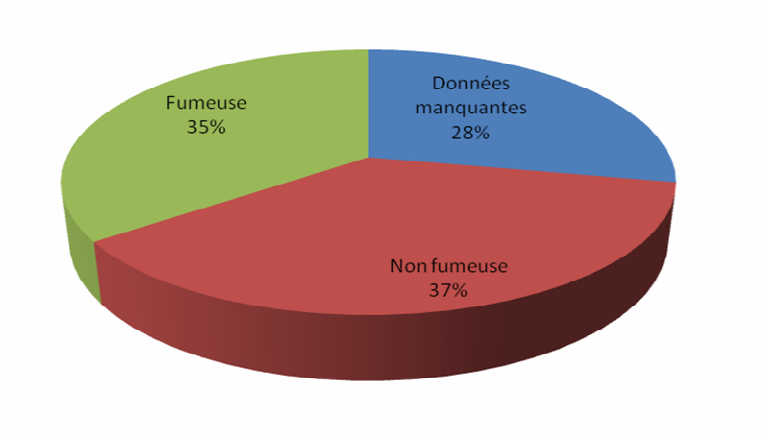
2.3 Etat des lieux de la maternité

J'ai souhaité établir un relevé du statut tabagique des parturientes fréquentant notre maternité sur l'année 2011. Ce relevé a pu se faire grâce au programme informatique instauré à la maternité. En effet, l'item « tabac » fait partie de l'anamnèse obstétricale. Ensuite, j'ai voulu connaître l'incidence du tabagisme sur la grossesse et le fœtus. Ce relevé permet une prise de conscience de l'importance du problème et de la nécessité d'interagir face au tabagisme maternel que nous rencontrons fréquemment.

Statut tabagique : en 2011, il y a eu 1 226 accouchements

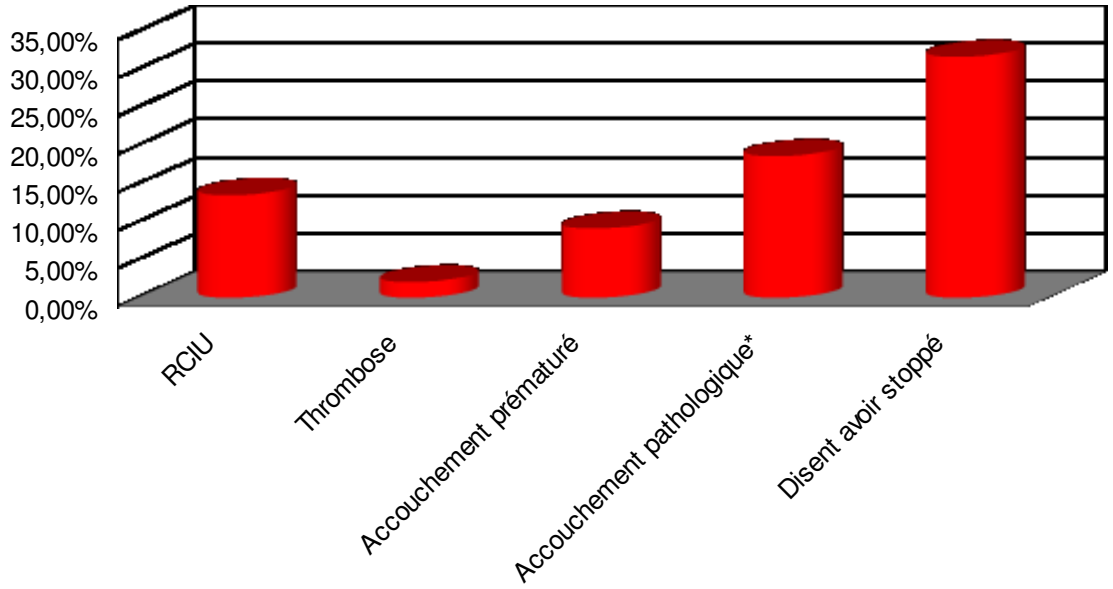


Parmi les parturientes hospitalisées pour MAP



Les données manquantes correspondent à l'absence de notation de l'item « tabac »soit parce que la question n'a pas été posée ou soit par oubli de notation.

Parmi les parturientes fumeuses :

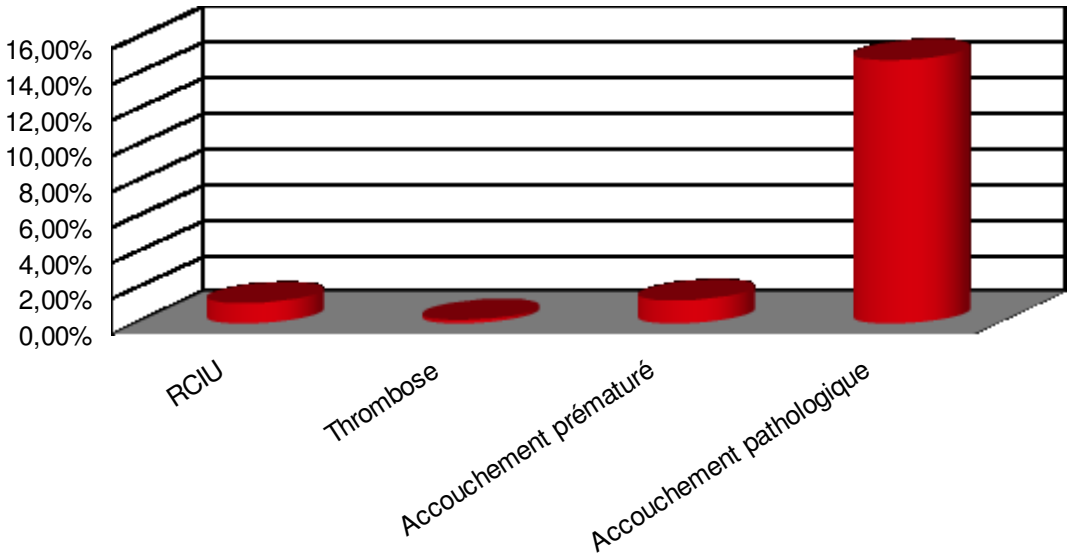


*Ce que j'entends par accouchement pathologique dans ce relevé correspond à l'intervention soit par ventouse, forceps ou césarienne pour RCF pathologique (souffrance fœtale).

Durant l'année 2011, je constate que 28% des femmes enceintes fument et que seulement plus ou moins 1/3 de ces parturientes « disent avoir arrêté de fumer ».Néanmoins, ce dernier pourcentage n'est pas fiable. En effet, lors de séances en prénatale « aquabulle » certaines parturientes qui disent avoir arrêté de fumer, avouent qu'elles veulent faire plaisir à leur gynécologue et continuent malgré tout à fumer au moins une cigarette le soir. Souvent, c'est parce qu'elles en éprouvent le besoin et selon leurs dires « une ou deux cigarettes par jour ne peut pas faire de tort ». Elles sont malgré tout fumeuses quotidiennes. J'observe également que parmi ces parturientes fumeuses 13,5 % des enfants naissent avec un RCIU : enfant né à terme mais de petit poids de naissance (< 2500 grs). Je constate que 35% de femmes enceintes hospitalisées pour MAP, c'est-à-dire hospitalisées sous traitement tocolytique, sont fumeuses. Dès lors, nous rencontrons beaucoup de difficultés chez ces parturientes alitées en sevrage brutal. Au sein de l'institution, il est interdit de fumer. Les personnes souhaitant fumer doivent se rendre sous le porche à l'extérieur de l'hôpital.

Il n'y a pas de tabacologue exerçant au sein de l'hôpital. Dès lors, les parturientes désirant un sevrage tabagique sont orientées vers le CAF de Ste-Ode. Cependant, la distance séparant les deux institutions (25 kms) semble être un obstacle pour celles-ci.

Parmi les parturientes non fumeuses :



En comparant les résultats obtenus entre les parturientes fumeuses et non fumeuses, je constate qu'il n'y a pas de modifications significatives du nombre d'accouchements pathologiques : 14% chez les parturientes non fumeuses versus 17,6% chez les parturientes fumeuses. Cependant, le taux de RCIU est nettement inférieur : 1,15% chez les parturientes non fumeuses versus 13,5% parmi les parturientes fumeuses. De même, pour les accouchements prématurés où le taux atteint 1,3% contrairement aux parturientes fumeuses où celui-ci est de 9.1%.

Devant cette observation et cet état des lieux, nous, professionnels de la santé, nous ne pouvons pas fermer les yeux et continuer à travailler sans apporter une aide adéquate au secteur mère-enfant de notre institution.

Nous tenons un rôle important dans la prévention et dans le soutien de la promotion à la santé.

PARTIE THEORIQUE

«Le tabagisme n'est ni une libération, ni une arme de séduction
C'est une addiction mortelle ».

Dr Margaret, directeur général de l'OMS

Comme acteur de santé, il semble important d'approfondir les connaissances sur cette problématique que représente le tabac. L'objectif est de mieux comprendre les femmes enceintes fumeuses afin de pouvoir les accompagner de façon optimale dans leur sevrage.

3. Que faut-il savoir du tabac ?

Durant le XVIème siècle, le tabac était utilisé pour ses vertus médicinales.[4] On l'appelait « *herbe de la reine* » pour son action supposée sur les migraines de la reine et sur d'autres maux. Au XXIème siècle, ses effets nocifs sont véritablement devenus un sujet majeur de santé publique.
« Rien que pour la communauté européenne, 500 000 personnes meurent prématurément chaque année suite aux maladies liées au tabagisme[5] ». De plus, il ne faut pas négliger le fait que les consommateurs de tabac qui décèdent, privent leur famille de revenus, font augmenter les dépenses de santé et freinent le développement économique.

D'où vient cette toxicité ?

La moitié des substances chimiques se trouve naturellement dans la feuille de tabac vert.

D'autres substances se forment pendant le procédé de séchage ou sont ajoutées par les fabricants (additifs). Leur but est de rehausser l'arôme du produit, d'en améliorer le goût, de le rendre plus attractif ou d'atténuer l'irritation de la gorge et des voies respiratoires causée par la fumée. La combustion de ces produits entraine une grande nocivité pour la santé.

[4] FARES. 2009. « Histoire du tabac » [en ligne] consulté le 17 décembre2011. http://www.fares.be
[5] Prof. Bartsch, P., formation en tabacologie 2011-2012 « la composition du tabac ».

Sa composition [6]

Quand la cigarette part en fumée, c'est 4000 composants qui sont inhalés par l'organisme. La fumée de tabac se compose d'une phase gazeuse et d'une phase formée de particules très fines qui pénètrent dans les alvéoles pulmonaires et dans toute la circulation du corps. Cette fumée résulte de la combustion de la cigarette et se partage en 3 types de courants :

- Le courant primaire : la fumée inhalée par le fumeur.
- Le courant secondaire : la fumée résultant de la combustion du bout incandescent. Il est responsable du tabagisme passif. Il contient 5 fois plus de CO, 3 fois plus de goudron et de nicotine et 46 fois plus d'ammoniac.
- Le courant tertiaire : la fumée exhalée par le fumeur. La fumée contient 4 groupes de substances particulièrement nocives dont les effets toxiques se conjuguent :
  a) **Le monoxyde de carbone :** combiné à l'hémoglobine forme la carboxyhémoglobine. Celle-ci est responsable d'une hypoxie permanente et d'une toxicité importante pour l'endothélium vasculaire.
  b) **Les goudrons :** puissants cancérigènes et mutagènes.
  c) **Les substances irritantes** : ammoniac, acroléine, monoxyde d'azote ….. qui provoquent une agression de tout l'arbre respiratoire.
  d) **La nicotine** : est le principal alcaloïde du tabac et est responsable de la dépendance physique du tabac.
- La nicotine inhalée provoque des modifications pharmacologiques telles que : une élévation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, une vasoconstriction des vaisseaux sanguins… par libération des catécholamines.

[6] Prof. Bartsch, P. ,2011-2012

- La nicotine atteint le cerveau en moins de 10 secondes. Elle agit sur le système nerveux central où elle libère de la dopamine (hormone procurant des sensations agréables).

1/3 de nicotine absorbée

↳

barrière hémato-encéphalique

↳

récepteurs cérébraux

↳

modifications de l'humeur : plaisir, diminution des tensions nerveuses, augmentation de l'attention, éveil,…

- La nicotine est addictive : on en a besoin de quantités croissantes pour obtenir le même effet. On passe en quelques mois de l'usage occasionnel à l'usage quotidien.

