



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

**DÉPISTAGE DU TABAGISME ET ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE CHEZ LA
FEMME ENCEINTE : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

OXANNA OSEREDCZUK

Née le 9 mars 2001 à THANN

Directeur de mémoire : Madame Sandrine HECKEL-LASSON

Codirecteur du mémoire : Madame Céline BOSCO



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

**DÉPISTAGE DU TABAGISME ET ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE CHEZ LA
FEMME ENCEINTE : ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

OXANNA OSEREDCZUK

Née le 9 mars 2001 à THANN

Directeur de mémoire : Madame Sandrine HECKEL-LASSON

Codirecteur du mémoire : Madame Céline BOSCO

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord l'ensemble des sages-femmes qui ont participé à l'enquête, sans qui ce travail n'aurait pas abouti.

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Sandrine Heckel-Lasson, pour le partage de ses connaissances, son intérêt pour le sujet, son investissement et sa disponibilité.

Je remercie également ma co-directrice, Madame Céline Bosco pour ses conseils, son objectivité et son soutien lors de ce travail mais aussi tout au long de mes études.

Merci aux sages-femmes de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Mesdames Coralie Trabelsi et Cécile North pour m'avoir orientée et conseillée au début de mon travail.

Je remercie aussi Madame Sandrine Voillequin pour ses enseignements en matière de statistiques.

Merci à mon partenaire et à ma sœur d'avoir cru en moi durant ces cinq années et de m'avoir apporté un soutien inébranlable. Je tiens particulièrement à remercier ma sœur pour m'avoir épaulée dans presque tous mes travaux d'écriture.

Je remercie mes amies de promotion Flora, Marine, Maena et Hanaé pour ces belles années passées ensemble.

Merci à tous mes amis pour leurs encouragements, et particulièrement à Clara.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.....	4
1. Concepts d'addictologie et de tabacologie.....	4
2. Composition de la fumée de tabac.....	5
3. Physiopathologie du tabagisme.....	6
4. Épidémiologie du tabagisme.....	7
5. Effets du tabagisme gravidique.....	8
6. Recommandations aux professionnels de santé.....	9
7. Question de recherche, objectif et hypothèses.....	10
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	11
1. Caractéristiques de l'étude.....	11
a. Type d'étude.....	11
b. Population d'étude.....	11
2. Méthode d'intervention : le questionnaire.....	11
a. Structure du questionnaire.....	11
b. Variables du questionnaire.....	12
c. Diffusion du questionnaire.....	14
d. Questionnaires exclus de l'étude.....	15
3. Analyse des données.....	15
III. RÉSULTATS.....	16
1. Taux de réponses.....	16
2. Caractéristiques de la population d'étude.....	16
a. Diplômes et formations.....	16
b. Activité et organisation professionnelles.....	17
3. Dépistage du tabagisme gravidique.....	19
a. État des lieux tabagique.....	19
b. Outils de dépistage approfondi : test de Fagerström et CO-testeur.....	20
c. Tabagisme passif.....	22
4. Aides au sevrage tabagique gravidique.....	23
a. Méthodes conventionnelles.....	23

b. Méthodes non conventionnelles.....	26
c. Tabagisme passif.....	27
5. Recommandations tabagiques.....	28
IV. DISCUSSION.....	30
1. Forces et limites de l'étude.....	30
2. Formations complémentaires.....	31
a. Diplômes multiples.....	31
b. Formations en tabacologie.....	32
3. Organisation de l'activité professionnelle.....	34
a. Milieu d'exercice et temps de consultation.....	34
b. Consultations spécialisées.....	35
4. Dépistage tabagique.....	37
a. Repérage du tabac et des co-addictions.....	37
b. Dépistage approfondi : test de Fagerström et CO-testeur.....	39
5. Sevrage tabagique.....	41
a. Proposition de sevrage et partage d'informations.....	41
b. Thérapies cognitivo-comportementales et autres psychothérapies.....	43
c. Traitements nicotiniques de substitution.....	44
d. Autres méthodes de sevrage.....	47
6. Tabagisme passif.....	47
7. Conseils et recommandations tabagiques.....	48
a. Niveau de consommation tabagique.....	48
b. Cigarette électronique ou vapoteuse.....	50
c. Tabagisme et allaitement maternel.....	51
8. Perspectives de recherche.....	52
V. CONCLUSION.....	53
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE.....	
ANNEXE II : ANALYSEUR DE MONOXYDE DE CARBONE (CO-TESTEUR).....	
ANNEXE III : TEST DE FAGERSTRÖM.....	

LISTE DES ACRONYMES

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- CIM 11 : Classification Internationale des Maladies 11
- CO : monoxyde de carbone
- ARS : Agence Régionale de Santé
- QI : Quotient Intellectuel
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CDOSF : Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes
- ASFLA : Association des Sages-Femmes Libérales d'Alsace
- ASINCOPROB-68 : Association d'Information et de Formation Continue des Praticiennes de l'Obstétrique du Haut-Rhin
- CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- DU : Diplôme Universitaire
- DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- ANSFTAF : Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues, Addictologues Françaises
- AFSFA : Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- SFT : Société Francophone de Tabacologie
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- HAS : Haute Autorité de Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile

I. INTRODUCTION

1. Concepts d'addictologie et de tabacologie

Une addiction est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». Une addiction est également caractérisée par « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement » et par « la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ». D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), une addiction est une pathologie impliquant la consommation répétée d'une substance (comme l'alcool) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (comme les jeux d'argent). Les conséquences sont multiples avec notamment une perte de contrôle du niveau de consommation, des perturbations de l'équilibre émotionnel, des désordres et troubles médicaux, et une perturbation de la vie personnelle, professionnelle et sociale (1,2).

L'OMS présente une substance psychoactive comme un produit qui lorsqu'il est consommé affecte les processus mentaux tels que la perception, la conscience, la cognition, l'humeur ou les émotions. La nicotine, la cocaïne et les opiacés en sont des exemples mais le caractère psychoactif n'implique pas obligatoirement la dépendance au produit. Selon l'INSERM la nicotine est toutefois la substance la plus addictive, autrement dit, celle qui risque d'entraîner le plus d'état de dépendance lorsqu'elle est consommée (2-4). Il existe trois niveaux dans la consommation de cigarettes : l'usage simple, l'usage nocif et la dépendance. La Classification Internationale des Maladies 11 (CIM 11) publiée en 2019 par l'OMS comprend dans son registre la consommation nocive de nicotine et la dépendance nicotinique. Au sujet des cigarettes, cela signifie que l'usage nocif et la dépendance sont des pathologies mais non l'usage simple (5,6). La dépendance tabagique lorsqu'elle existe peut être de trois ordres : physique, psychologique et comportementale. La dépendance physique est liée à la nicotine qui procure un état de bien-être, un regain d'énergie et une légère euphorie. La dépendance comportementale est liée aux rituels et à la gestuelle qui existent autour de l'action de fumer une cigarette. Elle correspond aux habitudes comportementales que l'individu associe à la prise du produit comme par exemple fumer avec ses collègues lors d'une pause au travail. Enfin, la dépendance psycholo-

gique est l'attachement émotionnel ou mental à la cigarette. Cette forme de dépendance est liée à la personnalité de l'individu et fait qu'il perçoit sa consommation comme un besoin (5,7).

2. Composition de la fumée de tabac

Le tabac, aussi appelé *Nicotiana Tabacum* est une plante d'Amérique centrale dont les feuilles sont fumées après séchage et fermentation. Il est fumé depuis des siècles sous forme de pipes et cigares alors que les premières cigarettes ne sont roulées qu'au 19^{ème} siècle par des artisans. Dans les années qui suivent leur apparition, l'industrie s'empare de leur production. Aujourd'hui la cigarette et sa fumée contiennent plus de 7 000 substances chimiques dont 70 au moins sont reconnues cancérigènes. On y distingue plusieurs groupes de substances dont la nicotine, les goudrons, le monoxyde de carbone (CO) et les additifs (8,9).

La nicotine est présente naturellement dans les feuilles de tabac. Elle n'est peu ou pas toxique pour l'organisme mais est responsable de la dépendance tabagique physique. Les additifs, ajoutés par l'industrie du tabac, sont des substances complémentaires ayant pour but d'améliorer le produit commercialisé. Environ 600 additifs sont ajoutés notamment pour blanchir la fumée et les cendres de cigarettes, adoucir la fumée inhalée et contrôler la combustion des cigarettes. Le goudron de cigarettes est un mélange noir et collant se produisant lors de la combustion de celles-ci. Il est composé de multiples substances chimiques comme des composés organiques volatils, des hydrocarbures aromatiques polycycliques et des métaux lourds. Il s'agit de substances toxiques et souvent cancérigènes. Certaines sont ajoutées par l'industrie, alors que d'autres sont présentes directement dans la plante de tabac, comme les métaux lourds qui sont absorbés par les sols où la plante est cultivée. Enfin, le monoxyde de carbone (CO) est un gaz toxique incolore et inodore qui provient de la combustion incomplète de certains composants du tabac. Sa toxicité s'explique par sa forte affinité pour l'hémoglobine qui conduit à une diminution de la capacité sanguine à transporter l'oxygène. Le tabagisme est ainsi l'une des rares dépendances où les substances nocives ne sont pas les mêmes que les substances addictives (8-11).

