UNIVERSITÉ DE REIMS CHAMPAGNE-ARDENNE

Prise en charge du tabagisme gravidique au sein d'un service de soin

Etude réalisée à la maternité Jeanne de Flandre, CHRU Lille

Léocadie LALOUX
Sage-femme CHRU Lille

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

INTRODUCTION

- Problème de santé publique
- Population générale: 30% de femmes fumeuses
- 5% de la mortalité féminine
- 16,5% des femmes fument au 3ème trimestre de grossesse

Conséquences du tabac sur la grossesse

Grossesse extra-utérine

Fausse couche spontanée

Décollements marginaux et HRP

Pré-éclampsie

Risque thromboembolique

Diabète gestationnel

Rupture prématurée des membranes

Accouchement prématuré (chorioamnio

Placenta prævia

Hémorragie de la délivrance

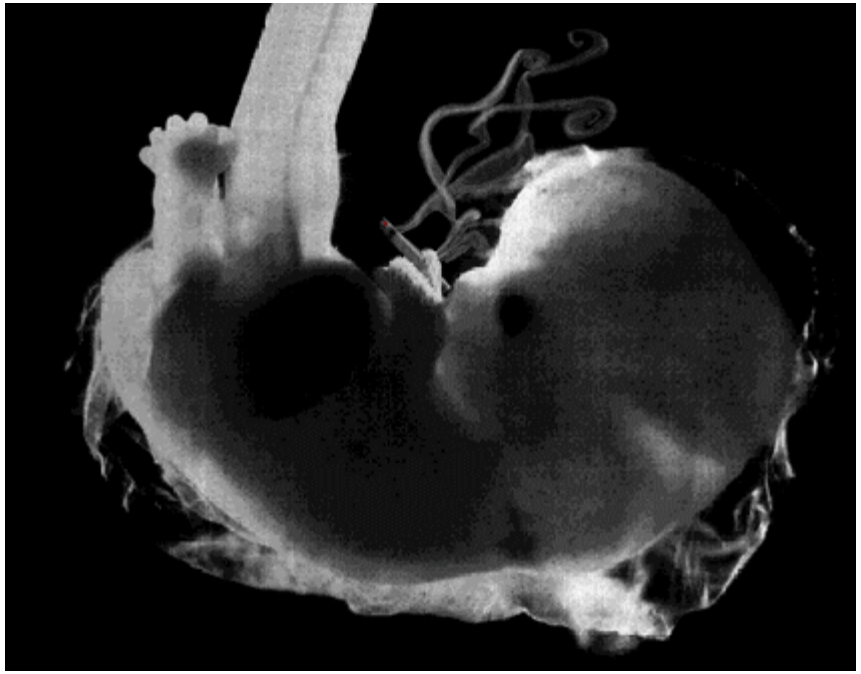
Pyélonéphrites

Conséquences du tabac sur le fœtus

RCIU

Hypoxie

Retentissement sur le développement et la maturation du cerveau fœtal



MFIU

Mort subite du nourrisson

Répercussion du tabac sur l'accouchement

- ARCF
- Complications cicatricielles
- Complications infectieuses
- Risque Thromboembolique majoré

L'arrêt du tabac est bénéfique à tout moment de la grossesse

Comment est pris en charge le tabagisme des femmes enceintes au sein du service de Pathologie materno-fœtal de Jeanne de Flandre?