« Chaque cigarette fumée renforce cette addiction et finit par enchaîner le fumeur débutant au tabac. »

4. La dépendance [7] [8]

« Le fumeur n'est pas coupable de fumer mais il est victime de son tabagisme et plus particulièrement de trois dépendances : physique-psychologique-comportementale. »

- **La dépendance physique**

Le tabagisme est un comportement social d'imitation renforcé par une dépendance physique pharmacologique, provoquée par la nicotine. Elle entre en compétition avec un neurotransmetteur : l'acétylcholine.

La dépendance physique correspond aux sensations de manque lorsque la concentration en nicotine plasmatique est trop faible. Le besoin irrépressible de fumer relève d'un renforcement négatif qui se caractérise par l'évitement de la sensation de manque: anxiété, irritabilité, tension nerveuse, difficulté de concentration, trouble du sommeil,…

[7] Delcroix, M., 2007. « la grossesse et le tabac » : Que sais je ? p18-19
[8] Pr Galanty L., formation en tabacologie 2011-2012 « la dépendance tabagique »

- **La dépendance psychologique et comportementale**

  La satisfaction immédiate provoquée par ce shoot de nicotine (inhalation d'une bouffée de cigarette) relève d'un renforcement positif qui incite à fumer ; sensation de plaisir, gestion de stress, effet coupe-faim, stimuli intellectuel,…

  Le rôle de l'environnement, l'aspect convivial de la cigarette (entre amis, lors d'un repas, lors de conditions stressantes, avec la prise de café ou d'alcool) est un comportement acquis avec de nombreuses habitudes dont il est difficile de se débarrasser. La tolérance (ou accoutumance) diminue cette sensation de plaisir, ce qui oblige à fumer de plus en plus pour obtenir un niveau de satisfaction identique.

5. L'impact du tabac

5.1 Sur la fertilité et la reproduction [9]

Au niveau de la fertilité masculine : il y a une altération directe des spermatozoïdes avec une diminution du pouvoir fécondant et une répercussion sur la descendance (oligospermie, nécrospermie, asthénospermie).

Au niveau de la fertilité féminine ; les perturbations hormonales diminuent la fréquence des ovulations et la production des ovocytes ce qui altèrent la fertilité et la fécondité. Le délai de conception s'allonge et le taux de grossesses évolutives s'abaisse comme se réduit le taux de réussite des fécondations in vitro.

L'âge de la ménopause est avancé (en moyenne de 3 ans) et les complications cardiovasculaires sont plus fréquentes. Il y a une diminution de la libido et de la lubrification vaginale.

[9] Dr Emonts, P., formation en tabacologie 2011 -2012. « Femme et tabac, tabagisme et grossesse ».

5.2 Sur le décours de la grossesse et de l'accouchement [10] [11]

Les effets vasomoteurs de la nicotine provoquent une diminution de la perfusion placentaire (hypertrophie et maturité précoce du placenta) et renforce l'hypoxie tissulaire chronique due au CO provoquant ainsi :

- GEU (altération de la fonction tubaire) RR x3
- Avortements spontanés RR x3
- Placenta prævia RR x2 à 3
- Hématome rétro placentaire RR x3
- Rupture prématuré des membranes RR x2 à 3
- Accouchement prématuré RR x2
- Hypertension artérielle, métrorragie

5.3 Sur l'embryon et le fœtus [12]

Pendant la grossesse, les risques du tabagisme sur l'embryon et le fœtus sont en relation directe avec l'inhalation par la mère des substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette soit parce qu'elle est fumeuse ou soit parce qu'elle est exposée au tabagisme de son entourage. Cela a pour conséquence d'augmenter le risque de RCIU (RRx2 à 6), d'augmenter le risque de mort fœtal in utéro (RR x1.6), d'augmenter le risque de malformations (fente labio palatine…) et de cancers, de diminuer les mouvements fœtaux et d'y associer tous les risques liés à la prématurité.

[10] [11] Delcroix, M., 2007 « grossesse et tabac » Que sais-je ?

[12] Dr Emonts, P., 2011. « Tabac et grossesse : comment détruire un projet de naissance ? »Gunaikea vol 16 n°10.

5.4 Sur le nourrisson [13]

Le tabagisme gravidique altère le comportement neurologique du nourrisson par le syndrome du sevrage nicotinique : excitabilité, syndrome de stress,…

Il perturbe le fonctionnement de l'appareil respiratoire et immunitaire : diminution des fonctions respiratoires, hyperactivité bronchique et augmentations des maladies respiratoires : bronchite, bronchiolite, pneumonie, otite, toux, asthme…

Le tabagisme gravidique double le risque de mort subite du nourrisson.

Des troubles psychologiques apparaissent : déficit de l'attention, hyperactivité,…Ces enfants sont plus souvent absents de l'école, ce qui peut affecter leur comportement et leur capacité d'apprentissage.

Le tabagisme maternel retentit sur le système cardiovasculaire *« Les nourrissons qui vivent chez les fumeurs présentent une augmentation des marqueurs des maladies cardiovasculaires dans le sang. Ils sont tels des « poissons rouges » dans un bocal. Ils sont exposés à des doses supérieures et il semble qu'ils soient plus sensibles aux effets cardiovasculaires de la fumée. »*[14]

Il y a également un risque de tabagisme transgénérationnel de part le modèle parental mais aussi un risque accru de caries dentaires précoces et d'obésité.

5.5 L'allaitement maternel

Fumer altère la production du lait maternel ainsi que sa composition : moins de graisses, de calories, de vitamines,… Le tabac modifie le goût et l'odeur du lait maternel.

« Le tabagisme au cours de la grossesse est une des violences les plus graves et les plus fréquentes faite au fœtus. »

Tous ces risques impliquent une prise de conscience et une prise en charge du tabagisme tant actif que passif de la femme avant, pendant et après la grossesse.

---

[13] Pr Godding, V. ,2011. « Le tabagisme de la femme enceinte porte atteinte à la santé de l'être humain »Gunaikeia vol 16 n°10 p328.

[14] Bauer J. PHD « le tabagisme passif à la maison et nourrissons » [en ligne] consulté le 29/10/2011 http://afdet.online.fr/spip.php?rubrique30

Cependant, il est important de savoir que la plupart de ces risques sont réversibles dès que la future maman cesse de fumer. Il n'est donc jamais trop tard pour s'arrêter. Les bénéfices de l'arrêt [15] (cf. annexe3) sont immédiats. Par contre, la diminution de la consommation est à déconseiller. Ceci en raison du **phénomène d'autotitration** qui est un mécanisme par lequel, une personne va réduire sa consommation de tabac tout en compensant « ce manque à fumer » par des inhalations plus profondes et plus longues. Ce comportement va lui permettre de maintenir un taux plasmatique en nicotine qui lui est nécessaire afin d'éviter le craving.

Outre les effets toxiques du tabac sur la grossesse et sur l'enfant, la santé de la « femme » est aussi mise à contribution : sa fertilité, la BPCO qui survient à un âge moins avancé chez la femme que chez l'homme, le cancer des voies respiratoires, le cancer du col utérin et du sein, les atteintes cardiovasculaires etc.…

6. Le rôle des professionnels de la santé dans la prévention et le suivi des addictions maternelles.

6.1 Le rôle des professionnels de la santé.

La santé de l'enfant est incontestablement influencée par la qualité de vie de ses parents mais également par la vision de la santé qu'ont les praticiens médicaux.

Lorsque l'on sait que plus de 28% des femmes (statut tabagique du CHA) fument en début de grossesse et que le tabagisme maternel a des effets délétères sur le bon déroulement de la grossesse et sur l'enfant à naître, ne pas aborder le thème du tabac avant, pendant et après l'accouchement me paraît être inconcevable.

[15] Delcroix, M., 2007. « La grossesse et le tabac » que sais-je ? P.73

La grossesse est un moment privilégié, au cours duquel les soignants ont une occasion unique d'influencer, d'aider et d'accompagner les femmes dans une démarche de sevrage tabagique.

« *Le simple conseil d'un médecin accroît sensiblement les taux d'abstinence (de plus de 30%), par rapport à une situation sans conseil. De même, les interventions en matière de sevrage conduites par le personnel infirmier augmentent de 50% la probabilité de succès* ».[16]

Le rôle des gynéco-obstétriciens et des sages-femmes a pour but essentiel de s'assurer du bon déroulement de la grossesse et de dépister le plus tôt possible toute manifestation susceptible de complications. Les possibilités de rencontre pour ouvrir le dialogue sont multiples : en PMA, dès la première consultation, au cours des préparations prénatales, au cours des hospitalisations précoces…

Le rôle des pédiatres et des infirmières pédiatriques : [17]

Ceux-ci ont un rôle complémentaire en matière de tabagisme à celui des gynécologues et des sages-femmes. Ce rôle consiste à aider les enfants et leur famille à maintenir un niveau optimum de santé et de bon fonctionnement. « *Ils vont identifier les conséquences du tabagisme durant la grossesse, poursuivre les efforts consentis pendant la grossesse et pendant l'allaitement maternel, débanaliser et dénormaliser le tabagisme en encourageant le changement de comportement auprès des parents avec le souci d'éviter le tabagisme « transgénérationnel »*

Le rôle primordial de ces 4 acteurs de santé est de repérer, d'informer, de sensibiliser, de motiver et d'orienter.

Ils doivent créer une atmosphère exempte de tout esprit de jugement. Ce qui permettra une approche positive pour obtenir un changement de comportement au lieu de faire naître la culpabilité ou de blâmer la femme et son entourage.

---

[16] Journée mondiale sans tabac. 31 mai. « Le rôle des professionnels de la santé-la lutte antitabac. [En ligne] consulté le 10/01/2012 http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/layoutfinalf.pdf

[17] Fares, Emonts, P. ; Masson, V. « Tabagisme et grossesse » [en ligne] consulté le 10/01/2012 http://www.naitreetgrandirsanstabac.be/wp-content/uploads/2011/03/Clinique-int%C3%A9gr%C3%A9e-tabagisme-et-grossesse.pdf

6.1.1 Comment s'adresser à la femme fumeuse ? [18]

La première rencontre est considérée comme étant un moment privilégié pour la sensibilisation au sevrage tabagique.

Une anamnèse obstétricale est réalisée ainsi qu'une évaluation du statut tabagique de la femme. Cet entretien a le plus souvent recours aux recommandations internationales des « 5A ».

ASK **= demander** « Fumez-vous ? » « Combien de cigarettes par jour ? »

Le type de consommation (cigarette, chicha, joint,…)

Etes-vous exposée au tabagisme passif ?

= **mesurer le CO** dans l'air expiré = démarche de sensibilisation.

Cette démarche a un intérêt diagnostique : lecture immédiate et précise du degré d'intoxication de la femme.

Cette démarche a également un intérêt motivationnel : la prise de conscience des risques liés au tabac pendant la grossesse est plus forte avec les résultats d'examens qu'avec des mots ou des signes cliniques.

= **inscrire ces données dans le dossier médical** afin d'appliquer plus efficacement les recommandations d'aide au sevrage.

ADVISE **= donner un avis médical**

Il faut conseiller clairement et sans équivoque l'importance de l'arrêt du tabac.

ASSESS **= évaluer** « Qu'avez-vous l'intention de faire ? »

Il faut évaluer clairement la motivation à l'arrêt.

ASSIST **= aider** « C'est difficile, mais nous pouvons vous aider »

- Si souhait d'arrêter rapidement dans un délai < 1 mois = intervention active = consulter un tabacologue ou une sage-femme de l'équipe formée à l'entretien motivationnel.

[18] GODDING, V. et al. (2010). « *Tabagisme prénatal : Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens* » Brochure à l'initiative du FARES ASBL

- Si souhait d'arrêter dans un délai >1mois : il faut renforcer la motivation et valoriser les tentatives d'arrêt.
- Si ne souhaite pas arrêter : il faut sensibiliser et aider à mûrir la décision vers un arrêt de tabac.

ARRANGE = **proposer** l'aide d'un tabacologue ou d'une sage- femme formée à l'entretien motivationnel.

= **fixer** les rendez-vous.

ASK et ADVISE = **demander et donner** un avis médical à **chaque consultation**

Le tabagisme reste un facteur de risque qu'il faut suivre et mesurer à chaque consultation afin d'encourager la femme enceinte dans son sevrage.