3. Physiopathologie du tabagisme

Après inhalation de la fumée de cigarette, la nicotine est absorbée par les poumons pour rejoindre la circulation sanguine et atteint le cerveau en 7 à 10 secondes. La nicotine agit dans le système dopaminergique au niveau de la zone de récompense comme les autres substances psychoactives telles que l'alcool, la cocaïne ou l'héroïne. La stimulation des neurones dopaminergiques induit une forte libération de dopamine qui provoque une hyperactivation du système de récompense. Cette stimulation procure un état de plaisir, de lutte contre le stress et de satiété, mais la nicotine augmente également la pression artérielle et la fréquence cardiaque. La consommation de nicotine produit un renforcement positif, puisqu'elle procure du plaisir, ce qui incite le consommateur à poursuivre sa conduite. Il y a également un renforcement négatif qui encourage la consommation car l'absence de produit provoque des sensations désagréables de malaises liées au sevrage tabagique (8,9).

La libération répétée de dopamine produit des modifications sur les neurones, induisant une recherche compulsive de nicotine par l'individu. En effet, lorsque la concentration en nicotine reste élevée après activation des récepteurs nicotiniques, il se produit à court terme un mécanisme de désensibilisation des récepteurs. Cela signifie que lors du premier contact avec la nicotine après une période d'abstinence d'au moins plusieurs heures, les effets procurés par celle-ci sont plus importants car les récepteurs sont disponibles et sensibles. Après plusieurs cigarettes sur une courte période, les récepteurs sont saturés et se désensibilisent. Le fumeur augmente ainsi sa consommation à la recherche de plaisir car les effets de la nicotine sont diminués. De plus, lors d'une exposition à la nicotine sur le long terme (chez les fumeurs chroniques), le nombre de récepteurs à la surface des neurones augmente pour continuer à procurer des sensations au consommateur dont les neurones sont habitués au produit. Ce phénomène est nommé « up-regulation ». Les cycles de désensibilisation des récepteurs expliqueraient le phénomène de tolérance au produit. Le mécanisme de « up-regulation » pour palier à cette désensibilisation expliquerait en partie le phénomène de sevrage nicotinique (8).

4. Épidémiologie du tabagisme

En 2017, le Grand-Est est la quatrième région de France où le tabagisme est le plus répandu, avec 30,1 % de fumeurs quotidiens, soit 1,2 millions de personnes. La prévalence de fumeurs dans le Grand-Est est plus élevée que la moyenne nationale qui est de 26,9 % chez les personnes âgées de 18 à 75 ans (12). Entre 2014 et 2019, le tabagisme quotidien a diminué de 16 % chez les Français âgés de 18 à 75 ans, mais sa prévalence reste tout de même élevée (13). Une des problématiques est aussi la consommation de tabac chez la femme enceinte, qui concerne près d'un quart d'entre elles en 2017. En effet, 24,7 % des femmes enceintes fument au moins occasionnellement et 22,3 % fument quotidiennement en 2017 (14). La France est le pays d'Europe le plus impacté par le tabagisme gravidique et le 7ème au rang mondial en 2021 (15,16). Le tabagisme des femmes avant la conception est de 30 % en 2016 et a diminué pour atteindre 27,1 % en 2021. Au troisième trimestre de la grossesse, la prévalence nationale des femmes enceintes fumeuses est de 16,2 % en 2016 contre 12,2 % en 2021. Dans le Grand-Est, le taux de femmes enceintes fumant au troisième trimestre est passé de 19,8 % en 2016 à 14 % en 2021. Enfin, la cigarette électronique concerne 1,3 % des femmes enceintes au troisième trimestre en France en 2021 (12,17).

Les plans nationaux de lutte contre le tabagisme participent aux diminutions observées, notamment grâce à la hausse des prix du tabac et à un meilleur remboursement des substituts nicotiniques (17). Des actions régionales sont aussi développées via l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Grand-Est pour faire face à la prévalence plus élevée du tabagisme dans la région, tout en répondant à la question du tabagisme gravidique. En effet, le programme régional de l'Instance Tabac du Grand-Est, créé par l'ARS du Grand-Est en 2018, compte parmi ses objectifs la protection des plus jeunes en agissant dans la période périnatale et donc chez la femme enceinte. Pour ce faire, il y a eu par exemple la création des premières formations sur le tabac pour les professionnels de santé en 2019 dans la région (12).

5. Effets du tabagisme gravidique

La consommation tabagique durant la grossesse augmente un certain nombre de risques obstétricaux et pédiatriques. Elle est notamment associée à des taux plus élevés de fausses couches spontanées précoces et de grossesses extra-utérines au premier trimestre. Le tabagisme au cours de la grossesse est aussi associé à des risques plus importants d'hématomes rétro-placentaires, de placenta praevia et de morts fœtales *in utero*. On observe également plus d'accouchements prématurés et de petits poids de naissance pour l'âge gestationnel à la suite d'un tabagisme gravidique. Le tabac augmente le risque de rupture prématurée des membranes avant le terme, ce qui explique en partie les accouchements prématurés chez les fumeuses. Il augmenterait aussi les risques de césariennes et de thromboses veineuses profondes dans le post-partum. Ces risques sont d'autant plus élevés que l'est la consommation de tabac. Il n'y a cependant pas d'effet tératogène démontré pour le tabac, même s'il représente un facteur de risque dans l'apparition de certaines anomalies congénitales. Enfin, il réduit étonnamment les risques de pré-éclampsies durant la grossesse (18). En 2021, le tabagisme maternel a ainsi impacté près de 12 % des naissances, notamment à cause de la prématurité et des faibles poids de naissance (19).

Outre les conséquences du tabagisme sur la grossesse et le fœtus, il y a aussi des effets de la naissance à l'âge adulte pour un enfant exposé *in utero* au tabac. Lors d'un tabagisme gravidique, il y a notamment des risques plus élevés de morts inattendues du nourrisson après l'accouchement et une diminution des fonctions respiratoires de l'enfant, avec plus d'infections respiratoires basses et d'asthme. Il y aurait aussi un impact sur le quotient intellectuel (QI) de l'enfant, avec plus de troubles du comportement comme un déficit de l'attention et de l'hyperactivité. L'exposition *in utero* au tabac pourrait également augmenter les risques de surpoids et d'obésité, de tumeurs du système nerveux central, et impacter la fertilité de l'enfant à l'âge adulte. Enfin, les enfants exposés au tabac avant leur naissance ont plus de risques d'être eux-mêmes consommateurs à l'adolescence et dépendants à la nicotine (20).

6. Recommandations aux professionnels de santé

Les professionnels de la périnatalité, dont les sages-femmes font partie, ont un rôle crucial à jouer dans le dépistage et le sevrage tabagique des femmes enceintes. La conférence de consensus « tabac et grossesse » de 2004, qui demeure la référence pour des pratiques professionnelles uniformisées, recommande l'arrêt total du tabac durant la grossesse car sa diminution n'est pas suffisante pour prévenir les complications. Un arrêt le plus tôt dans la grossesse est le mieux mais il est bénéfique à tous termes (21). L'OMS décline la prévention et la prise en charge du tabagisme gravidique en quatre étapes. Tout d'abord, il convient d'interroger les patientes sur leur consommation de tabac, puis de les informer sur les risques encourus durant la grossesse, de tracer l'information dans leur dossier médical, et enfin d'agir pour favoriser le sevrage tabagique (22).

En premier, l'OMS et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommandent aux professionnels de santé de rechercher une consommation tabagique chez toutes les femmes enceintes en les interrogeant systématiquement (20,22). Pour information, d'après l'enquête nationale périnatale de 2021, 91,9 % des femmes enceintes ont été interrogées sur leur consommation de tabac par les professionnels de santé, contre 79,8 % en 2016 (17). Le CNGOF indique qu'il est également possible de dépister le tabagisme en mesurant le monoxyde de carbone (CO) expiré avec un appareil nommé CO-testeur. Celui-ci peut permettre, par la même occasion, de renforcer la motivation d'arrêt du tabac de la femme puisque les conséquences sont objectivées. Enfin, l'OMS et le CNGOF recommandent d'informer les patientes sur les effets nocifs du tabagisme actif et passif en cours de grossesse, autrement dit, d'effectuer de l'éducation en santé (20,22).