OBJECTIFS

- Evaluation des pratiques des sages-femmes

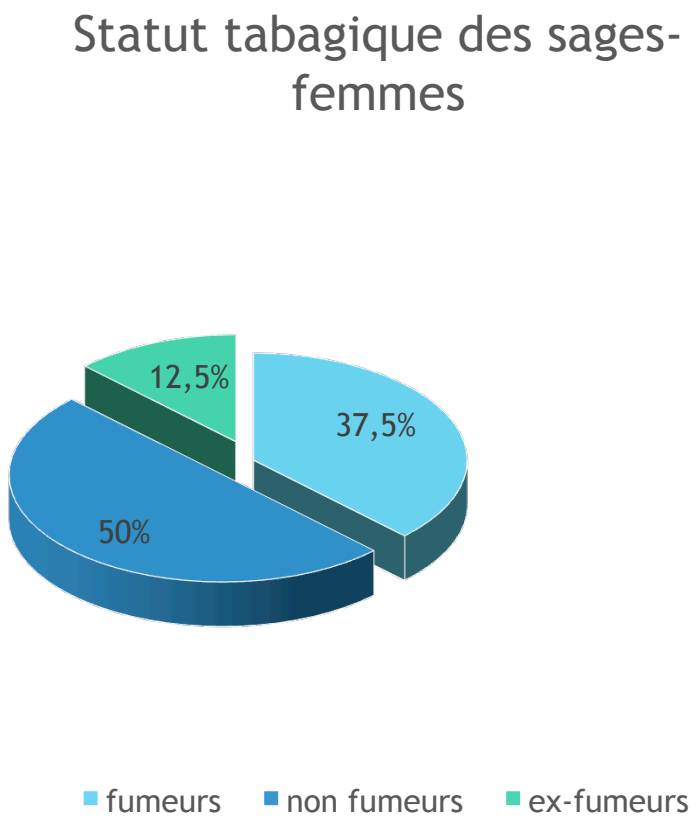
- Observation de l’impact de l’hospitalisation sur la consommation de tabac de la patiente