« L'efficacité du conseil minimal à l'arrêt a été démontrée dans plusieurs pays : l'odds ratio est de 1,74 [(19).] *Ce qui signifie que les fumeurs qui consultent des médecins appliquant ce conseil minimal, arrêtent plus fréquemment de fumer que ceux dont le médecin ne s'inquiète pas régulièrement de leur tabagisme* ». Cependant, faute de temps, de moyens et parfois de motivation, une consultation tabacologique efficace est impossible. Le concept de la stratégie des « 5 A » permet d'évaluer le statut ainsi que la motivation de la femme et dès lors, de les guider vers une consultation tabacologique.

[19] Référentiels.2007. « Sevrage tabagique : le conseil minimal.» [En ligne] consulté le 2/02/2012 http://www.oncologik.fr/index.php/Sevrage_tabagique

6.2 Le rôle de la sage-femme tabacologue

« Dé fumer, ce n'est pas seulement arrêter de fumer

Dé fumer, c'est réorganiser toute sa vie sans tabac.

Réorganiser sa vie sans tabac, ça veut dire revoir ses habitudes alimentaires, gérer ses émotions et son stress sans avoir besoin de la béquille que constitue la cigarette. » [20]

- Pour arriver à un changement de comportement, il faut une approche globale par un praticien diplômé en tabacologie. Celui-ci connaît les mécanismes de l'addiction, la complexité des phénomènes de la dépendance….
- Il a plusieurs missions :
  - Il a un rôle important dans la prévention du tabagisme auprès des jeunes, des femmes … .Sa formation lui permet d'apporter une information claire et fiable mettant à mal un grand nombre d'idées reçues.
  - Le tabacologue a un rôle de formateur auprès des auxiliaires de santé non formés à la tabacologie.

Rem : Dans les cursus scolaires, la tabacologie n'est abordée que sous un seul aspect. Le tabac est surtout cité dans de nombreuses maladies comme facteur à risque. L'aspect assuétude et prise en charge sont par contre trop peu développés.

  - Le tabacologue a un rôle de conseil et de guide pour aider la femme fumeuse à sortir de la dépendance tabagique. [21][22]

Pour ce faire, il va réaliser :

a) **Un bilan initial :** celui-ci consiste en une prise de contact avec la fumeuse désireuse d'arrêter de fumer.

---

[20] Le bonheur de vivre libre sans tabac [en ligne] consulté le 15/05/2012. http://fume-et-defume.asso.fr/role-et-mission-du-tabacologue.html

[21] Dr Nys, P. ; Cailleaux, A. 2011. « Prise en charge de la patiente fumeuse : tous ensemble » Gunaïkeia, vol 16

[22] GODDING, V. et al. (2010). « *Tabagisme prénatal : Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens* » Brochure à l'initiative du FARES ASBL

b) **Une anamnèse :** - comprenant les antécédents médicaux, familiaux, socio-professionnels…

- comprenant les éventuelles Co-addictions (alcool, cannabis..) et les Co-morbidités (dépression, anxiété…).

- comprenant l'histoire du tabagisme : âge de la première cigarette, les tentatives éventuelles d'arrêts antérieurs, les causes de reprises …

c) **Une évaluation de la dépendance physique** par le test de fagerström (cf. annexe 4).

d) **Une évaluation de la dépendance psychologique et comportementale** en ayant recours au test de Horn, HAD (cf. annexe 5).

e) **Une évaluation de la motivation à l'arrêt** par le test de Richmond, De Maria et Grimaldi (cf. annexe 6).

f) **Les marqueurs biologiques**

- La mesure du CO qui permettra de renforcer la motivation à l'arrêt.
- Le dosage de cotinine urinaire : ce dosage reflète les apports en nicotine des 2 à 3 jours précédents. La demi-vie de la cotinine (métabolite de la nicotine) est de 10 à 48 heures. Ce dosage permet de quantifier le degré d'exposition à la nicotine, de suivre les taux de substitution et de contrôler l'arrêt de la consommation de tabac chez les personnes ne prenant pas de TSN.

  Ce dosage évalue également le tabagisme passif.

g) **L'entretien motivationnel**

Il est constitué de messages d'encouragements à l'arrêt du tabac et au maintien de ce nouvel équilibre. La parturiente est amenée à exprimer ses propres arguments en faveur de l'arrêt mais également ses craintes et ses difficultés. Le tabacologue va l'accompagner dans sa motivation personnelle afin de l'aider à changer de comportement.

h) L'accompagnement cognitivo-comportemental

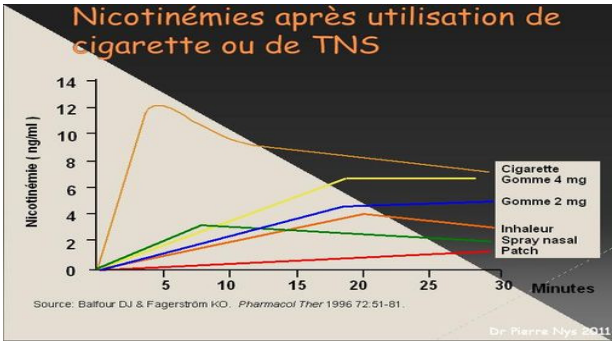
Cet accompagnement empathique est basé sur l'analyse du comportement et de l'environnement de la parturiente. Il a pour but d'optimiser l'aide. Il existe une collaboration entre la parturiente et le soignant. Ils travaillent ensemble pour la compréhension et le traitement des problèmes qui se posent. Ces thérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité pour aider à la gestion du stress sans fumer, pour s'affirmer, pour prendre soin de soi.

i) La prise en charge pharmacologique

Généralement, les femmes enceintes qui continuent à fumer malgré la connaissance des méfaits du tabac culpabilisent. D'un côté, elles désirent un sevrage pour le bien-être de leur bébé et d'un autre côté, elles redoutent les symptômes liés au manque. Une substitution nicotinique suffisante permet de supprimer le manque et de rendre le sevrage plus confortable. Or, beaucoup de femmes enceintes pensent que les substituts nicotiniques sont contre indiqués pendant la grossesse.

Cependant, il faut savoir que :

- La nicotinémie sous TNS est deux fois moins élevée que la nicotinémie liée au tabagisme.[23]



Dr Pierre Nys 2011

- La nicotine est apportée lentement par les TSN et n'est donc pas accompagnée de cet effet « shoot » diminuant ainsi la possibilité de dépendance.

[23] Dr Nys, P. ; Cailleaux, A. 2011. « Prise en charge de la patiente fumeuse ». Réunion du GGOLFB. [En ligne] consulté le 25/02/2012 http://www.ggolfb.be/Public/Document.aspx?doc=421941d7-8fd5-4021-8f6b-4c517275a5f8

- La vasoconstriction des artères utérines est minime par rapport à celle provoquée par la fumée de cigarette.
- Les TSN permettent d'éviter la toxicité des autres composants du tabac.

Cependant, selon les recommandations de bonne pratique, « *la substitution nicotinique intermittente doit rester prudente et doit être prescrite ou avalisée par le gynécologue. Cette substitution, sous forme orale (gomme) ou transdermique (patch diurne) est réservée aux parturientes qui ont une forte dépendance physique.* »

Rem : Les patchs sont retirés la nuit afin d'éviter l'accumulation de nicotine dans le liquide amniotique ou dans le lait maternel.

Schéma posologique des TSN selon le taux de CO dans l'air expiré. [24] (cf. annexe 7).

Afin d'optimiser les chances de réussite, il est important d'y associer un accompagnement cognitivo-comportemental.

j) Approche psychologique et pluridisciplinaire

Il est important d'offrir un suivi psychologique et pluridisciplinaire chez les parturientes qui présentent des Co-morbidités (dépression), des Co-dépendances (alcool, cannabis…), des situations socioprofessionnelles et familiales difficiles (violence, pauvreté..).

k) D'autres approches peuvent être envisagées :

L'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie…

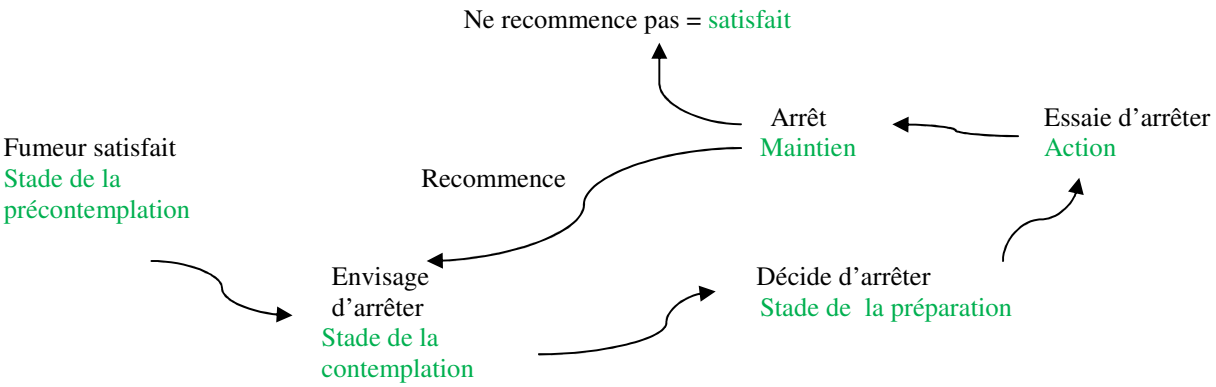
Le rôle de la sage -femme tabacologue est de bien cerner le profil de la femme enceinte fumeuse et ainsi de lui proposer une stratégie personnalisée et adaptée. La première rencontre permet de renforcer la motivation et prépare ainsi la parturiente à l'arrêt. Toutes les personnes désireuses d'un sevrage tabagique souhaiteraient trouver « la pilule magique » qui leur permettrait de rendre ce sevrage moins pénible. Cependant, même les traitements pharmacologiques ne règlent pas les raisons pour lesquelles elles continuent à fumer.

[24] Delcroix, M., 2007. «La grossesse et le tabac : Que sais-je ? » p88

La cigarette occupe une place importante dans la vie de la parturiente. Elle est à la fois « son amie et son ennemie ». La sage-femme tabacologue va aider cette parturiente fumeuse à prendre conscience de l'emprise du tabac sur elle et va l'aider à la détourner.

7. Comment accompagner la femme enceinte dans son sevrage tabagique ?

C'est la dépendance physique à la nicotine qui est responsable des échecs de tentatives spontanées d'arrêt au tabagisme. Le syndrome de sevrage est souvent vécu comme étant pénible et très inconfortable. Il se caractérise par de la nervosité, de l'irritabilité, des troubles de l'humeur et du sommeil, une augmentation de l'appétit… Ces symptômes provoquent de l'angoisse, de la détresse. Ils peuvent perturber les fonctions sociales, professionnelles ou autres. C'est la raison pour laquelle le changement de comportement (et surtout son maintien) n'est pas si facile à obtenir. Il se fait par étape. Il est important de tenir compte de ces différentes étapes sans quoi on risque d'aboutir à l'épuisement du soignant et à la démotivation de la femme fumeuse. Ces différents stades de maturation sont décrits par James Prochaska et Carlo Diclemente.



« La femme fumeuse est satisfaite de son statut tabagique et n'a aucune envie d'arrêter. Lors d'un évènement particulier (grossesse, souhait de grossesse), elle va prendre conscience des effets nocifs du tabac. Elle va s'interroger sur son comportement et va se sentir partagée par son

envie de fumer ou d'arrêter. Après réflexion, un arrêt sera tenté. Celui-ci ne sera le plus souvent définitif qu'après plusieurs essais ». [25]

La motivation à l'arrêt chez la femme fumeuse est souvent liée au désir de ne pas nuire à la santé de son enfant. Cependant, cet arrêt reste très difficile surtout pour les femmes enceintes provenant de milieux défavorisés. En effet, elles rencontrent d'autres problèmes (alimentation, habitation…) « plus importants » à régler que le tabagisme. Le coût des TSN, l'influence de l'entourage, le manque de confiance en soi, le stress…interviennent dans leur combat.

Comment les aider ?