Après le dépistage du tabagisme gravidique actif, comment les professionnels de la périnatalité peuvent-ils accompagner le sevrage ? Les approches psychologiques et comportementales doivent être proposées en première intention durant la grossesse pour favoriser le sevrage tabagique (21). Il peut s'agir par exemple d'un entretien motivationnel, d'une thérapie comportementale et cognitive, ou d'une autre psychothérapie. Le CNGOF préconise la prescription de traitements nicotiques de substitution à toute femme enceinte fumeuse qui n'a pas réussi son sevrage tabagique

sans traitement. La prescription peut être débutée par le professionnel qui suit la grossesse, puis il est conseillé d'orienter la femme vers un spécialiste en tabacologie pour évaluer et adapter la prescription initiale. Il est recommandé d'appliquer les mêmes mesures de sevrage tabagique en cas d'utilisation de cigarettes électroniques durant la grossesse (20).

7. Question de recherche, objectif et hypothèses

Nous observons une diminution évidente de la consommation de tabac chez les femmes enceintes et une amélioration des mesures de dépistage par les professionnels de santé. Toutefois, le tabagisme gravidique demeure un problème de santé publique : en effet, sa prévalence n'est pas nulle malgré sa diminution et les risques de complications obstétricales et pédiatriques sont nombreux. Nous nous demandons ainsi **quelles sont les pratiques des sages-femmes, professionnelles de la périnatalité, concernant le dépistage du tabagisme et l'accompagnement au sevrage des femmes enceintes**. L'objectif principal de l'étude est d'observer les pratiques d'identification et de prise en charge du tabagisme gravidique des sages-femmes libérales d'Alsace en 2023. Les hypothèses à la question de recherche sont les suivantes :

- La majorité des sages-femmes chercherait à repérer les femmes enceintes consommant du tabac et leur dispenserait des conseils pour le sevrage tabagique.
- Les sages-femmes prescriraient peu de substituts nicotiques et adresseraient peu les patientes fumeuses pour une thérapie comportementale et cognitive durant la grossesse.
- Les sages-femmes utiliseraient des méthodes complémentaires d'aide au sevrage tabagique (hypnose, acupuncture, homéopathie, ...) chez les femmes enceintes.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Caractéristiques de l'étude

a. Type d'étude

Pour analyser les pratiques de dépistage tabagique et d'accompagnement au sevrage des femmes enceintes par les sages-femmes, nous avons réalisé une étude transversale observationnelle sous forme d'enquête par questionnaire. Il s'agissait d'une évaluation des pratiques professionnelles avec une analyse quantitative et descriptive des données.

b. Population d'étude

L'enquête réalisée concernait les sages-femmes libérales d'Alsace en 2023 au sujet de leurs pratiques de dépistage et d'aide au sevrage tabagique gravidique. Notre choix s'explique car ce sont des professionnels médicaux spécialistes de la physiologie des femmes et des femmes enceintes, faisant d'elles des actrices incontournables en matière périnatale. Nous avons défini comme population d'étude celles exerçant en libéral puisque ces dernières réalisent très souvent des suivis médicaux de grossesses contrairement aux sages-femmes hospitalières ou territoriales.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

- Disposer du diplôme d'État de sage-femme
- Avoir une pratique libérale en Alsace en 2023

Un critère de non-inclusion à l'étude était la suspension de l'activité professionnelle au moment de la réalisation de l'enquête à condition que celle-ci nous ait été communiquée (congé maternité, arrêt maladie, ...).

Il n'y a pas eu d'échantillonnage du fait de la petite densité de la population choisie.

2. Méthode d'intervention : le questionnaire

a. Structure du questionnaire

Notre étude quantitative a été réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme numérique présenté sur le logiciel d'enquête statistique Limesurvey mis à disposition

par l'Université de Strasbourg. Le questionnaire qui a été diffusé se trouve en ANNEXE I. Il était composé de quatre parties :

- les informations sur le praticien et son exercice (5 questions),
- le dépistage du tabagisme chez la femme enceinte (11 questions),
- l'accompagnement pour le sevrage tabagique gravidique (10 questions),
- et les autres recommandations du praticien au sujet du tabac (3 questions).

Nous avons cherché à établir 29 variables durant notre enquête, dont 28 étaient qualitatives et une était quantitative. La variable quantitative a été recherchée par une question à choix multiple. Parmi les variables qualitatives, cinq étaient binaires et établies grâce à une question dichotomique de type « oui/non », 12 étaient ordinales, 10 étaient nominales et une correspondait à une question ouverte. Au total 23 variables ont été recherchées sous forme de questions à choix multiple, dont 12 proposaient comme réponses : « jamais », « parfois », « régulièrement » et « toujours ». Il a été décidé que « jamais » correspondait à une pratique n'étant pas réalisée, « parfois » à une pratique exécutée dans moins de 50 % des cas, « régulièrement » à une pratique exécutée dans plus de 50 % des cas et « toujours » correspondait à la réalisation dans 100 % des situations. Ces précisions étaient apportées au début de chaque partie du questionnaire contenant ces propositions de réponses.

b. Variables du questionnaire

La première partie du questionnaire avait pour objectif de recueillir des informations concernant le professionnel de santé et son activité. Cela nous a permis d'appliquer nos critères d'inclusion et d'exclusion. Les variables choisies dans cette partie étaient les diplômes et formations détenus, le mode d'exercice, la réalisation de suivis de grossesses, la durée moyenne d'une consultation obstétricale et la réalisation de consultations spécialisées.

La seconde partie permettait d'apprécier les pratiques de dépistage du tabagisme gravidique par le professionnel. Nous avons distingué deux sous-parties dans le dépistage du tabac : l'état des lieux tabagique (ou le dépistage simple) et le dépistage approfondi. Les variables retenues pour l'état des lieux tabagique étaient le repérage

des femmes enceintes fumeuses, l'identification des produits fumés, la recherche des co-addictions, et la quantification du nombre de cigarettes fumées avant et en cours de grossesse. Les variables permettant d'apprécier un dépistage approfondi étaient la connaissance du test de dépendance à la nicotine de Fagerström, l'utilisation de ce test et la période de consommation évaluée avec ce dernier, la connaissance de l'appareil de mesure du monoxyde de carbone expiré (CO-testeur), l'utilisation de cet appareil, et le repérage du tabagisme passif. Dès lors que les professionnels ne connaissaient pas le test de Fagerström ou le CO-testeur, les questions suivantes en rapport n'étaient pas posées, correspondant à l'intitulé « *Question non affichée* » dans nos résultats de l'étude. Cela signifie que les statistiques sur l'utilisation du test de Fagerström et du CO-testeur étaient réalisées uniquement chez ceux connaissant ces deux dispositifs.

La troisième partie permettait de recueillir les mesures d'aide au sevrage tabagique proposées durant la grossesse. Cette partie a également été subdivisée en deux, avec d'une part l'accompagnement au sevrage dit conventionnel et d'autre part l'accompagnement dit non-conventionnel. Les variables étudiées pour l'accompagnement conventionnel étaient la proposition d'un sevrage tabagique, le partage d'informations sur les risques du tabac durant la grossesse, le mode de distribution de ces informations, l'orientation vers un tabacologue ou addictologue, la prescription de substituts nicotiques, le type de substituts prescrit, et l'orientation vers un psychologue ou psychiatre pour une thérapie cognitivo-comportementale. Pour l'accompagnement non-conventionnel, les variables retenues étaient l'utilisation de méthodes complémentaires, leur type, et leur combinaison avec des techniques classiques. Enfin, la dernière variable portait sur les propositions apportées aux femmes concernées par le tabagisme passif.

La dernière partie du questionnaire explorait les recommandations données sur le niveau de consommation tabagique durant la grossesse, l'usage de la cigarette électronique et sur l'allaitement en cas de poursuite tabagique.

c. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été présenté mi-avril 2023, à une sage-femme experte en addictologie, qui nous a conseillé sur certaines questions. Il a ensuite été testé, fin avril 2023, par huit sages-femmes de l'hôpital Émile Muller de Mulhouse, trois étudiantes sages-femmes de l'Université de Strasbourg et deux personnes ne faisant pas partie de la profession. À la suite de cette période d'essai, aucune modification ne fût nécessaire.

Nous avons sollicité l'autorisation de diffusion du questionnaire auprès des Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF) du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, de l'Association des Sages-Femmes Libérales d'Alsace (ASFLA) et de l'Association d'Information et de Formation Continue des Praticiennes de l'Obstétrique du Haut-Rhin (ASINCOPROB-68). Nous avons également constitué un répertoire des sages-femmes libérales d'Alsace en collectant les adresses mails disponibles dans l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), l'annuaire du département de maïeutique de Strasbourg et celui de l'ASFLA. Pour les adresses mails non disponibles, nous avons contacté individuellement les sages-femmes par appel téléphonique ou SMS pour obtenir leur adresse mail et les ajouter à notre répertoire.