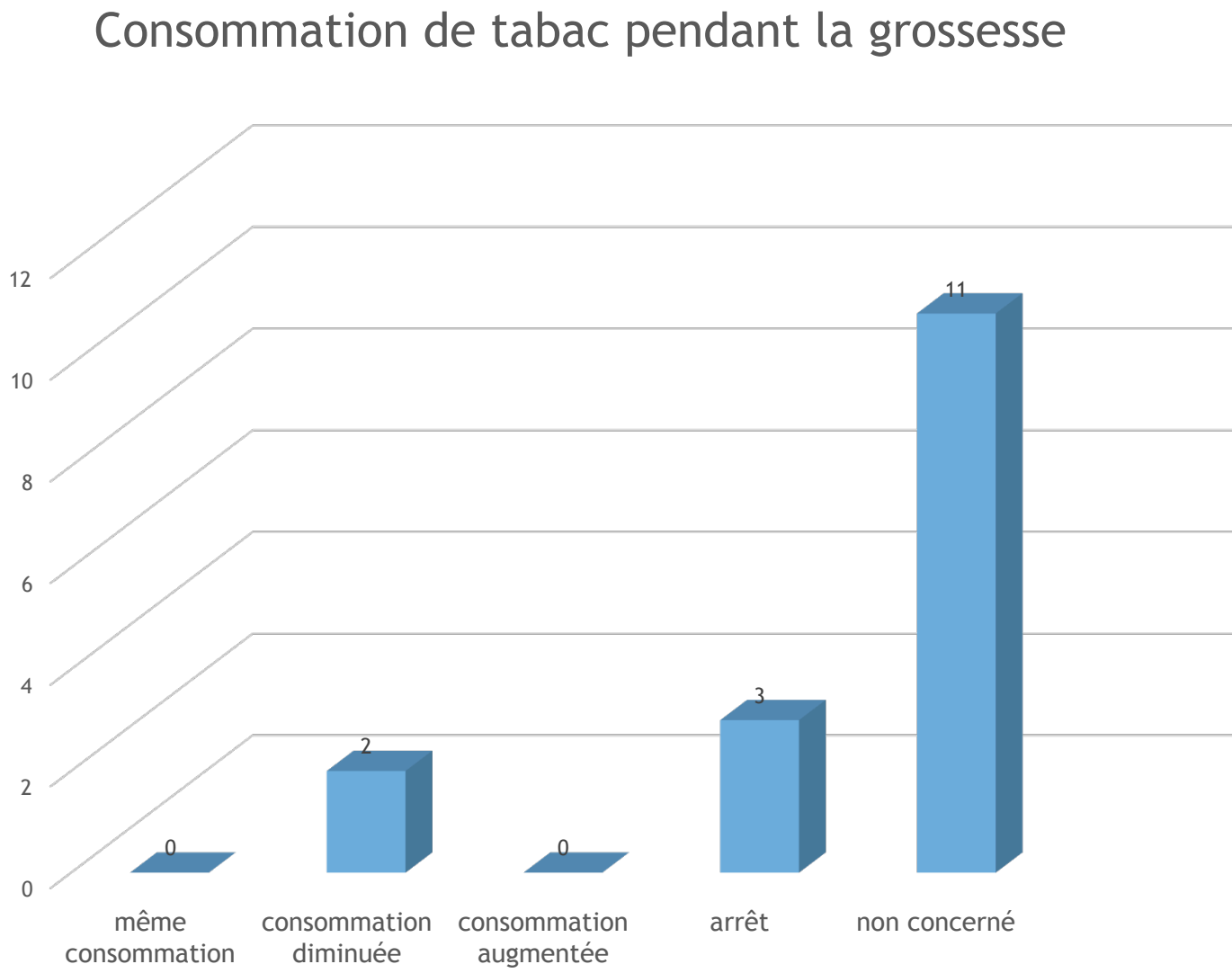
METHODOLOGIE

- Étude menée dans service de PMF
- Durée: 1 mois ½
- Outil : entretien directive auprès des sages-femmes et des patientes

- Population
  - 100% des sages-femmes exerçants dans le service au moment de l'étude (n= 16)
  - 24 Patientes interrogées / critères d'exclusion: MIU /IMG