- Repérer le tabagisme, les éventuelles co-addictions et co-morbidités le plus tôt possible.
- Sensibiliser, motiver, avoir un **discours clair et univoque sans culpabiliser**
- Informer en consacrant du temps
  - en apportant une écoute attentive
  - en délivrant une information orale fondée sur des données scientifiques.
- Proposer un langage clair et un support adapté (pour les personnes ne parlant pas le français ou souffrant d'un handicap).
- Proposer une aide au sevrage tabagique.
- Informer et signaler l'existence de consultations tabacologiques.
- Rassurer : il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer.
- Sensibiliser au tabagisme passif.
- Rappeler les bénéfices à l'arrêt tant pour elle que pour l'enfant que pour l'allaitement.
- Organiser des rencontres régulières et faciliter les prises de rendez-vous.
- Rappeler si oubli.

[25] Pr Galanty, L. 2007. « Comment arrêter de fumer pendant la grossesse ? » Gunaïkeia, vol 12, n°2, p40-41.

- Informer sur le coût et le remboursement des consultations. [26]

Type de consultation	Montant remboursé
1ère consultation (minimum 45 minutes)	30 euros
2ème à 8ème consultation* (minimum 30minutes)	20 euros
Femmes enceintes **1ère à 8ème consultation (max. 8 par grossesse)**	30 euros

*sur une période de 2 années civiles.

- Evaluer à chaque consultation l'évolution du sevrage tabagique et valoriser les réussites.
- Former le personnel soignant.
- Si hospitalisation précoce : prise en charge des parturientes alitées en sevrage brutal.
- Assurer la continuité d'un suivi par le partage entre les différents professionnels de la santé (médecins traitants, TMS …) dans le but d'éviter les rechutes.

[26] GODDING, V. et al. (2010). « *Tabagisme prénatal : Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens* » Brochure à l'initiative du FARES ASBL

Il y a encore beaucoup de femmes enceintes fumeuses qui restent à convaincre !

Les femmes qui fument pendant leur grossesse sont encore trop nombreuses comme le démontre l'étude des lieux du CHA. Sans oublier celles qui sont victimes du tabagisme passif.

Le message à délivrer par l'ensemble des praticiens médicaux intervenant en périnatalité est celui d'un arrêt complet du tabac. Il faut convaincre les parturientes de l'intérêt du sevrage et de l'aide que nous pouvons leur apporter. Il est vrai que le délai d'action est court mais le bénéfice pour l'enfant à naître et pour sa mère est immédiat. L'arrêt du tabac doit intervenir le plus tôt possible avant, pendant la grossesse ou pendant l'allaitement.

Dès lors, le conseil minimal doit devenir un réflexe professionnel de tous les acteurs de soins de santé du secteur mère-enfant.

FUMEZ-VOUS ?

OUI

Combien de cigarettes fumez-vous ?
Quel type de consommation ?
Combien de temps après votre réveil ?
Voulez-vous arrêter ?

OUI

Orienter vers une consultation tabacologique

NON

Prévention du tabagisme passsif

NON

Mesure du co expiré
Motiver, sensibiliser
Remettre brochure
Prévention du tabagisme passif

RECOMMANDATIONS EUROPEENNES **:**

« L'aide au sevrage tabagique DOIT ETRE ACCESSIBLE pour les femmes enceintes dans TOUTES LES MATERNITES ET STRUCTURES de suivi de la grossesse. »

Cochrane DataBase2010.

PARTIE PRATIQUE

8. Objectif

L'enquête a pour objectif principal d'évaluer les attitudes, les pratiques et le ressentis des professionnels de la santé dans le cadre de la prise en charge du tabagisme per gravidique du département mère-enfant du CHA de Libramont.

Cette enquête me permettra d'évaluer les besoins et les attentes de ce secteur.

9. Méthodologie

Il s'agit ici d'une enquête descriptive dans un premier temps. Celle-ci est adressée aux gynécologues, aux pédiatres, aux infirmières pédiatriques et aux sages-femmes travaillant au sein du département mère-enfant du CHA de Libramont. Cette enquête me tenait particulièrement à cœur vu l'étroite collaboration qui existe entre les deux services. Leur objectif principal étant le bien-être de la femme enceinte, de l'enfant à naître, de la femme accouchée et de son enfant.

Dans un 2ème temps, une enquête comparative a été réalisée entre la prise en charge du tabagisme per gravidique de la maternité du CHA de Libramont et la prise en charge de ce même tabagisme à la clinique E. BOHLER du grand-duché de Luxembourg et de l'hôpital d'Erasme à Bruxelles. L'hôpital de Erasme a été choisi car celui-ci fait partie du réseau des hôpitaux sans tabac, une sage-femme tabacologue y exerce et y consulte. La clinique E. Bohler a été choisie car deux sages-femmes tabacologues y exercent.

Pour cette enquête comparative, la population ciblée s'est limitée aux gynécologues et aux sages-femmes. L'objectif poursuivi est de comparer leur prise en charge du tabagisme maternel avec celle du CHA. Ceci, dans le but d'en retirer un maximum d'informations utiles à notre secteur.

Le questionnaire était identique à celui distribué aux gynécologues et aux sages-femmes du CHA. (Cf. annexe 8).

Le questionnaire a interrogé les professionnels concernés sur leurs pratiques en matière de prise en charge du tabagisme per gravidique : par l'identification du statut tabagique, la proposition d'une mesure de monoxyde de carbone dans l'air expiré, des conseils prodigués à la suite de l'identification du statut de fumeuse de la femme, des aides apportées. D'autre part, quelques questions étaient destinées à recueillir des données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le statut tabagique. Deux questions ont abordé le thème des formations et des informations reçues lors de leur cursus scolaire et durant leur activité professionnelle.

Le questionnaire des deux enquêtes a été élaboré selon la méthode des « 5 A ». Celui-ci était accompagné d'une note explicative et pour les gynécologues et pédiatres, une enveloppe réponse timbrée était glissée dans l'envoi.

Les questionnaires ont été déposés dès la mi-mars et récupérés un mois plus tard.

L'enquête comportait des questions ouvertes afin de ne pas induire de biais de réponses. L'anonymat était respecté permettant ainsi une plus grande liberté d'expression.

Avec l'accord de madame E.Lebailly, certaines questions ont été reprises de son enquête. (L'allaitement maternel et le tabagisme 2007-2008).

10. Résultats de l'enquête descriptive

Le nombre de questionnaires distribués est en fonction du nombre de gynécologues, de pédiatres, d'infirmières pédiatriques et de sages-femmes exerçant au sein du secteur mère-enfant de notre institution.

Professionnels	Q. distribués	Q reçus	% de réponses
Gynécologues	8	8	100%
Pédiatres	5	2	40%
Infirmières pédiatriques	26	10	38%
Sages - femmes	35	20	57%

10.1 Les caractéristiques de la population étudiée.

a) Le sexe

Parmi les gynécologues et les pédiatres, les hommes représentent 50% de la population tandis que les sages-femmes et les infirmières pédiatriques représentent 100% de la population féminine.

b) L'âge

L'âge moyen pour les gynécologues est de 41 ans

les pédiatres est de 47 ans

les sages-femmes est de 30 ans

les infirmières pédiatriques est de 35 ans

c) Le statut tabagique

Parmi les professionnels de la santé, je retrouve une majorité de non fumeur.

Parmi les gynécologues 87,5% de non fumeurs
12,5 % de fumeurs

Parmi les pédiatres 100% de non fumeurs

Parmi les infirmières pédiatriques 90% de non fumeuses
10% d'ex fumeuses

Parmi les sages-femmes 85% de non fumeuses
5% de fumeuses
10% d'ex fumeuses

10.2 Résultats de l'enquête

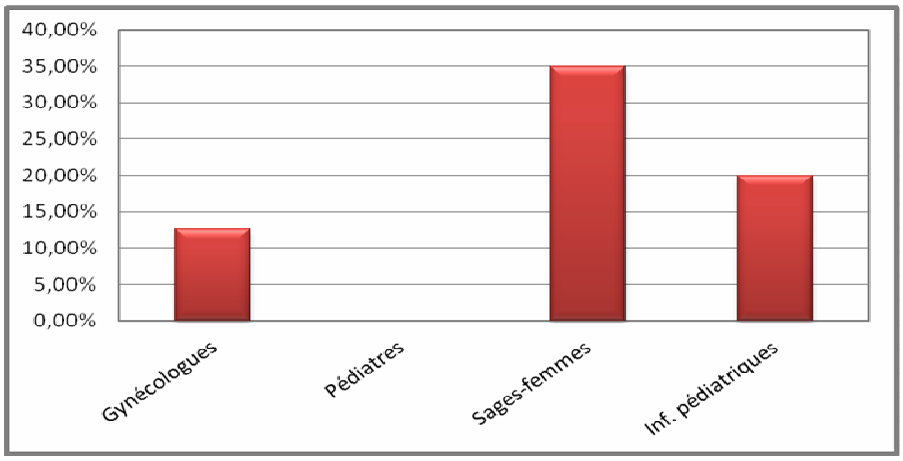
1) Lors de votre cursus scolaire, avez-vous reçu une formation concernant le tabagisme ?

1 gynécologue répond positivement à la question : 12,5%

Aucun pédiatre n'a reçu de formation en tabacologie : 0%

7 sages-femmes répondent positivement à la question : 35%

2 infirmières pédiatriques ont reçu une formation en tabacologie : 20%



2) Lors de votre rencontre avec une patiente, posez-vous les questions suivantes ?

Pourcentage des professionnels répondant positivement à la question :

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Fumez-vous ?	8 (100%)	0 (0%)	3 (30%)	19 (95%)
Quel type de consommation ?	7 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (90%)
Souhaitez-vous arrêter ?	7 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)
Votre conjoint fume-t-il ?	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (45%)

Je constate que le service pédiatrique ne connaît pas le conseil minimal : aucun ou très peu parmi les praticiens interrogés ne pose les questions relatives au conseil minimal. Parmi les gynécologues et les sages-femmes la question du tabagisme du conjoint fait le plus souvent défaut. Moins d'un tiers des sages-femmes interrogées ne posent la question de l'arrêt.

3) Possédez-vous un analyseur de monoxyde de carbone ?

Aucun des praticiens médicaux ne possède d'analyseur de CO : 0%

4) Mesurez-vous systématiquement le CO expiré chez toutes vos patientes fumeuses ?

Aucune réponse positive à la question

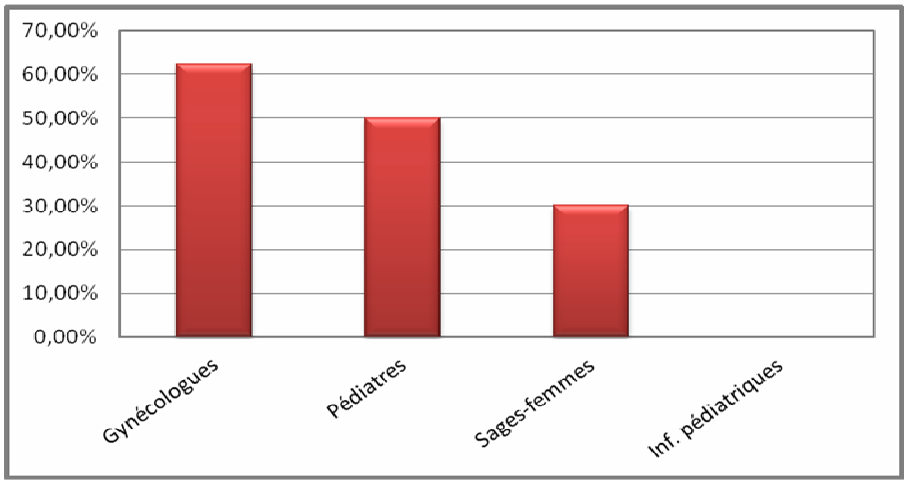
5) Si la femme est fumeuse abordez-vous avec elle la question du tabagisme à chaque consultation ? Au cours de son séjour à la maternité ?

5 gynécologues répondent positivement à la question (62.5%)

1 pédiatre répond positivement à la question (50%)

6 sages-femmes abordent la question (30%)

Aucune infirmière pédiatrique n'aborde la question (0%)



Parmi les professionnels interrogés, ceux-ci précisent que la question est abordée mais pas systématiquement à chaque consultation. Chez les pédiatres, malgré l'absence du conseil minimal, la question est abordée sous un seul aspect : la prévention du tabagisme passif.

6) Quels conseils ou recommandations donnez-vous auprès des femmes enceintes fumeuses ou accouchées fumeuses ?