La diffusion du questionnaire a débuté le 2 mai 2023 avec l'envoi de mails aux sages-femmes libérales alsaciennes par le biais de notre répertoire. Le questionnaire a également été transmis le 8 mai 2023 aux sages-femmes libérales haut-rhinoises grâce à l'ASINCOPROB-68 et aux sages-femmes bas-rhinoises par le CDOSF du Bas-Rhin. Les mails envoyés récapitulaient l'objectif de notre étude et contenaient le lien menant vers notre questionnaire numérique. Une relance par mail a été envoyée à l'ensemble des sages-femmes libérales alsaciennes via notre carnet d'adresse le 16 mai et le 15 juin 2023 face à une stagnation du taux de réponses. La transmission du questionnaire n'a pas pu se faire par l'intermédiaire de l'ASFLA qui n'a pas donné suite à notre demande, ni par le CDOSF du Haut-Rhin qui a refusé la diffusion. Le questionnaire a été clôturé le 30 juillet 2023 après une période de diffusion de 13 semaines.

d. Questionnaires exclus de l'étude

Les questionnaires jugés incomplets, c'est-à-dire dont seule la première partie a été complétée, ont été exclus de l'étude. En effet, ces réponses ne nous apportaient aucun élément sur les pratiques de dépistage et de prise en charge du tabagisme gravidique. En revanche, les réponses aux questionnaires cessées au-delà de la seconde partie ne constituaient pas un critère d'exclusion de l'étude. Nous avons donc inclus à l'étude tous les questionnaires remplis au-delà de la seconde partie sur le dépistage du tabagisme, même s'ils n'étaient pas complétés intégralement.

Le deuxième critère d'exclusion de l'étude était la non-réalisation de suivis médicaux de grossesses par les sages-femmes. En effet, l'intégration de cette activité à leur exercice nous a paru essentielle pour étudier le dépistage des femmes enceintes fumeuses et leur accompagnement.

3. Analyse des données

Les réponses obtenues sur le logiciel d'enquête statistique Limesurvey ont été triées avec le logiciel de tableur LibreOffice Calc pour permettre leur analyse. L'analyse statistique descriptive des données a été réalisée grâce aux logiciels R et R-Studio. Nous avons effectué une analyse univariée des données pour obtenir une présentation globale de l'étude. Les réponses à la question ouverte ont été analysées avec un classement par thématique, sans analyse statistique, aboutissant à cinq catégories de réponses.

III. RÉSULTATS

1. Taux de réponses

En avril 2023, les CDOSF du Haut-Rhin et du Bas-Rhin nous ont indiqué qu'il y avait 144 sages-femmes libérales bas-rhinoises et 77 haut-rhinoises en activité. La population des sages-femmes libérales alsaciennes s'élevait donc à 221 en avril 2023. Nous avons appliqué notre critère de non-inclusion à ce nombre pour obtenir une population d'étude de 218 sages-femmes libérales alsaciennes en activité lors de l'enquête. Le nombre de sages-femmes ayant participé à l'enquête et respectant les critères d'inclusion était de 85, donnant un taux de réponses à 38,99 %. Après application des critères d'exclusion, 10 questionnaires ont été écartés, portant le nombre de questionnaires exploitables à 75. Parmi les participantes retenues pour l'étude, 72 avaient complété le questionnaire jusqu'à la dernière question, deux l'avaient complété jusqu'à la fin de la troisième partie et une jusqu'à la fin de la deuxième partie.

2. Caractéristiques de la population d'étude

a. Diplômes et formations

Les diplômes et formations des participantes retenues pour l'étude sont présentés ci-dessous dans la Figure 1.

Dans l'étude, aucune sage-femme ne disposait du Diplôme Universitaire (DU) d'addictologie, ni du Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) d'addictologie. Parmi les trois personnes ayant une autre formation en tabacologie que le Diplôme Inter-Universitaire (DIU), une avait suivi une formation de 24h en ligne, une autre une formation continue de trois jours et la dernière n'a rien précisé.

Les diplômes et formations en médecine complémentaire des sages-femmes de l'étude comprenaient six DIU d'acupuncture obstétricale, une formation en hypnose et un DU d'homéopathie.

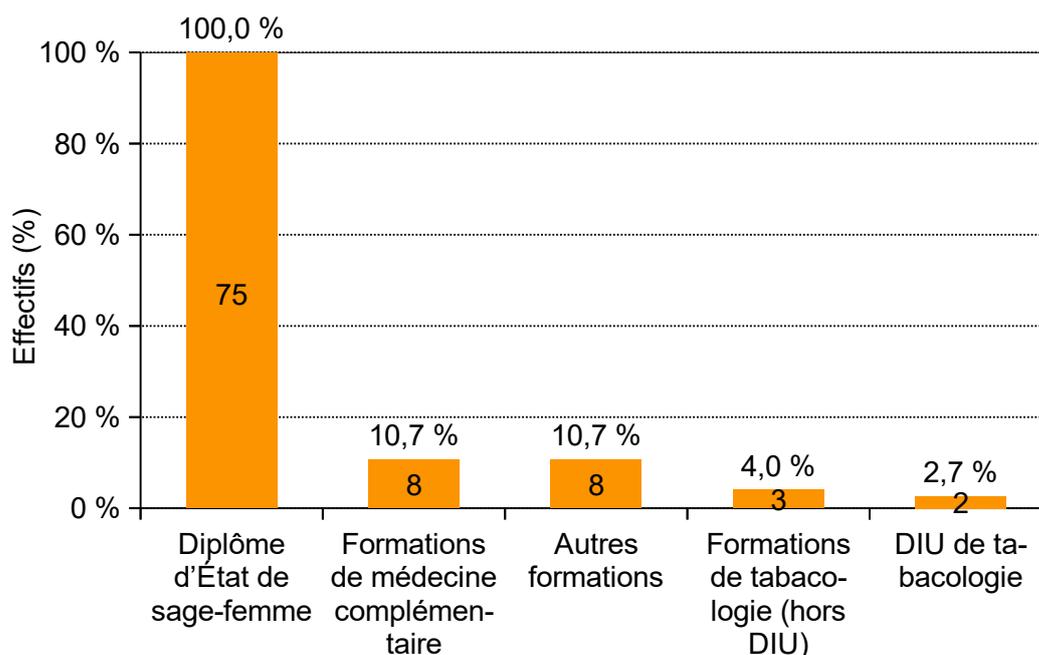


Figure 1 : Diplômes et formations des sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75, plusieurs possibilités de réponses).

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

Parmi les huit sages-femmes disposant d'un ou de plusieurs autres diplômes ou formations, trois avaient le DIU d'échographie obstétricale et gynécologique, trois autres avaient le DU de contraception et de prévention en gynécologie, deux avaient le certificat de consultante en lactation, une avait le DIU de régulation des naissances, et une possédait le DU de nutrition et de sexologie. Enfin, une sage-femme a précisé avoir de multiples formations, notamment en gynécologie, en rééducation périnéale, en préparation prénatale en piscine et sur le sujet des violences sexuelles.

b. Activité et organisation professionnelles

Parmi les sages-femmes de l'étude, 70 exerçaient exclusivement en libéral, soit 93,3 % d'entre elles, et cinq (6,7%) avaient une activité mixte incluant une pratique libérale. Le temps dédié à une consultation obstétricale par nos participantes libérales variait comme exprimé dans la Figure 2 ci-dessous.

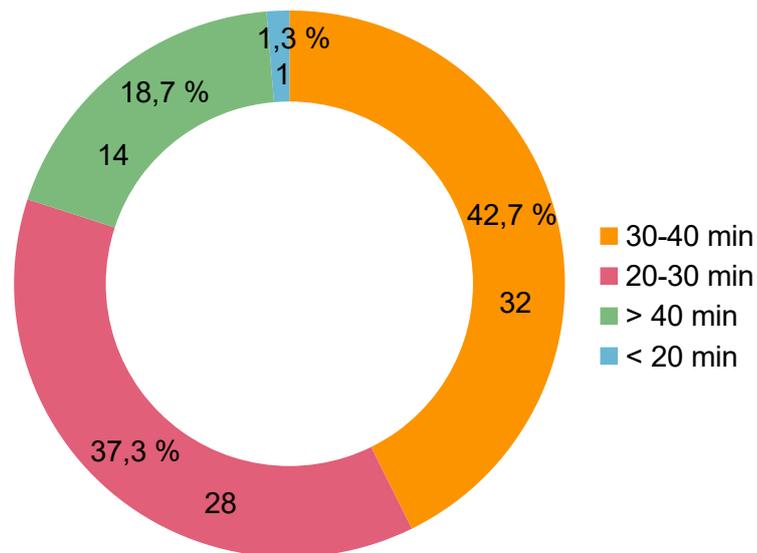


Figure 2 : Temps de consultation obstétricale moyen en minutes des sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75).

Durant la grossesse, 33 sages-femmes de l'étude, c'est-à-dire 44 %, réalisaient des consultations spécialisées dont 30 en médecine complémentaire. Les consultations spécialisées chez la femme enceinte étaient de domaines et de fréquences différents comme indiqué dans la Figure 3 ci-dessous.