Population: les sages-femmes

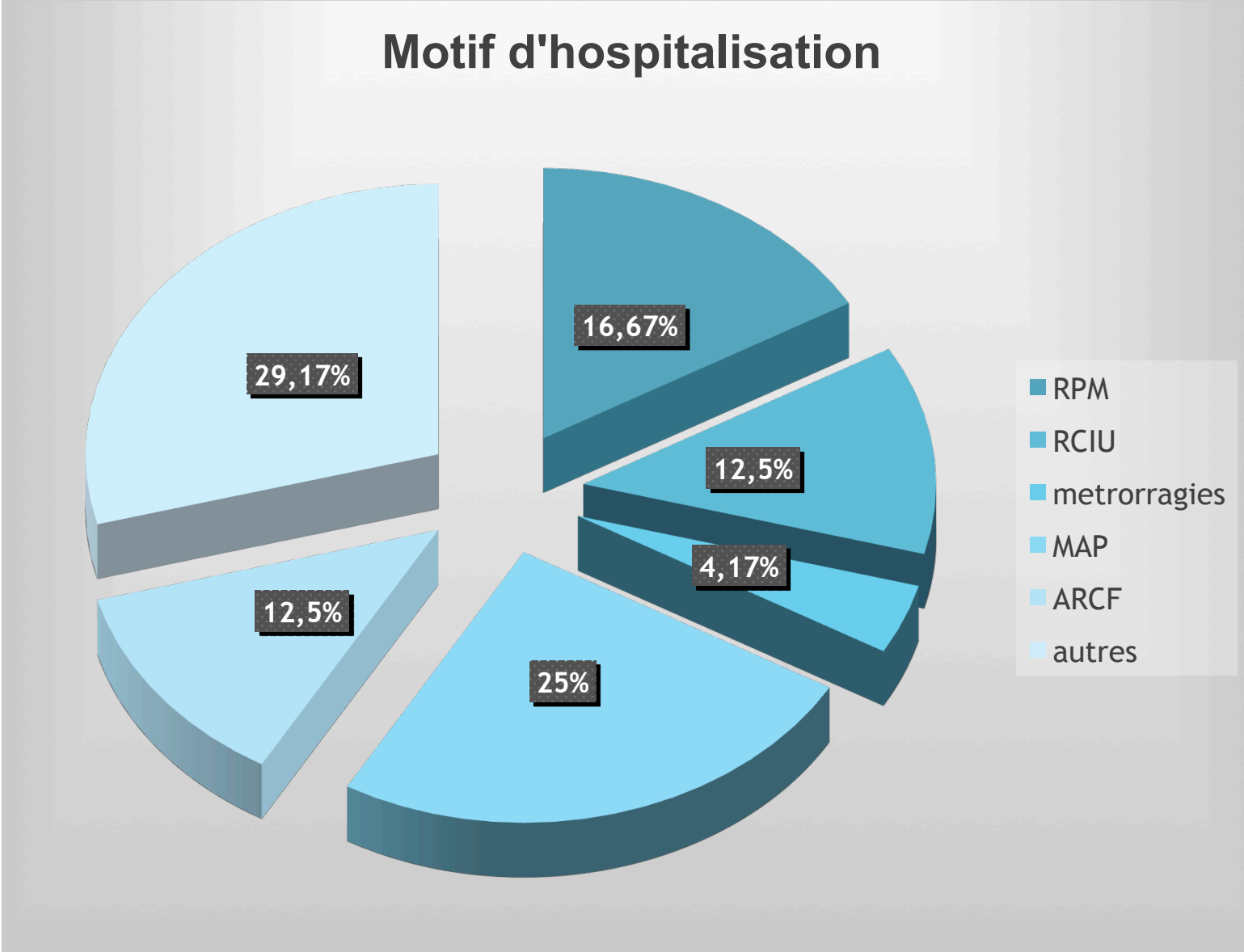




Population: les patientes

- 11primipares / 13 multipares
- 14 patientes < 37SA

- Autres:
  - 1 pyélonéphrite
  - 3 termes
  - 1 surv cardiopathie fœtale
  - 1 surv cardiopathie maternelle
  - 1 HTA



HYPOTHESE 1

Le statut tabagique de la femme enceinte n'est pas pris en compte par les professionnels de santé lors de son hospitalisation: Le conseil minimal et le conseil d'arrêt ne sont pas systématiquement appliqués

- 15 SF déclarent recueillir info sur tabagisme (13 dans dossier obstétrical/ 3 auprès de la patiente)
- 95,83% des patientes non interrogées