Réponses :

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Arrêt tabac	62,5%		10%	20%
Diminuer	25%		20%	15%
Diminuer puis arrêter				20%
Se faire aider	37,5%	50%	10%	30%
Attention au tabagisme passif		50%	40%	50%
N'aborde pas le sujet			10%	20%
Effets nocifs pour le bébé	37,5%		20%	40%
NRT	12,5%		20%	5%

Parmi les recommandations, j'observe une méconnaissance des conseils à donner. Seulement 62,5% des gynécologues recommandent l'arrêt du tabagisme. J'observe également la présence d'une grande variété parmi ces conseils.

7) Quelles réponses donnez-vous à ces femmes si elles vous demandent une aide pour arrêter de fumer ?

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Pas de demande			30%	15%
Se renseignerai				10%
Prévoir consultation tabaco - pneumologie	75%	50%	40%	35%
Rappel des bénéfices				5%
Patchs	25%			20%
Motivation				10%
Ligne tabac stop			10%	
Renvoi au médecin traitant	62,5%	50%	30%	45%
Acupuncture-homéopathie	12,5%		20%	10%

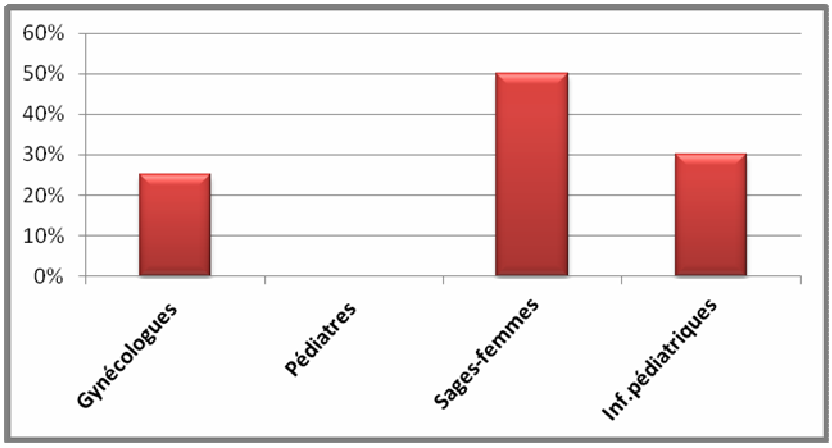
Parmi les réponses, j'observe une méconnaissance et l'absence d'outils pour satisfaire les patientes désireuses d'une aide.

8) Eprouvez-vous des difficultés pour aborder le tabagisme en périnatalité ?

Pourcentage des professionnels exprimant des difficultés pour aborder le tabagisme gravidique.

50% des sages-femmes interrogées expriment leurs difficultés pour aborder ce sujet.

Plus d'un tiers des infirmières pédiatriques éprouvent des difficultés. De même que parmi les gynécologues, plus d'un quart éprouvent des difficultés :



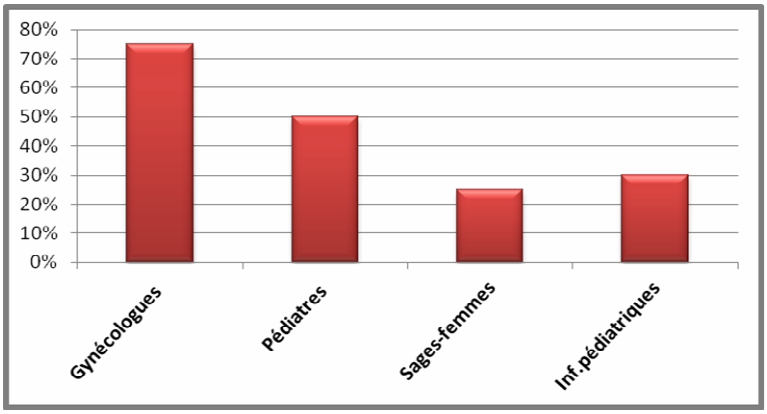
Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Manque de connaissance	25%	-	40%	45%
Manque de temps	25%	-		20%
Ne sait pas comment s'y prendre		-	15%	
Peur de porter un jugement		-	10%	20%
Sentiment d'impuissance	50%	-	10%	25%

Le sentiment d'impuissance, le manque de temps et surtout le manque de connaissances sont les principaux obstacles pour aborder ce sujet.

9) A la question avez-vous recours à d'autres professionnels pour suivre la femme enceinte qui désire arrêter de fumer ?

Pourcentage des professionnels répondant positivement à la question :



Quels professionnels ?

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Gynécologue			20%	15%
Acupuncture homéopathie			10%	5%
Tabacologue : via internet	37,5%			5%
Pneumologue	12,5%			
Médecin traitant	25%	50%		
Psychologue	12,5%			

10) Disposez-vous de brochures informatives que la patiente peut consulter ?

3 gynécologues répondent positivement à la question.

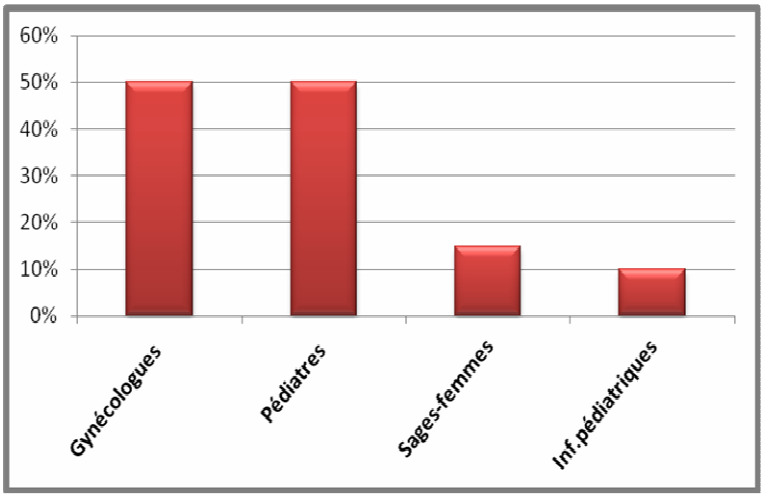
Aucun pédiatre ne dispose de brochure.

Aucune infirmière pédiatrique ne dispose de brochure.

Aucune sage-femme ne dispose de brochure.

11) Depuis que vous travaillez, avez-vous reçu une information concernant le tabagisme ?

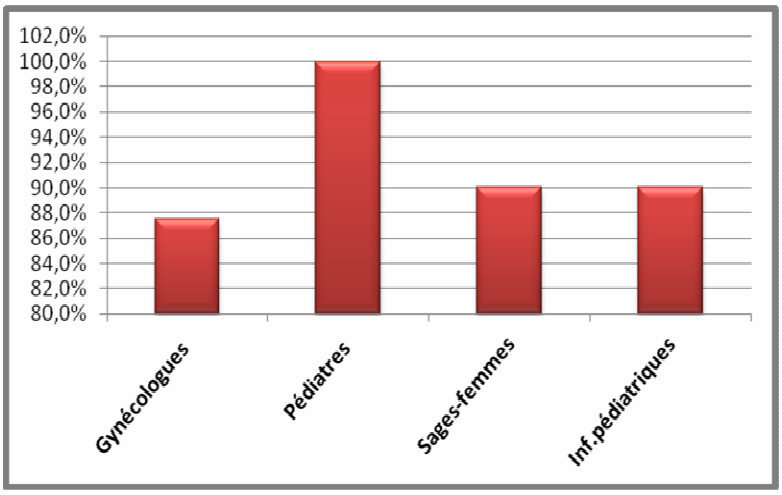
Pourcentage des professionnels répondant positivement à la question :



Par qui ?

	Gynécologues	Pédiatres	Infirmières pédiatriques	Sages-femmes
Conférence			5%	5%
Fares : journée info	37,5%			
Pneumologues	12, 5%			
Info tout public		50%		

Pourcentage des professionnels souhaitant recevoir une information concernant le tabagisme :



La grande majorité exprime le souhait de recevoir une formation.

10.3 Discussion

Au vu du nombre de réponses obtenues, je constate qu'il y a une grande disparité entre le secteur pédiatrique et le service gynéco-obstétrical. Le service pédiatrique de notre institution semble être moins concerné par le tabagisme en périnatalité (ceci vu le faible pourcentage de réponses obtenues). Est-ce dû à une mauvaise appréciation de l'importance de l'impact du tabagisme maternel ou à une méconnaissance des recommandations à donner ?

Cependant, parmi les réponses obtenues, la plupart des pédiatres et des infirmières pédiatriques conseillent d'éviter le tabagisme passif et proposent aux femmes de se faire aider.

Un intérêt plus marqué de la part des gynécologues et des sages-femmes est observé. En effet, une grande majorité se soucie du conseil minimal et exprime la tolérance zéro concernant le tabagisme.Néanmoins, la prise en charge du tabagisme reste nettement insuffisante .Cela s'explique en grande partie par un manque de connaissance,par le peu de moyens mis à leur disposition et par un sentiment d'impuissance : « ils ont le sentiment de parler dans le vide ».

La plupart des praticiens médicaux renvoient les femmes vers le médecin traitant ou vers une consultation tabacologique (en conseillant de se renseigner sur internet afin d'obtenir un contact avec un tabacologue). Je constate qu'il y a un réel manque de relais des femmes enceintes fumeuses vers un programme d'aide à l'arrêt du tabac au sein de notre institution.

100% des praticiens interrogés déclarent ne jamais proposer la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré. Ceux-ci ne possèdent pas d'appareils de mesure et ne connaissent pas l'intérêt de cette mesure. Il semble qu'une sensibilisation des praticiens quant à l'intérêt et à l'utilisation de ce type d'appareil en consultation soit une nécessité.

La mise à disposition de brochures fait défaut parmi tous les acteurs de soins de santé. Or, le simple fait de disposer de brochures augmente les demandes en sevrage tabagique.

Je constate également que la totalité des praticiens médicaux souhaiterait recevoir une information.

Par le simple fait d'avoir répondu à ce questionnaire, les professionnels de la santé ont pu être sensibilisés à cette problématique du tabagisme maternel. Cependant, j'ai souhaité investiguer de façon plus approfondie ce rôle qu'ont les professionnels de la santé en réalisant une enquête comparative avec deux autres maternités :la clinique E. Bohler du grand-duché de Luxembourg et l'hôpital d' Erasme à Bruxelles. En effet, ces deux maternités ont relevé ce défi par la présence de sages-femmes tabacologues au sein de leur équipe. Néanmoins, je tiens à préciser qu'à l'heure actuelle, aucun protocole de prise en charge n'a été instauré au sein de la clinique E.Bohler. Ce protocole étant à l'étude .

11. Résultats de l'enquête comparative.

11.1 Le taux de réponses

	CLINIQUE DU BOHLER	HÔPITAL DE ERASME	CHA DE LIBRAMONT
Nombre de naissances en2011	2230	2000	1226
Questionnaires envoyés aux gynécologues	15	15	8
Questionnaires reçus en retour	9	11	8
Taux de participation des gynécologues	38 questionnaires envoyés 28 questionnaires reçus		74% de réponses
Questionnaires déposés pour les sages-femmes	30	30	35
Questionnaires reçus en retour	18	20	20
Taux de participation des sages-femmes	95 questionnaires distribués 58 questionnaires reçus		61% de réponses

11.2 Les résultats de l'enquête

Parmi les gynécologues, nous retrouvons :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Sexe Masculin **Féminin**	44,5% 55,5%	9% 91%	50% 50%
Moyenne d'âge	50 ans	31 ans	41 ans
Statut tabagique **Fumeurs** **Ex fumeurs** **Non fumeurs**	 / 44,5% 55,5%	 / / 100%	 12,5% 87,5%

Parmi les sages-femmes, nous retrouvons :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Sexe Féminin	100 %	100 %	100%
Moyenne d'âge	35 ans	30 ans	30 ans
Statut tabagique **Fumeuses** **Ex fumeuses** **Non fumeuses**	 28% 55% 17%	 20% 80% /	 5% 10% 85%

1) Lors de votre cursus scolaire, avez-vous reçu une formation concernant le tabagisme ?

Répondent positivement à la question :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	11%	27%	12,5%
Sages-femmes	20%	25%	35%

Les praticiens médicaux qui ont répondu positivement à la question ont une moyenne d'âge de 30 ans pour les gynécologues et 26 ans pour les sages-femmes. Y aurait-il une prise de conscience au niveau de l'enseignement des soins de santé ?

2) Lors de votre première rencontre avec une patiente, posez-vous les questions suivantes ?