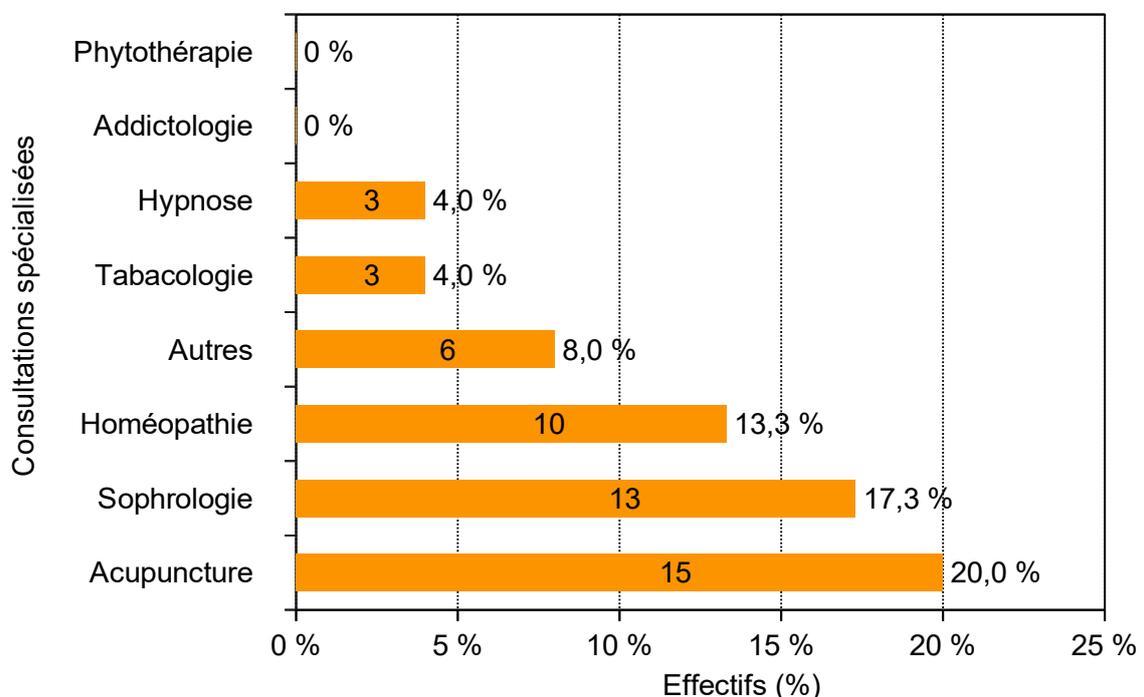


Figure 3 : Consultations spécialisées réalisées durant la grossesse par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (n = 33, plusieurs possibilités de réponses).

Seules trois sages-femmes (4%) réalisaient des consultations de tabacologie pour cinq (6,7%) formées dans ce domaine. Parmi les six sages-femmes réalisant des consultations spécialisées d'un autre type pendant la grossesse, trois réalisaient des échographies, une des consultations de diététique, une pratiquait l'acupression et une des consultations de nutrition et de sexologie.

3. Dépistage du tabagisme gravidique

a. État des lieux tabagique

Les questions à choix multiple dont les propositions de réponses étaient « jamais », « parfois », « régulièrement » et « toujours », nous ont permis d'apprécier les fréquences de certaines pratiques. La première partie du dépistage est illustrée dans le Tableau I, nous l'avons apparenté à un dépistage simple du tabagisme gravidique, permettant un premier diagnostic de la consommation.

Tableau I : Fréquence des pratiques de dépistage simple du tabagisme gravidique des sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75)

		N = 75¹
Recherche des femmes enceintes fumeuses		
	Jamais	0,0% (0)
	Parfois	2,6% (2)
	Régulièrement	2,7% (2)
	Toujours	94,7% (71)
Recherche des produits fumés (cigarette, joint, cigare, vapoteuse, chicha, ...)		
	Jamais	4,0% (3)
	Parfois	10,7% (8)
	Régulièrement	16,0% (12)
	Toujours	69,3% (52)
Recherche des co-addictions au tabac (cannabis, alcool, cocaïne, héroïne, ...)		
	Jamais	1,3% (1)
	Parfois	17,3% (13)
	Régulièrement	20,0% (15)
	Toujours	61,4% (46)

¹ % (n)

La grande majorité des sages-femmes de l'étude réalisait régulièrement ou toujours le dépistage tabagique simple chez les femmes enceintes. En effet, plus de 80 % des sages-femmes effectuaient fréquemment ce dépistage auprès de leurs patientes.

Pour réaliser un état des lieux complet de la consommation tabagique, nous avons également questionné les sages-femmes sur la recherche du nombre de cigarettes fumées par leurs patientes. La Figure 4 représente la recherche de la quantité de cigarettes fumées avant la conception, puis pendant la grossesse, par les sages-femmes au cours du suivi obstétrical.

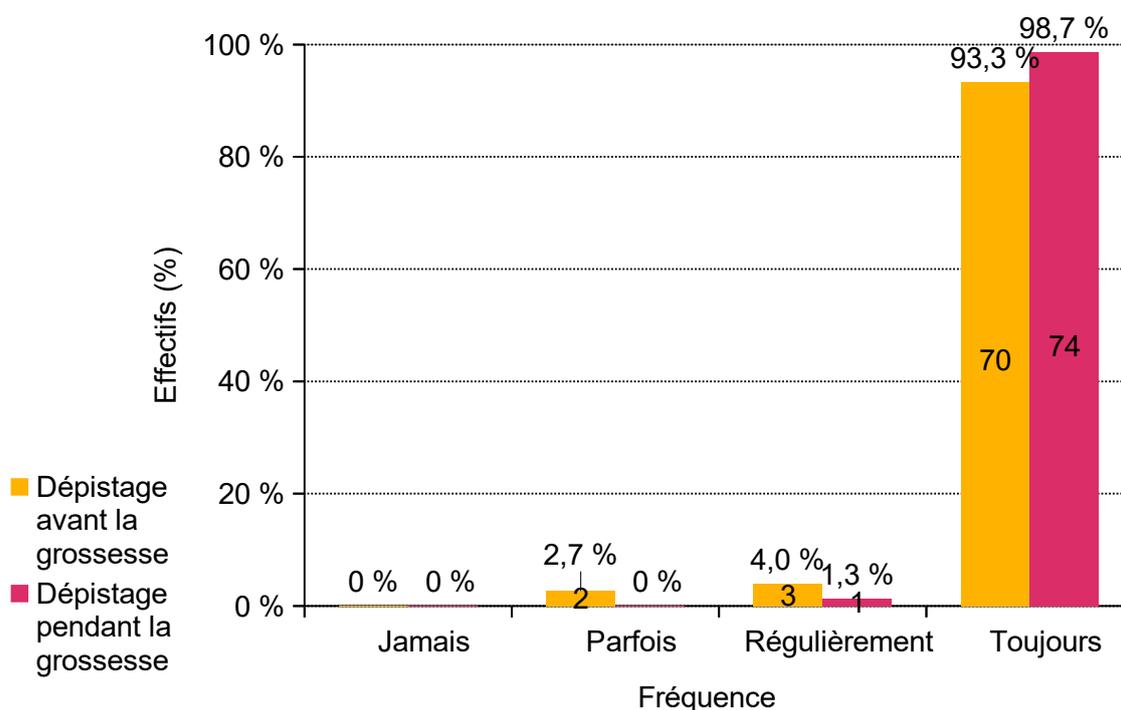


Figure 4 : Recherche du nombre de cigarettes fumées par jour avant la conception et pendant la grossesse par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75).

En conclusion, le dépistage simple du tabagisme chez la femme enceinte par les sages-femmes libérales alsaciennes est satisfaisant, puisque les pratiques sont réalisées dans plus de 50 % voire dans 100 % des consultations obstétricales.

b. Outils de dépistage approfondi : test de Fagerström et CO-testeur

Ce que nous avons défini comme la seconde partie du dépistage est présenté dans le Tableau II et correspond à un dépistage de la consommation tabagique plus approfondi, permettant d'affiner le diagnostic posé.

Tableau II : Connaissance et fréquence des pratiques de dépistage approfondi du tabagisme gravidique des sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75)

		N = 75¹
Connaissance du test de dépendance à la nicotine de Fagerström		
	Oui	70,7% (53)
	Non	29,3% (22)
Utilisation du test de Fagerström pour évaluer la dépendance tabagique d'une fumeuse		
	Jamais	41,6% (22)
	Parfois	37,7% (20)
	Régulièrement	9,4% (5)
	Toujours	11,3% (6)
	<i>Question non affichée</i>	22
Période de consommation tabagique évaluée avec le test de Fagerström		
	Avant la grossesse	6,4% (2)
	Pendant la grossesse	58,1% (18)
	Avant et pendant la grossesse	35,5% (11)
	<i>Question non affichée</i>	44
Connaissance de l'appareil de mesure du CO expiré (CO-testeur)		
	Oui	70,7% (53)
	Non	29,3% (22)
Utilisation du CO-testeur pour définir le niveau d'intoxication d'une fumeuse		
	Oui	3,8% (2)
	Non	96,2% (51)
	<i>Question non affichée</i>	22
¹ % (n)		

Nous observons un écart entre les connaissances théoriques des méthodes de dépistage approfondi et leur utilisation en consultation. Cinquante-trois sages-femmes libérales alsaciennes, soit 70,7 %, connaissaient ces méthodes mais ne les utilisaient pas ou peu avec leurs patientes fumeuses.