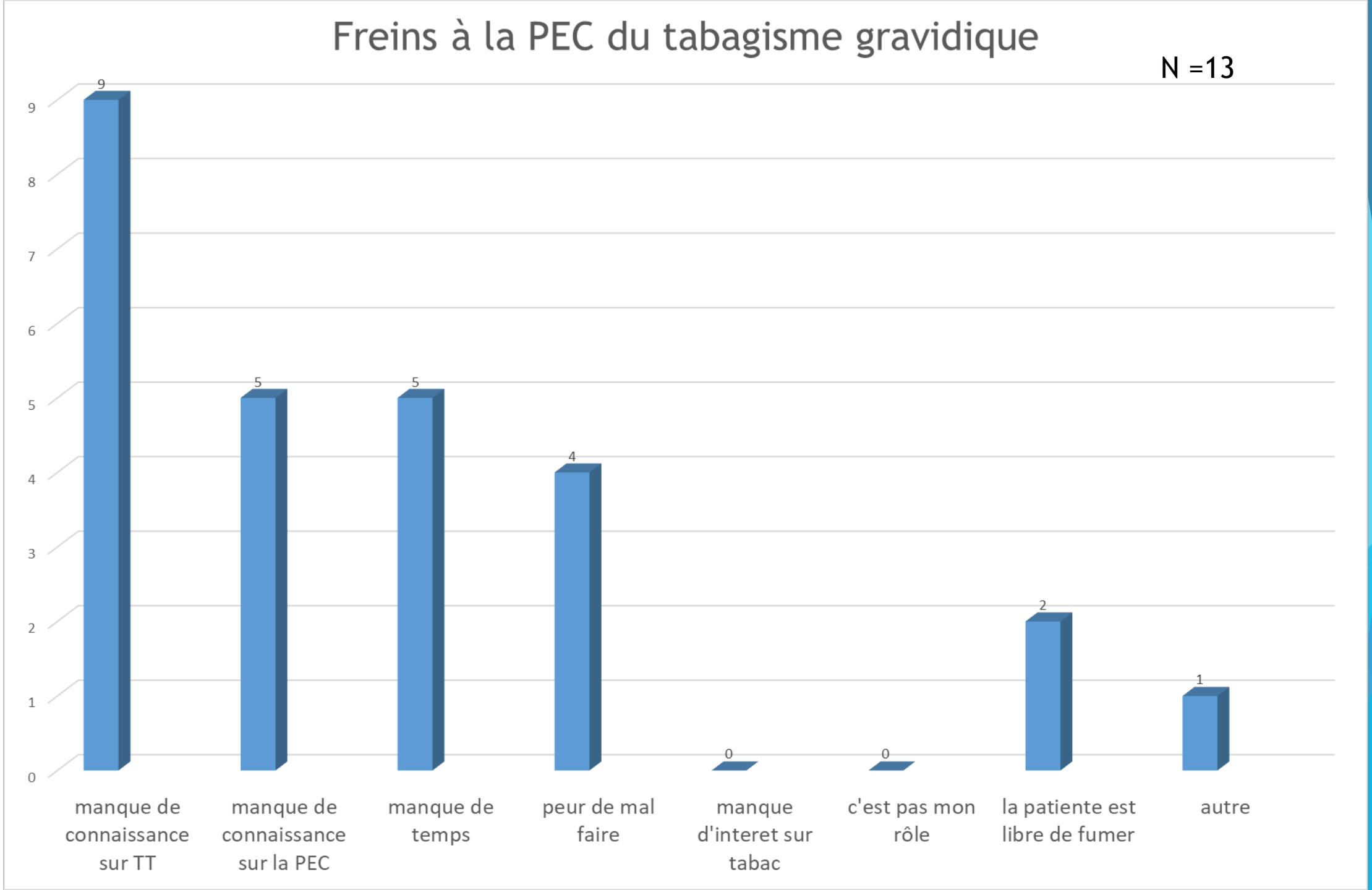
- 9 SF sur 16 ne demandent jamais aux patientes si elles fument.
- **Souhait arrêt tabac:** ¼ des SF ne posent jamais la question// ½ des SF la posent parfois

- **Conseil d'arrêt:** ¼ des SF ne l'appliquent pas // ½ des SF l'appliquent parfois

Hypothèse 1 est VALIDEE

HYPOTHESE 2

L'implication des sages-femmes dans la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte est faible à cause d'un manque de connaissance sur le sujet.


Freins à la PEC du tabagisme gravidique
N =13
9
5
5
4
0
0
2
1
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
manque de connaissance sur TT
manque de connaissance sur la PEC
manque de temps
peur de mal faire
manque d'interet sur tabac
c'est pas mon rôle
la patiente est libre de fumer
autre

- 81,25% des SF ne se sentent pas capable de PEC le tabagisme gravidique
- Aucune SF déclare avoir été formé lors de leur carrière
- Aucune SF déclare connaitre les recommandations de l'HAS
- 60% d'entres elles orientent vers un tabacologue lorsque patiente émet le souhait d'arrêter ou de diminuer.
- Info tabac/pathologie