Répondent positivement à la question :

	BOHLER		ERASME		LIBRAMONT	
	Gynéco.	Sages-femmes	Gynéco.	Sages-femmes	Gynéco.	Sages-femmes
Fumez-vous ?	100%	95%	91%	65%	100%	95%
Quel type de consommation ?	89%	85%	82%	50%	87%	90%
Souhaitez-vous arrêter ?	67%	75%	82%	65%	87%	35%
Votre conjoint fume t-il ?	44%	50%	55%	40%	50%	45%

Les questions du conseil minimal sont posées. Cependant, la question concernant le tabagisme du conjoint fait plus souvent défaut. Je constate également que les sages-femmes de Libramont semblent éviter la question de l'arrêt.

3) Possédez-vous un analyseur de monoxyde carbone ?

Pourcentage des praticiens possédant un analyseur de monoxyde de carbone :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	22%	36%	0%
Sages-femmes	39%	65%	0%

4) Mesurez-vous systématiquement le CO expiré chez toutes vos patientes fumeuses ?

Pourcentage des praticiens qui répondent positivement à la question :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	0%	0%	0%
Sages-femmes	30%	50%	0%

Aucun des gynécologues interrogés ne quantifie le CO dans l'air expiré. Parmi l'ensemble des sages-femmes interrogées, 42% procèdent à cette mesure.

Chaque professionnel précise que cette mesure est réalisée en consultation prénatale ou en polyclinique avec une sage-femme. Les gynécologues ayant trop peu de temps pour réaliser cette mesure.

5) Si la femme est fumeuse abordez-vous avec elle la question du tabagisme à chaque consultation ? Au cours de son séjour à la maternité ?

Pourcentage des praticiens répondant positivement à la question :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	78%	50%	62,5%
Sages-femmes	39%	50%	30%

La majorité des gynécologues abordent la question du tabagisme. Cependant, ils précisent qu'ils n'en parlent pas systématiquement à chaque consultation et très peu en maternité.

6) Quels conseils ou recommandations donnez-vous auprès des femmes enceintes fumeuses ou accouchées fumeuses ?

Les Gynécologues :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Rappel des bénéfices à l'arrêt		36%	37,5%
Consultation tabacologique	89%	65%	
Conseil arrêt tabac	67%	64%	62,5%
Essayer de diminuer puis arrêter	11%	27%	
Prévention du tabagisme passif	11%	9%	
Se faire aider			37,5%
NRT			12,5%
Diminuer			25%

Les Sages-femmes :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Consultation tabacologique	83%	75%	/
Sophrologie	5%	/	/
Diminuer puis arrêter	44%	25%	20%
Diminuer	/	/	15%
Prévention du tabagisme passif	50%	65%	50%
Conseil arrêt tabac	10%	25%	20%
Promotion de l'allaitement	/	50%	/
NRT	/	/	5%
N'aborde pas le sujet	/	/	20%

Le conseil d'arrêt tabac durant la grossesse est présent. Cependant, ce conseil n'est pas encore systématique auprès des sages-femmes. La tendance serait de conseiller la diminution de la consommation puis essayer d'arrêter. Cependant, la diminution de la consommation reste contraire aux recommandations de bonnes pratiques (consensus, Lille 2004). Les sages-femmes sont beaucoup plus sensibles à la prévention du tabagisme passif.

7) Quelles réponses donnez-vous à ces femmes si elles vous demandent une aide pour arrêter de fumer ?

Les Gynécologues :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Consultation tabacologique (sage-femme)	89%	100%	/
Consultation tabacologique + médecin traitant	11%	/	/
Prévoir consultation en pneumologie	/	/	75%
Patchs de nicotine	/	/	25%
Médecin traitant	/	/	62,5%
Acupuncture-Homéopathie	/	/	12,5%

Les Sages-femmes :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Consultation tabacologique (sage-femme)	100%	100%	/
Brochures	60%	83%	/
Pas de demande	/	/	15%
Se renseignerai	/	/	10%
Consultation en pneumologie	/	/	35%
Rappel des bénéfices	/	/	5%
Patchs de nicotine	/	/	20%
Acupuncture - Homéopathie	/	/	10%
Médecin traitant	/	/	45%

Je constate que les praticiens de la clinique du Bohler et de l'hôpital d'Erasme orientent systématiquement les parturientes fumeuses vers une consultation tabacologique organisée dans ce cas, par une sage-femme tabacologue.

Parmi les conseils prodigués aux femmes enceintes, aucun parmi les professionnels (du Bohler et d'Erasme) interrogés, ne mentionne l'utilisation de substituts nicotiniques.

Cependant, le recours aux substituts nicotiniques peut être conseillé (recommandations de bonne pratique, Fares asbl 2010).

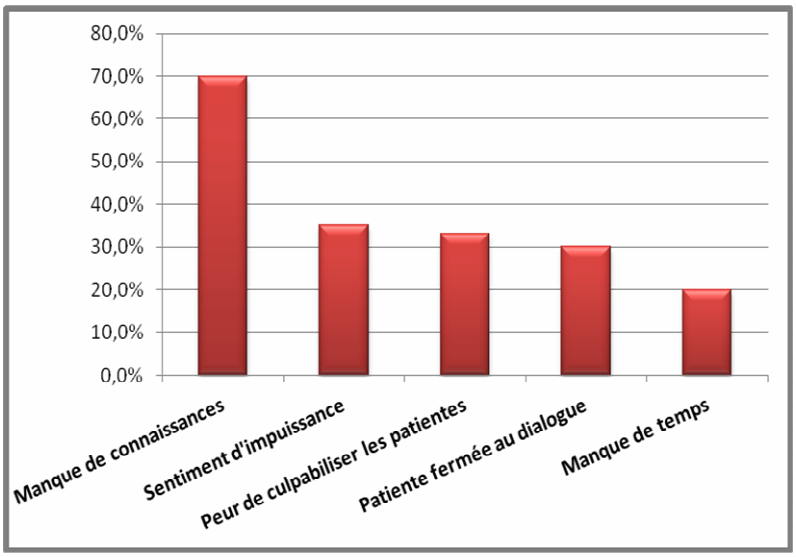
8) Eprouvez-vous des difficultés pour aborder le tabagisme en périnatalité ?

Pourcentage des praticiens éprouvant des difficultés pour aborder ce sujet :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	0%	27%	25%
Sages-femmes	5%	30%	50%

Un très faible pourcentage parmi les professionnels interrogés (du Bohler et d'Erasme) éprouve des difficultés pour aborder ce sujet. L'orientation vers une sage-femme tabacologue de l'équipe permettant d'aborder la problématique du tabac de façon plus sereine.

Parmi les praticiens qui éprouvent des difficultés, ceux-ci expriment :



9) Avez-vous recours à d'autres professionnels pour suivre la femme enceinte qui désire arrêter de fumer ? Si oui, lesquels ?

Les Gynécologues :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Tabacologue	78%	100%	/
Pneumologue	11%	9%	12,5%
Fondation contre le cancer au Luxembourg	11%	/	/
Tabacologue via internet	/	/	37,5%
Médecin traitant	/	/	25%
Psychologue	/	/	12,5%

Les Sages-femmes :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Tabacologue (sage-femme)	100%	100%	/
Gynécologue	22%	/	15%
Psychologue, sophrologue	22%	/	/
Acupuncture, homéopathie	/	/	5%
Tabacologue via internet	/	/	5%

Informer sur la présence de consultation tabacologique au sein de l'institution apporte une aide aux parturientes qui souhaitent arrêter de fumer. Une grande majorité des professionnels interrogés (du Bohler et d'Erasme) informent sur l'existence de ces consultations qui sont organisées par des sages-femmes tabacologues.

10) Disposez-vous de brochures informatives que la patiente peut consulter ?

Pourcentage des praticiens répondant positivement à la question :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	**44,5%**	**75%**	**37,5%**
Sages-femmes	**50%**	**100%**	**0%**

11) Depuis que vous travaillez, avez-vous reçu une information concernant le tabagisme ?

Pourcentage des praticiens répondant positivement à la question :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	67%	45%	50%
Sages-femmes	20%	50%	15%

Par qui ?

Les Gynécologues :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Sages-femmes tabacologues	67%	50%	/
Littérature	20%	/	/
Congrès	16,5%	/	37,5%
Séminaire GGOLFB	/	50%	/
Pneumologues	/	/	12,5%

Les Sages-femmes :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Fares	/	55%	/
Sages-femmes tabacologues	50%	40%	/
Congrès	22%	/	5%

Si non, souhaiteriez-vous en recevoir une ?

Pourcentage des praticiens souhaitant recevoir une information :

	BOHLER	ERASME	LIBRAMONT
Gynécologues	11%	27%	87,5%
Sages-femmes	72%	85%	90%

Les sages-femmes sont demandeuses d'une formation, ainsi que les gynécologues de Libramont.

Il serait intéressant de renouveler régulièrement les formations afin que tous les membres du personnel, les nouveaux comme les anciens, soient sensibilisés à la prise en charge du tabagisme per gravidique.

11.3 Discussion

Lorsque je compare les réponses obtenues entre les 2 enquêtes c'est-à-dire celle réalisée auprès des praticiens médicaux (gynécologues et sages-femmes) exerçant au sein du CHA et celle réalisée auprès des gynécologues et des sages-femmes exerçant au sein de la clinique E Bohler et de l'hôpital de Erasme, je constate :

- L'identification du statut tabagique est réalisée dans chaque maternité. Cependant, un très faible pourcentage des sages-femmes exerçant au CHA (30%) pose la question du souhait d'arrêt. Cette question est le plus souvent évitée vu le manque de moyens et de connaissances pour aider les parturientes dans un sevrage tabagique. Pour les trois maternités, force est de constater que la question du tabagisme du conjoint fait le plus souvent défaut.
- En ce qui concerne la démarche de sensibilisation par la mesure du CO dans l'air expiré : je constate que même s'ils possèdent des analyseurs de monoxyde de carbone, aucun parmi les gynécologues interrogés ne procède à cette mesure : le manque de temps étant un obstacle majeur. De plus, la facilité d'adresser les parturientes fumeuses à une consultation tabacologique intra muros permet aux gynécologues du Bohler et d'Erasme de ne pas réaliser ce test. Les sages-femmes qui effectuent cette mesure font partie des sages-femmes tabacologues et des sages-femmes exerçant en polyclinique (Bohler) et en consultation prénatale(Erasme).

N'oublions pas cependant que cette démarche a une valeur diagnostique et thérapeutique car elle suscite l'intérêt et la prise de conscience des risques liés au tabac. De plus, cette mesure est très rapide à réaliser.

- Le plus souvent, la question du tabagisme est abordée aux consultations. Néanmoins, elle ne l'est pas à chaque consultation et encore moins en maternité.

Pourtant, la prise en charge d'une parturiente fumeuse nécessite un rappel régulier des risques encourus, de renouveler la question de la motivation à l'arrêt et ce à chaque consultation (recommandations de bonne pratique). L'objectif est d'obtenir une prise de conscience du comportement ainsi que son changement.

- Parmi les conseils ou les recommandations délivrées auprès des parturientes, le conseil d'arrêt est donné. Les gynécologues et les sages-femmes exerçant à la clinique E. Bohler et à l'hôpital d'Erasme invitent le plus souvent les parturientes fumeuses à se diriger vers une consultation tabacologique. Le conseil de prévention du tabagisme passif est quant à lui surtout délivré par les sages-femmes.

A ce stade, il est important de recommander clairement et sans équivoque l'arrêt du tabac.

- Je constate également que le relais que constituent les sages-femmes tabacologues exerçant au Bolher et à Erasme, rend beaucoup plus aisé l'abord du tabagisme per gravidique pour l'ensemble des praticiens médicaux. Le faible pourcentage éprouvant des difficultés fait partie de ceux qui n'ont jamais suivi de formations ou qui n'ont jamais reçu d'informations sur cette problèmatique du tabagisme.
- L'existence de brochures informatives délivrées aux parturientes fumeuses de la clinique E. Bohler et de l'hôpital d'Erasme permet de sensibiliser ces femmes aux différents risques qu'elles prennent avec le tabac.
- La grande majorité des sages-femmes sont demandeuses de recevoir une information plus spécifique sur la prise en charge du tabagisme per gravidique.

Suite à cette étude comparative, entre la prise en charge du tabagisme maternel en périnatalité par les praticiens médicaux exerçant au CHA de Libramont et la prise en charge de ce même tabagisme maternel par les gynécologues et les sages-femmes exerçant à la clinique E. Bohler et à l'hôpital d'Erasme, je constate que la présence de sages-femmes tabacologues influence considérablement le suivi et surtout le ressenti des professionnels de la santé. L'abord du tabagisme per gravidique étant beaucoup plus aisé vu la présence sur place de référents.