Contrairement au repérage tabagique, l'approfondissement du dépistage permet un diagnostic plus précis et ainsi une prise en charge adaptée de la consommation. Toutefois, il n'est pas réalisé aussi rigoureusement que le repérage du tabac, par les sages-femmes libérales d'Alsace de l'étude.

c. Tabagisme passif

Le tabagisme passif, autre problème de santé publique, était dépisté par notre population d'étude comme présenté dans la Figure 5.

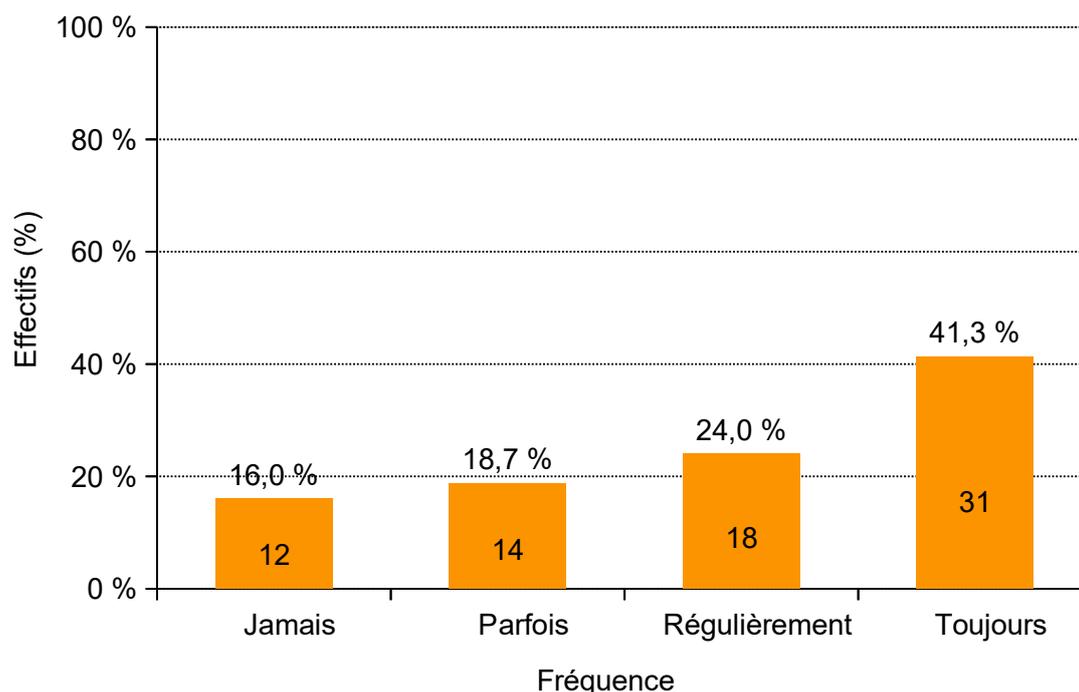


Figure 5 : Fréquence de dépistage du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75).

Le dépistage du tabagisme passif chez les femmes enceintes n'était pas uniforme, mais la majorité des sages-femmes de l'étude le recherchait dans plus de 50 % à 100 % des consultations obstétricales. Toutefois, près de 35 % des sages-femmes alsaciennes ne le dépistaient qu'occasionnellement voire pas du tout.

4. Aides au sevrage tabagique gravidique

a. Méthodes conventionnelles

La première attitude que nous avons évalué en vue d'aider une femme enceinte fumeuse était la proposition d'arrêt du tabac par le professionnel, ce qui signifiait lui soumettre la proposition d'un sevrage tabagique total. La fréquence de réalisation de cette pratique est exposée dans la Figure 6. Une personne n'a pas répondu à cette question sur les 75 sages-femmes de l'étude.

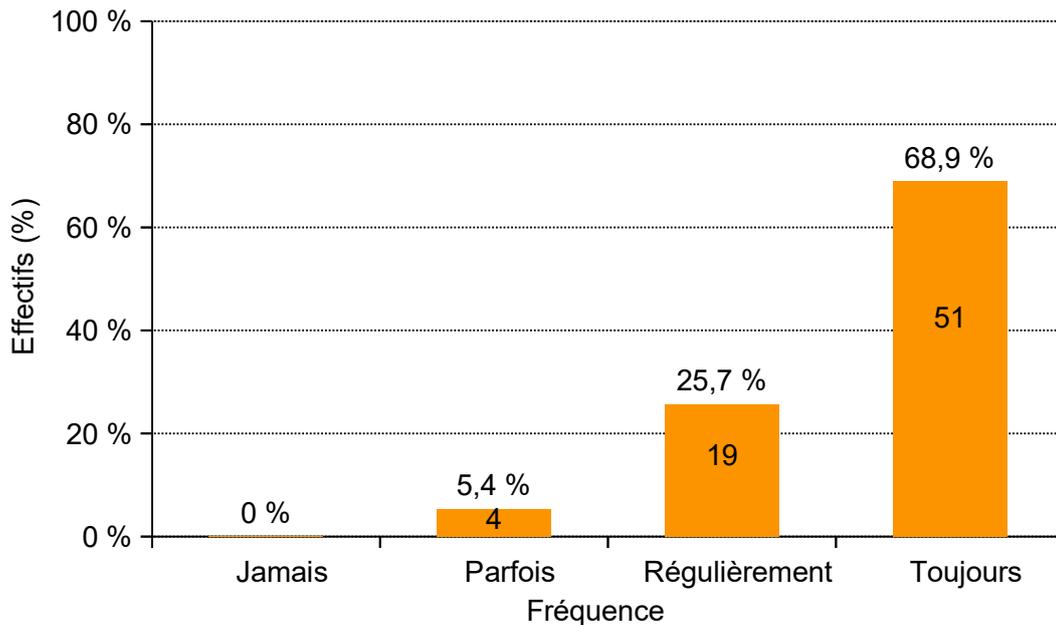


Figure 6 : Fréquence de proposition de sevrage tabagique aux fumeuses enceintes par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (n = 74).

La proposition d'un sevrage tabagique était apportée par la grande majorité des sages-femmes, à plus de 50 % voire à 100 % des patientes fumeuses.

La Figure 7 présente la fréquence du partage d'informations concernant les risques du tabac pendant la grossesse, et la Figure 8 les moyens utilisés pour les distribuer. Une personne n'a pas répondu à ces questions et comme une autre personne a répondu ne jamais donner d'informations sur les risques du tabagisme gravidique, l'effectif est de 74 dans la Figure 7 et de 73 pour la Figure 8.

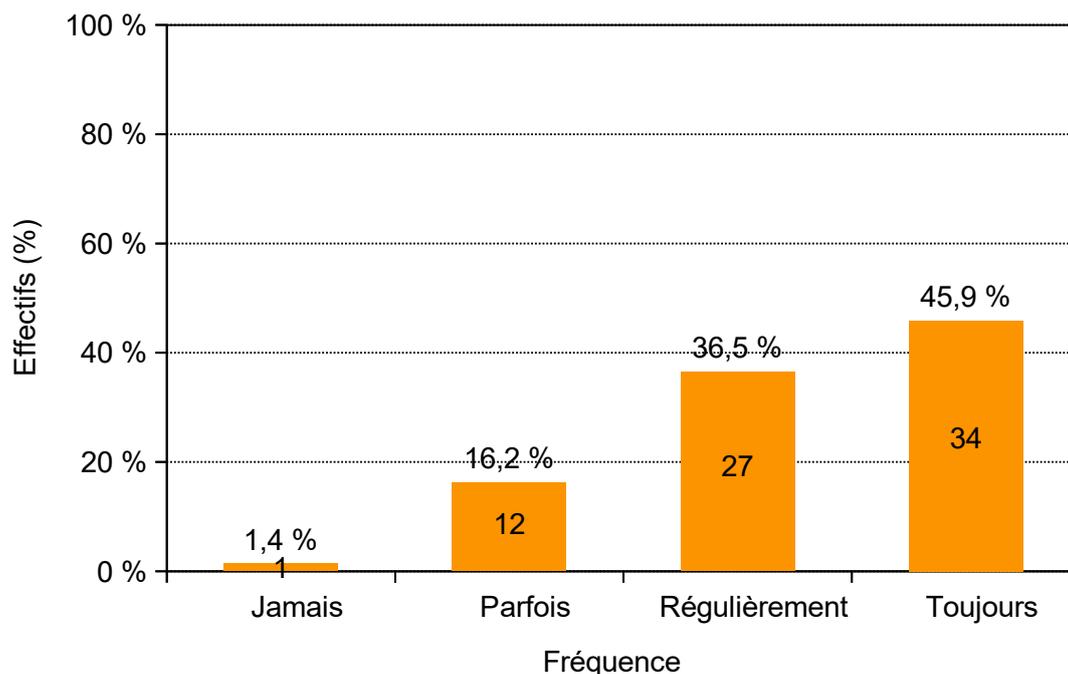


Figure 7 : Fréquence de distribution d'informations sur les risques du tabagisme gravidique aux fumeuses par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (n = 74).