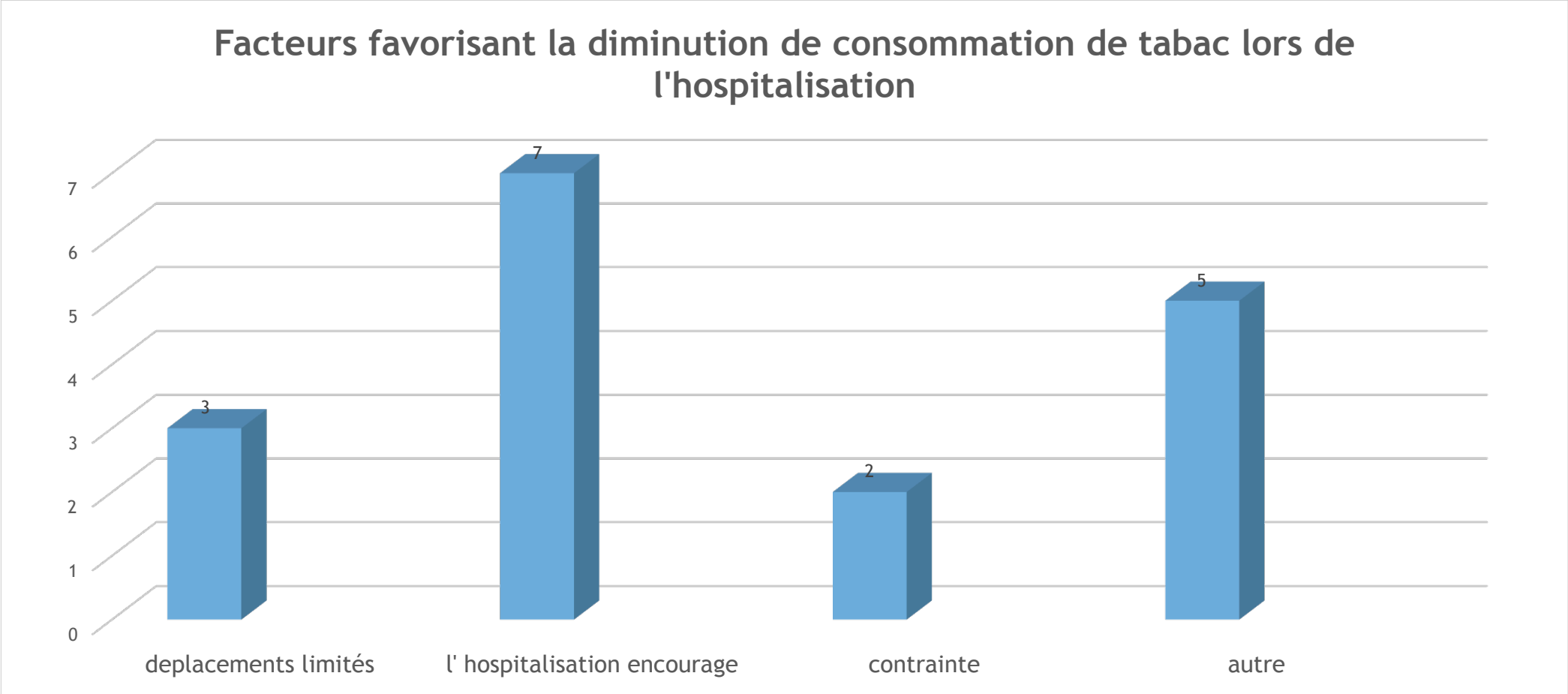
- Ressenti de la SF / femme enceinte fumeuse
  - Agaçant, énervant
  - Banal, ancré dans la société
  - Sentiment d'inefficacité
  - Sentiment d'incompréhension

→ **Hypothèse 2 est validée**

HYPOTHESE 3

L'hospitalisation a tendance à faire diminuer la consommation de tabac de la patiente.

- Grossesse: tendance à la diminution spontanée de la consommation
- Hospitalisation: 58,33% des patientes déclarent diminuer leur consommation



Hypothèse 3 est validée

Axes d’amélioration

- Formation des professionnels de santé
- Mise en place d’un protocole concernant la prise en charge de la patiente fumeuse lors de l’hospitalisation

Merci de votre attention