Cependant, n'oublions pas que **tous** les professionnels de la santé doivent pouvoir apporter un conseil et une réponse qui soit claire, objective, univoque et surtout sans culpabiliser et ce à **chaque** rencontre.

CONCLUSION

Au terme de ce travail et en guise de conclusion, nous pouvons rappeler le parcours et la démarche suivie tout au long de ce mémoire.

Rappelons d'abord que le tabagisme selon L'OMS *« est une cause majeure d'inégalité de santé et d'espérance de vie.* » Que ses conséquences sont désastreuses et sont particulièrement préjudiciables pour la grossesse et l'enfant à naître.

Les deux grands axes autour desquels s'est articulée cette étude étaient une démarche théorique dans un premier temps. Le premier volet de cette démarche a permis de quantifier le tabagisme maternel au sein de notre maternité et d'observer les conséquences qui en résultaient. Suite à cet état des lieux, nous avons pris conscience qu'il était impératif d'agir afin de diminuer le nombre de parturientes fumeuses. Le deuxième volet de cette démarche théorique avait comme objectif principal de mieux connaître cette addiction que représente le tabagisme c'est-à-dire comprendre que ces femmes ne sont pas coupables du manque de volonté mais sont des victimes de la dépendance, connaître les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'enfant mais aussi comment pouvoir assurer une bonne prise en charge.

Au terme de cette analyse théorique et des modèles d'aide proposés notamment par les recommandations de bonne pratique, j'ai élaboré une série de questionnements dont le but était d'évaluer les pratiques de prise en charge du tabagisme maternel au sein de notre département mère-enfant. Ensuite, j'ai voulu connaître comment ce tabagisme maternel était abordé auprès de deux autres maternités déjà sensibilisées à cette problématique. J'ai établi une comparaison entre ces deux maternités (la clinique E. Bohler et l'hôpital d'Erasme) et notre maternité du CHA de Libramont. Suite à cette étude comparative, j'ai constaté que la présence de sages-femmes tabacologues permet d'aborder le tabagisme maternel de façon plus aisée. Les différents acteurs de soins de santé (gynécologues, sages-femmes) orientent directement les parturientes fumeuses vers les sages-femmes tabacologues.Il est cependant essentiel de rappeler que **TOUS les professionnels de la santé** ont un rôle important à jouer dans cette démarche d'aide au sevrage.

Ils doivent prendre conscience de l'importance à réaliser le conseil minimal à **chaque** consultation. Ils doivent pouvoir utiliser l'analyseur de monoxyde de carbone et savoir apporter une réponse adéquate aux parturientes fumeuses. Ce deuxième axe de mémoire avait essentiellement comme objectif d'apporter une réponse aux questions posées dans l'introduction à savoir : Qu'en est-il de la prise en charge du tabagisme actif et passif au sein de notre secteur mère-enfant et comment pourrions-nous améliorer nos compétences face à ce tabagisme maternel ?

Afin de répondre à cette dernière question, il serait judicieux que tous les acteurs de santé de notre département mère-enfant reçoivent une information ou poursuivent une formation spécifique en tabacologie. Ceci leur permettrait d'aborder ce tabagisme maternel avec plus de connaissances, plus d'outils et plus de facilités. Nous sommes deux sages-femmes qui avons décidé dans un premier temps de poursuivre cette formation spécifique concernant le tabagisme. Celle-ci nous a été donnée par le FARES et nous a permis de nous éclairer sur cette problématique.

Dans un deuxième temps et grâce à ces connaissances, nous allons pouvoir structurer la prise en charge du tabagisme maternel et apporter une aide aux futures mères et aux accouchées de notre secteur mère-enfant. Ceci, soit dans un cadre de prévention concernant le tabagisme passif, soit en les sensibilisant aux différents risques encourus ou encore en leur apportant une réponse adéquate lorsqu'elles sont désireuses d'un sevrage tabagique.

Nous allons pouvoir envisager des perspectives afin d'améliorer les compétences et la prise en charge par les différents acteurs de santé de notre département mère-enfant.

Les rencontres enrichissantes que j'ai pu effectuer auprès des sages-femmes tabacologues m'ont permis de me rendre compte que notre tâche ne sera pas facile. En effet, nous allons devoir mobiliser beaucoup de personnes : la direction ainsi que toutes les personnes qui sont en contact avec les femmes enceintes, mais aussi les parturientes elles-mêmes qui rencontrent beaucoup de difficultés à prendre la décision d'un arrêt, à entamer un sevrage et à consolider cet équilibre. Cependant, ma motivation pour accompagner ces femmes désireuses d'un arrêt tabagique reste

intact. Ce nouveau défi que ma collègue et moi-même nous nous sommes donné, va pouvoir, je l'espère apporter un souffle d'air pur et frais à nos petits bambins et surtout nous permettre d'éviter de fermer les yeux devant ce tabagisme maternel que nous rencontrons trop fréquemment.

PERSPECTIVES ENVISAGEES

A la suite de ces enquêtes, plusieurs perspectives et recommandations peuvent être proposées au sein de notre maternité. Ceci dans le but d'optimiser la prise en charge per gravidique de la femme enceinte fumeuse et d'améliorer les compétences des professionnels de la santé en mettant l'accent sur les recommandations de bonne pratique.

1) Suite à la formation, nous allons proposer de modifier la formulation de l'anamnèse afin que celle-ci corresponde mieux aux recommandations minimales.
2) L'obtention d'analyseurs de monoxyde de carbone est une nécessité.
3) Conseil systématique d'arrêt auprès des mères fumeuses et de leur conjoint fumeur.
4) Prévoir une prise en charge et assurer un suivi plus personnalisé par l'instauration d'une consultation tabacologique au sein de la maternité.
5) Elaborer un protocole de prise en charge au sein du service des grossesses à risques, du bloc accouchement, de la maternité et du service pédiatrique selon les 5 A. Ceci dans le but d'apporter des informations qui soient adéquates, structurées et concordantes entre les différents professionnels de la santé.
6) Elaboration et distribution de brochures concernant l'ensemble des informations relatives au tabagisme gravidique et qui sera remis dès le premier contact avec les futurs parents.
7) Informer et signaler l'existence de consultations tabacologiques.

8) Proposer une action dans la formation continue des professionnels : concernant les connaissances des effets du tabagisme actif et passif sur la fertilité, la grossesse, le fœtus et l'enfant. Sur le discours des professionnels qui doit s'orienter vers un conseil d'arrêt.

9) Sensibiliser les praticiens sur l'usage des substituts nicotiniques.

10) Sensibiliser sur l'importance de répéter régulièrement les informations…..

11) Cette formation apportera plus d'atouts pour aborder le tabagisme au quotidien, permettra également de donner des informations correctes.

12) Développer un partenariat, pour l'aide au sevrage, avec le pneumologue, le médecin traitant, le psychologue, la diététicienne….

13) Il serait intéressant d'effectuer, ultérieurement, une réévaluation de l'état des lieux de la maternité et de nos pratiques afin de vérifier l'amélioration de notre prise en charge.

14) Pour ma part, je souhaiterais poursuivre ma formation en entreprenant une formation en entretien motivationnel donnée par le FARES. En effet, je pense que celle-ci me permettra d'acquérir encore plus d'assurance et plus d'outils pour aborder ce thème du tabagisme maternel.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

BOUYSSET, M., (2000). *La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique* . Editions Solal.MARSEILLE, 137 pages.

DELCROIX, M., (2007). *La grossesse et le tabac.* (4ème éd.) Que sais-je ?127 pages

MARTINET, Y. ; BOHADANA, A., (2004). *Le tabagisme*. (3ème éd.), Editions Masson, 340

PERRIOT, J.; LLORCA ,PM. ; BOUSSIRON, D. ; SCHWAM ,R., (2003). *Tabacologie et sevrage tabagique.* Paris: Ed. John libbey Eurotext, 234 pages.

ARTICLES DE REVUES

CONFERENCE DE CONSENSUS. « *Grossesse et tabac, textes de recommandations »,* 7 et 8 octobre 2004, ANAES-APPRI, Lille, 168pages.

DELCROIX, M. ; GOMEZ, C ; DAUTZENRERG, B. (2008). *L'abord du fumeur : un acte pluriquotidien pour le suivi des femmes enceintes.* Sevrage tabagique pratique, 22.

EMONTS, P. (2011). *Tabac et grossesse : Comment détruire un projet de naissance.* Gunaïkeia, vol 16, n°10, p 323.

GALANTY, L. (2007). *Comment arrêter de fumer pendant la grossesse ?* Gunaïkeia, vol 12, n°2.

GODDING, V. (2011). *Le tabagisme de la femme enceinte porte atteinte à la santé de l'être humain en devenir : la série noire du carnet rose.* Gunaïkeia, vol 16, n°10, p 326.

NYS, P. ; Cailleaux, A. (2011). *Prise en charge de la patiente fumeuse : tous ensemble*. Gunaïkeia, vol 16, n°10, p 340.

OUVRAGES COLLECTIFS.

GODDING, V. et al. (2010). « *Tabagisme prénatal : Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens* » Brochure à l'initiative du FARES ASBL

COURS.

Notes de cours, formation en tabacologie 2011-2012, Fonds des affections Respiratoires,

Bruxelles :

Professeur BARTSCH, P., « *Le tabac et la nicotine et la toxicologie du* tabac ».

Docteur EMONTS, P., « *Femme et tabac, tabagisme et grossesse* ».

Professeur GALANTY, L., « *Le statut tabagique*».

Professeur GALANTY, L & Monsieur SCHREIDEN, L., « *Prise en charge d'un patient tabagique –Prévention et gestion de la rechute – Techniques de communication et présentation du dossier de consultation en tabacologie* ».

GODDING, V., « *Tabagisme passif et pathologie pédiatrique –Tabagisme in utero* ».

DOCUMENTS ELECTRONIQUES.

World Heath Organization « *Initiative pour un monde sans tabac.2010. Journée mondiale sans tabac* » [en ligne] consulté le 10/12/2011.
http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/background/fr/index.html

NDAME S.ONE-BDMS .2010. « *Maternité sans tabac* » une collaboration ONE-FARES [en ligne] consulté le 15/01/2012 :
http://www.fares.be/documents/materintesanstabac/Ndame.pdf

FARES.2009. « *Histoire du tabac* »[en ligne] consulté le 17 /12/2011.
http://www.fares.be/content/view/161/41/

Fares, Emonts, P. ; Masson, V. « *tabagisme et grossesse* » [en ligne] consulté le 10/01/2012
http://www.naitreetgrandirsanstabac.be/wp-content/uploads/2011/03/Clinique-int%C3%A9gr%C3%A9e-tabagisme-et-grossesse.pdf

BAUER J, PhD, « *Le tabagisme passif à la maison et nourrissons* »[en ligne] consulté le 29/10/2011
http://afdet.online.fr/spip.php?rubrique30

Journée mondiale sans tabac 31 mai « *le rôle des professionnels de la santé-la lutte antitabac*
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/layoutfinalf.pdf

Référentiels.2007. « *sevrage tabagique : le conseil minimal* ». [En ligne] consulté le 02/02/2012
http://www.oncologik.fr/index.php/Sevrage_tabagique

« *Le bonheur de vivre libre sans tabac.* »[En ligne] consulté le 15/02/2012
http://fume-et-défume.asso.fr/.role–et-mission-du- tabacologue.html

Dr NYS, P. at. CAILLEAUX, A. (2011). « *Prise en charge de la patiente fumeuse* ».Réunion du GGOLFB. Consulté le 25/02/2012.
http://www.ggolfb.be/Public/Document.aspx?doc=421941d7-8fd5-4021-8f6b-4c517275a5f8

MEMOIRES

LEBAILLY, E. (2007-2008). « *L'allaitement maternel et le tabagisme* ».Mémoire, Formation inter-universitaire : Fares.

PIROTTE, V. (2007-2008). « *Projet tabacologique à la clinique privée Dr E. Bohler : Prise en charge des patientes enceintes et accouchées exposées au tabac* ». Mémoire, Formation inter-universitaire : Fares

ANNEXES

Annexe 1

Présentation de l'institution

Le centre hospitalier de l'Ardenne fait partie d'une intercommunale unique appelée « VIVALIA »

Vivalia est issu de la fusion de 5 intercommunales historiques de la province du Luxembourg et du sud-namurois. À savoir :

- AIOMS Arlon Virton
- IFAC Marche
- AIONS CHA de Libramont – Ste Ode
- AIONS Bastogne
- CUP Bertrix

Ces institutions hospitalières réunies sont réparties sur 7 sites et constituent le core-business hospitalier de vivalia.