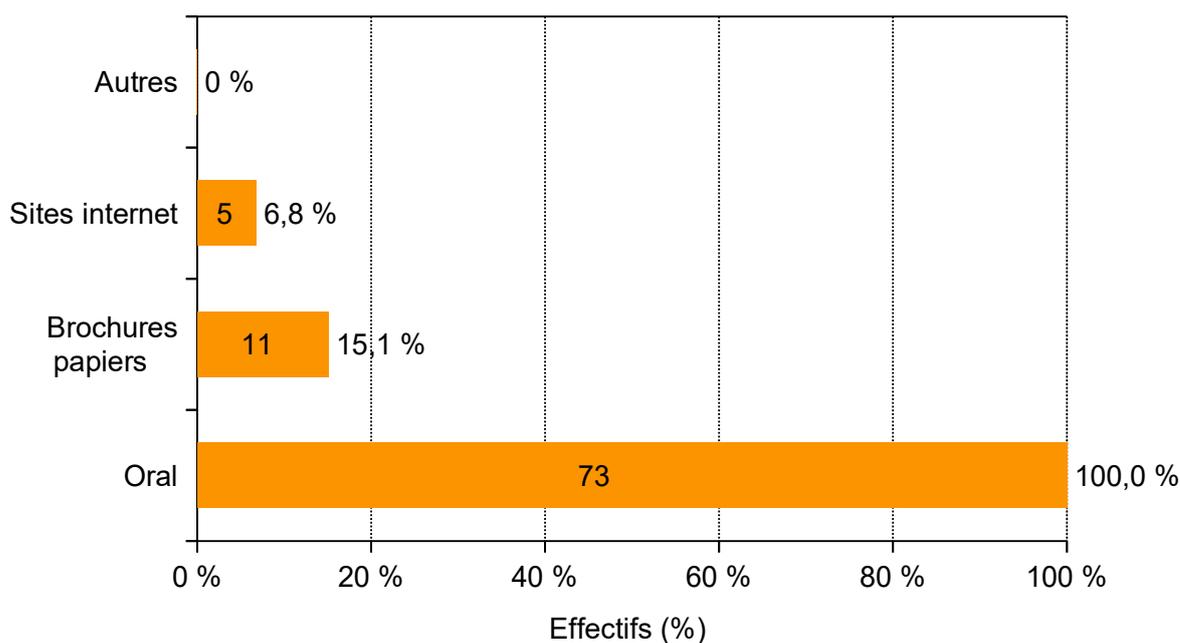


Figure 8 : Modalité de distribution des informations sur les risques du tabac pendant la grossesse par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (n = 73, plusieurs possibilités de réponses).

L'information des patientes fumeuses sur les risques du tabagisme gravidique, par les sages-femmes, était hétérogène en terme de fréquence. Néanmoins, la majorité des sages-femmes donnait tout de même ces informations à 50 % voire 100 % des

patientes fumeuses. Pour ce faire, elles utilisaient à l'unanimité une transmission orale des risques et quelques-unes ajoutaient des canaux de distribution différents.

Dans le tableau III, nous présentons les fréquences d'orientation vers les tabacologues, addictologues, psychologues, psychiatres, et les fréquences de prescriptions de traitements nicotiques substitutifs.

Tableau III : Fréquence d'orientation vers des professionnels compétents pour le sevrage tabagique gravidique, et fréquence de prescription de substituts nicotiques par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75)

		N = 75¹
Orientation vers un tabacologue, addictologue ou autre personne formée en tabacologie		
	Jamais	0,0% (0)
	Parfois	38,0% (27)
	Régulièrement	43,7% (31)
	Toujours	18,3% (13)
	<i>Sans réponses</i>	4
Orientation vers un psychologue ou psychiatre pour une thérapie cognitivo-comportementale		
	Jamais	48,7% (36)
	Parfois	35,1% (26)
	Régulièrement	13,5% (10)
	Toujours	2,7% (2)
	<i>Sans réponses</i>	1
Prescription de substituts nicotiques		
	Jamais	39,2% (29)
	Parfois	16,2% (12)
	Régulièrement	24,3% (18)
	Toujours	20,3% (15)
	<i>Sans réponses</i>	1

¹ % (n)

Le type de substituts nicotiques prescrit par les sages-femmes de l'étude est présenté dans la Figure 9. Cette question ne concernait que les sages-femmes prescri-

vant au moins parfois ces produits. Une personne n'a pas répondu à la question et 29 nous ont indiqué ne jamais prescrire de traitements nicotiques de substitution, l'effectif de la Figure 9 est donc de 45.

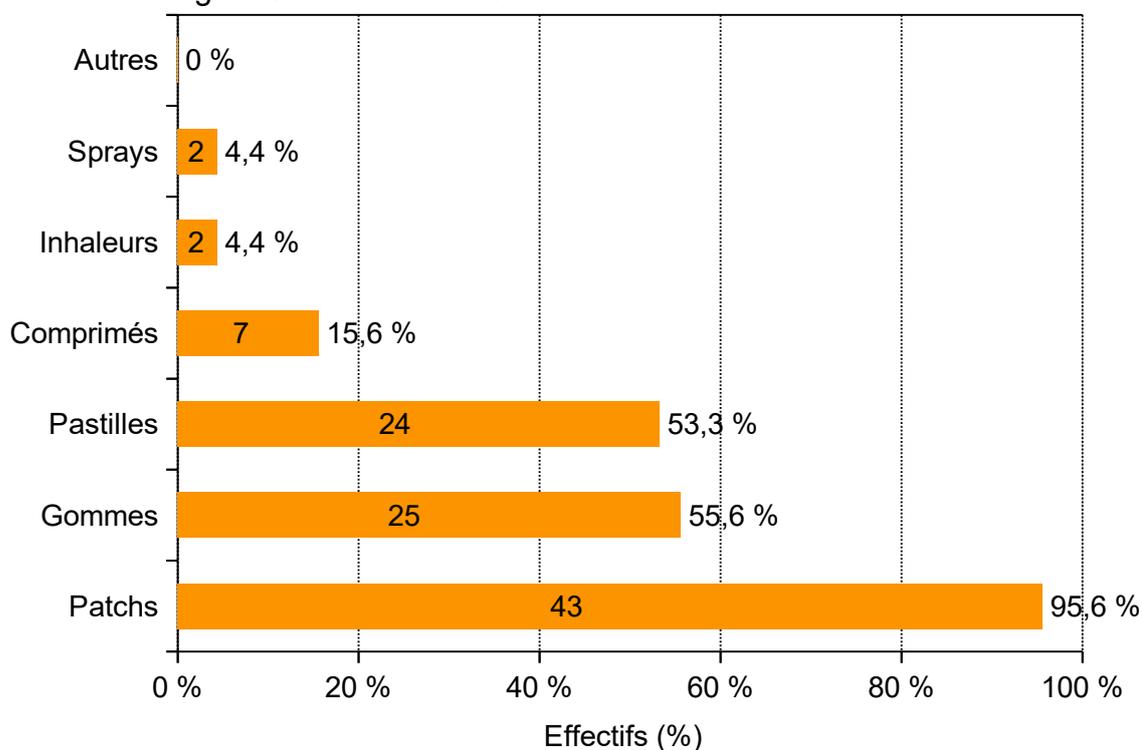


Figure 9 : Types de substituts nicotiques prescrits aux femmes enceintes par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (n = 45, plusieurs possibilités de réponses).

b. Méthodes non conventionnelles

Parmi les 75 sages-femmes de l'étude, 48 (64,9%) utilisaient des méthodes d'aide au sevrage tabagique non conventionnelles, comme des méthodes de médecine complémentaire pour aider les femmes enceintes fumeuses. Pour rappel, huit d'entre elles étaient formées en médecine complémentaire, mais 30 proposaient des consultations de ce type pendant la grossesse. Vingt-six (35,1%) avaient répondu n'utiliser aucune autre méthode pour accompagner le sevrage tabagique durant la grossesse et une personne n'avait pas répondu. Les méthodes non conventionnelles pour accompagner le sevrage tabagique des femmes enceintes utilisées par 48 sages-femmes de l'étude (64,9%) sont présentées dans la Figure 10.