L'intercommunale a également structuré 3 secteurs de soins de santé.

- Un secteur « aide médicale urgente »
- Un secteur « maison de repos et de soins »
- Un secteur « santé mentale »

L'objectif poursuivi par la mise en place de VIVALIA est le développement d'une offre de soins la plus complète possible, qui soit accessible à l'ensemble des patients de la province du Luxembourg et sud-namurois.

Annexe 2

a) Présentation du secteur mère-enfant

- Le service pédiatrique comprend 19 équivalents temps plein qui travaillent en alternance au CNN et en pédiatrie, une institutrice et une aide logistique à temps partiel. 5 pédiatres consultent au sein de l'institution.

  Le CNN est un petit centre néonatale « n » et peut accueillir 6 nourrissons. Le service pédiatrique compte 15 lits et un lit de polysomnographie.

- Le service des consultations gynéco-obstétricales se situe au sein de l'institution. Huit gynécologues-obstétriciens y consultent. Y sont développées les consultations gynécologiques de routine, les suivis de grossesse, les dépistages du cancer du sein et gynécologique et les suivis de monitoring de fin de grossesse. La PMA y est également développée.

- La maternité. Nous faisons partie d'une équipe de 29 équivalents temps plein qui travaillent en alternance au bloc d'accouchement et en maternité. Une assistante logistique fait partie de notre équipe à temps partiel. 31 lits sont répartis au niveau du service maternité et du service des grossesses à risques. Des soins globaux y sont réalisés avec un respect du rythme des mères et de leurs nourrissons.

- Le quartier accouchement comporte 5 salles de naissance, 3 baignoires, ballons…

  La philosophie de l'équipe est de rendre l'accouchement le plus physiologique possible avec un taux d'induction peu élevé et un taux de césarienne bas. Différentes positions lors du travail et de l'accouchement sont proposées avec un respect de leur projet de naissance dans la mesure du possible.

  Les parturientes qui accouchent au sein du CHA sont toutes suivies par un des 8 gynécologues de l'institution. Ceux- ci assurent eux- mêmes le suivi de la grossesse.

Les activités proposées par les sages-femmes sont :

- Une consultation « o Sullivan » à 25 semaines de grossesse. C'est le premier contact avec une sage-femme. Cette consultation permet de faire un dépistage systématique des diabètes gestationnels, des personnes rencontrant des difficultés familiales, économiques ou autres… . Dès lors, un service d'aide est proposé : ONE, bébé accueil, service social, psychologue... Y sont également délivrées toutes les informations nécessaires pour accompagner au mieux la grossesse et la naissance ainsi que des conseils d'éducation. Ces consultations se réalisent au sein de l'institution à proximité des consultations gynécologiques.
- Des préparations à la naissance sont organisées :

  - Des préparations « classiques » sur tapis en individuelle, en couple ou en collectif.
  - Des préparations aquatiques « aquabulle »
  - Les massages des parturientes et des nourrissons.
  - L'acupuncture, l'haptonomie et l'hypno-naissance.
  - Des séances de portage en pré et post natale
  - Des séances info- parents se déroulent une fois par mois où sont abordés les thèmes de l'accouchement et la maternité, la péridurale et la césarienne, l'alimentation du nouveau né.
  - Des soins et des consultations en allaitement.

Toutes ces préparations sont présentées et organisées par des sages-femmes.

Annexe 3

Les bénéfices de l'arrêt:

- Après 20 min ➔ normalisation de la pression artérielle
- Après 8h ➔ augmentation de O_2 et diminution CO et HBCO
- Après 12h ➔ diminution du risque de mort fœtal in utéro
- Après 24h ➔diminution du risque vasculaire (métrorragie, HRP,…)
- Après 48h ➔ normalisation de l'oxygénation et de la croissance fœtale.
- Après 72 h ➔ diminution du risque de prématuré et RSM
- Après 2 à 3 semaines ➔ amélioration de la circulation sanguine et de la fonction respiratoire.

Annexe 4

Test de Fagerstöm

- Quand fumez-vous votre 1ère cigarette ? 0 à 3
- Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit? 0 à 1
- Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez le plus de mal à renoncer? 0 à 1
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? 0 à 3
- Fumez-vous davantage pendant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée? 0 à 1
- Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour? 0 à1

Annexe 5

Test de Horn

A. : Je fume pour me maintenir en forme.

B. : Tenir une cigarette fait partie du plaisir de fumer.

C. : J' ai du plaisir à fumer, je me relaxe.

D. : J'allume une cigarette quand je suis en colère pour une raison ou pour une autre.

E. : Lorsque je n'ai plus de cigarettes, je ne peux absolument pas le supporter, il faut que je m'en procure.

F. : Je fume des cigarettes automatiquement, sans en être conscient.

G. : Je fume des cigarettes pour me stimuler, pour me donner un coup de fouet.

H. : Le geste d'allumer une cigarette fait partie du plaisir de fumer.

I. : Je trouve les cigarettes agréables.

J. : Lorsque je me sens mal à l'aise ou perturbé par quelque chose, j'allume une cigarette.

K. : Quand je ne fume pas, j'en suis très conscient.

L. : J'allume une cigarette sans réaliser que j'en ai déjà une qui se consume dans le cendrier.

M. : Je fume une cigarette comme remontant.

N. : Lorsque je fume, regarder la fumée que j'exhale fait partie du plaisir.

O. : Le moment où j'ai le plus envie de fumer, c'est quand je suis bien et détendu.

P. : Lorsque j'ai le cafard ou que je ne veux plus penser, je fume.

Q. : J'ai vraiment une envie irrésistible d'une cigarette quand je n'ai pas fumé depuis un moment.

R. : Il m'arrive de réaliser que j'avais une cigarette à la bouche sans me souvenir de l'y avoir mise.

Test HAD

1. Je me sens tendu, énervé

La plupart du temps : 3
Souvent : 2
De temps en temps : 1
Jamais : 0

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent

Oui, toujours : 0
Le plus souvent : 1
De plus en plus rarement : 2
Tout est plus difficile : 3

3. Je me sens ralenti

Pratiquement tout le temps : 3
Très souvent : 2
Quelquetois : 1
Pas du tout : 0

4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou I'estomac noué

Très souvent : 3
Assez souvent : 2
Parfois : 1
Jamais : 0

5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

Totalement : 3
Je n'y fais plus attention : 2
Je n'y t'ais plus assez attentif : 1
J'y fais attention comme d'habitude : 0

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas : 3
Un peu : 2
Pas tellement : 1
Pas du tout : 0

7. J'envisage l'avenir avec optimisme

Comme d'habitude : 0
Plutôt moins qu’avant : 1
Beaucoup moins qu'avant : 2
Pas du tout : 3

8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement : 3
Oui, mais ce c'est pas trop grave : 2
Un peu, mais cela ne m'importe pas : 1
Pas du tout : 0

9. Je sais rire et voir le bon côté des choses

Toujours autant : 0
Plutôt moins : 1
Nettement moins : 2
Plus du tout : 3

10. Je me fais souvent du souci

Très souvent : 3
Assez souvent : 2
Occasionnellement : 1
Très occasionnellement : 0

11. Je me sens heureux

Jamais : 3
Pas souvent : 2
Quelquefois : 1

La plupart du temps : 0

12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux

Jamais : 3
Rarement : 2
Oui, en général : 1
Oui, quoiqu'il arrive : 0

13. Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé

Souvent : 0
Assez souvent : 1
Rarement : 2
Pratiquement jamais : 3

14. J'éprouve des sensations soudaines de panique

Très souvent : 3
Assez souvent : 2
Rarement : 1
Jamais : 0

Résultats

Anxiété : somme score question 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14
Dépression : somme score question 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13

Votre résultat anxiété :
Votre résultat dépression :

Score anxiété > 12 significatif : état anxieux
Score dépression > 8 : état dépressif

Consulter votre médecin si votre score vous paraît élevé.

Annexe 6

Test de Richmond

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

.

Test de Demaria, Grimaldi et Lagrue

	QUESTION	Non	Oui
01	Je viens à la consultation spontanément, par décision personnelle	☐	☐
	Je viens à la consultation sur avis médical	☐	☐
	Je viens à la consultation sur avis de ma famille	☐	☐
02	J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	☐	☐
03	Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnels	☐	☐
04	Actuellement, je n'ai pas de problèmes familiaux	☐	☐
05	Je veux me libérer de cet esclavage	☐	☐
06	Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	☐	☐
07	Je veux être en meilleure forme physique	☐	☐

08	Je veux préserver mon aspect physique	☐	☐
09	Je suis enceinte ou ma femme attend un enfant	☐	☐
10	J'ai des enfants en bas âge	☐	☐
11	J'ai bon moral actuellement	☐	☐
12	J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	☐	☐
13	Je suis plutôt de tempérament calme, détendu	☐	☐
14	Mon poids est habituellement stable	☐	☐
15	Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	☐	☐
Calculer vos scores			

ANNEXE 7

Schéma posologique des TSN selon le taux de Co dans l'air expiré chez la parturiente.

Co < 10 ppm	Gommes, comprimés ou pastilles à sucer
Co entre 10 et 20 ppm	Patchs 10 mg ou 15 mg +gommes
Co entre 20 et 30 ppm	Patchs 15 ou 21 mg + gommes
Co > 30ppm	Patchs 21 mg +gommes

Annexe 8

Gaussin Anne
112a Morhet
6640 Vaux-sur-Sûre

Madame, Monsieur,

Etant sage-femme et travaillant à la maternité du CHA de Libramont depuis plus de 22 ans, j'ai été interpellée par la problématique du tabagisme maternel que nous rencontrons fréquemment au sein de notre département mère- enfant. Dès lors, j'ai entrepris une formation en tabacologie dispensée par le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) à Bruxelles. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire évaluant la problématique du tabac chez la femme enceinte abordée par les professionnels de santé de notre secteur mère-enfant. C'est pourquoi, je m'adresse à vous pour la participation à ce questionnaire. Celui-ci me permettra d'évaluer notre prise en charge des femmes enceintes fumeuses. Les résultats de ce questionnaire resteront anonymes.

Pour le retour de votre courrier, veuillez trouver ci-joint une enveloppe timbrée.

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

Gaussin Anne

QUESTIONNAIRE

SEXE F ☐ M ☐

Quel est votre âge ?

Quelle est votre profession ?

Etes-vous fumeur ☐ non fumeur ☐ ex fumeur ☐

1) Lors de votre cursus scolaire, avez-vous reçu une formation concernant le tabagisme ?

Oui ☐ ☐ Non

2) Lors de votre première rencontre avec une patiente, posez-vous les questions suivantes ?

- Fumez-vous ? ☐ Oui ☐ Non
- Quel type de consommation ? ☐ Oui ☐ Non
- Souhaitez-vous arrêter ? ☐ Oui ☐ Non
- Votre conjoint fume-t-il ? ☐ Oui ☐ Non

3) Possédez-vous un analyseur d'oxyde de carbone ? ☐ Oui ☐ Non

4) Mesurez-vous systématiquement le CO expiré chez toutes vos patientes fumeuses ?

Oui ☐ Non ☐

5) Si la femme est fumeuse abordez-vous avec elle la question du tabagisme à chaque consultation ? Au cours de son séjour à la maternité ?

Oui ☐ Non ☐

6) Quels conseils ou recommandations donnez-vous auprès des femmes enceintes fumeuses ou accouchées fumeuses ?

7) Quelles réponses donnez-vous à ces femmes si elles vous demandent une aide pour arrêter de fumer ?

8) Eprouvez-vous des difficultés pour aborder le tabagisme en périnatalité ?

Oui ☐ Non ☐

Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

9) Avez-vous recours à d'autres professionnels pour suivre la femme enceinte qui désire arrêter de fumer ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui quel professionnel ?

10) Disposez-vous de brochures informatives que la patiente peut consulter ?

Oui ☐ Non ☐

11) Depuis que vous travaillez, avez-vous reçu une information concernant le tabagisme ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui par qui ?

Si non, souhaiteriez-vous en recevoir une ?

Merci de votre collaboration