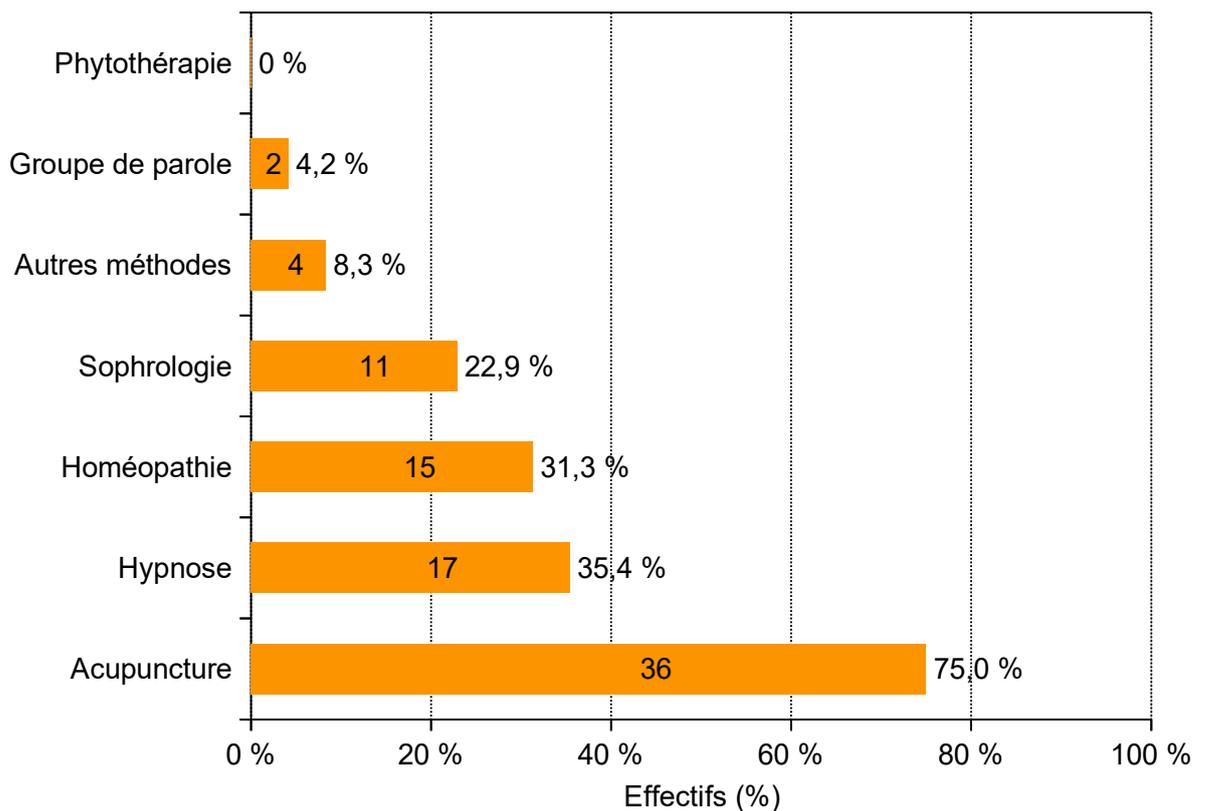


Figure 10 : Méthodes non conventionnelles proposées par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 pour accompagner le sevrage tabagique durant la grossesse (n = 48, plusieurs réponses possibles).

Les autres méthodes d'aide au sevrage tabagique utilisées par quatre sages-femmes de l'étude (8,3%) étaient la réflexologie, la mise en place d'un suivi rapproché de la patiente sur plusieurs semaines, la mesure du taux de monoxyde de carbone expiré, et l'utilisation de livres d'accompagnement.

Parmi les 48 sages-femmes utilisant des méthodes non conventionnelles en vue du sevrage tabagique des femmes enceintes, 38 (79,2%) le faisaient en complément des méthodes standards d'orientation vers un tabacologue, addictologue, psychologue ou psychiatre, et de prescription de substituts nicotiniques.

c. Tabagisme passif

Au sujet du tabagisme passif et des solutions proposées par les professionnels de notre étude, 28 personnes n'ont pas répondu à la question ouverte. Parmi ceux ayant répondu, 44 ont indiqué apporter des solutions d'aide et trois ont répondu n'apporter aucune solution aux patientes exposées au tabagisme d'un proche. Parmi les

44 personnes proposant une solution en cas de tabagisme passif nous avons identifié cinq catégories de réponses. Il y avait les conseils d'évitement de la fumée de cigarette et/ou du fumeur, les conseils de sevrage pour le fumeur mais sans proposition concrète d'accompagnement, les aides de sevrage concrètes proposées aux fumeurs proches de la femme enceinte, les informations dispensées sur les risques du tabagisme passif durant la grossesse, et les autres informations dispensées mais dont le sujet n'était pas précisé dans les réponses. Les conseils d'évitement de la fumée de cigarette, du fumeur ou de l'environnement contaminé étaient la solution la plus proposée puisque 27 sages-femmes les dispensaient. Treize sages-femmes proposaient un accompagnement concret au sevrage tabagique pour les fumeurs proches de la femme enceinte. Dix sages-femmes donnaient seulement des informations sur les risques du tabagisme passif de la femme enceinte. Sept sages-femmes donnaient des informations qui ne nous étaient pas précisées. Six autres proposaient uniquement l'arrêt du tabac au fumeur mais sans prise en charge associée.

5. Recommandations tabagiques

Pour finir, nous avons observé les recommandations qui étaient faites aux femmes enceintes et aux jeunes mères poursuivant leur tabagisme. Il s'agissait d'apprécier les conseils des sages-femmes libérales concernant le niveau de consommation tabagique pendant la grossesse, les modalités d'utilisation de la vapoteuse et la place de l'allaitement maternel. Ces résultats sont présentés dans le Tableau IV.

Tableau IV : Recommandations aux femmes enceintes et aux jeunes mères au sujet du tabagisme par les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude en 2023 (N = 75)

	N = 75¹
Conseils aux femmes fumeuses au sujet de leur consommation tabagique pendant la grossesse ²	
Sevrage tabagique total	79,2% (57)
Diminution du tabagisme uniquement	19,4% (14)
Diminution du tabagisme si échec de sevrage	72,2% (52)
Poursuite du tabagisme habituel	0,0% (0)
Aucune recommandation	1,4% (1)
Autres recommandations	0,0% (0)
<i>Sans réponses</i>	3
Attitude adoptée au sujet de la cigarette électronique/vapoteuse pendant la grossesse ²	
Arrêt du vapotage conseillé	52,8% (38)
Vapotage exclusif (sans cigarettes associées) toléré	8,3% (6)
Vapotage avec cigarettes associées toléré	2,8% (2)
Vapotage sans nicotine exclusivement toléré	8,3% (6)
Vapotage avec nicotine toléré	4,2% (3)
Attitude neutre, aucune recommandation	23,6% (17)
<i>Sans réponses</i>	3
Recommandations sur l'allaitement en cas de poursuite tabagique	
Allaitement maternel déconseillé	4,2% (3)
Allaitement maternel encouragé	90,3% (65)
Pas de recommandations	5,5% (4)
<i>Sans réponses</i>	3

¹ % (n)

² Plusieurs possibilités de réponses

IV. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, nous avons atteint notre objectif qui était d'observer les pratiques des sages-femmes libérales d'Alsace au sujet du dépistage tabagique et de l'accompagnement au sevrage des femmes enceintes. Nous avons obtenu 85 réponses sur 218 professionnels ciblés, portant le taux de participation à notre enquête à 38,99 %. Ce bon taux de réponses permet d'avoir une bonne représentation de la population totale ciblée par l'étude. L'effectif est certes mince, puisque 75 questionnaires seulement ont pu être analysés, mais ils représentent les sages-femmes libérales d'Alsace ce qui est une force. Dans notre étude, la représentativité l'emporte donc sur l'effectif total : cela signifie que nos résultats ne peuvent pas être étendus à une plus grande échelle que celle de l'Alsace, mais ce n'était pas l'objectif puisque nous avons réalisé une enquête locale. De plus, l'étude ne permet pas de tirer des conclusions sur la prise en charge globale du tabagisme chez les femmes enceintes en Alsace, car nous avons uniquement interrogé des sages-femmes. Cependant, cela a permis de répondre à notre objectif initial.

La période de test du questionnaire que nous avons réalisé avant sa diffusion, constitue une force de l'étude puisqu'elle a permis d'écarter d'éventuelles erreurs de compréhension ou d'interprétation. De plus, la conception du questionnaire a respecté les recommandations en vigueur au sujet du tabagisme de la femme enceinte, puisque nous nous sommes fiés aux dernières recommandations du CNGOF de 2020. Le questionnaire était anonyme, ce qui est également un point positif car aucune donnée nécessitant une protection spécifique n'a été générée par notre étude. De ce fait, les sages-femmes n'avaient aucune crainte ni réserve à répondre sincèrement à nos questions. Enfin, une même sage-femme ne pouvait pas répondre plusieurs fois au questionnaire car le logiciel repérait que l'adresse IP avait déjà servi à répondre à l'étude. Il s'agit aussi d'un point fort limitant le risque de biais.

Toutefois, les participantes ont eu la possibilité de se renseigner sur les recommandations tabagiques durant la réalisation du questionnaire puisque celui-ci était réalisé en ligne et pouvait être interrompu puis repris, produisant ainsi de potentiels biais

d'étude. Le risque est alors que certaines sages-femmes aient répondu ce qui était recommandé au niveau national plutôt que de rapporter leurs pratiques réelles en consultation. En ce qui concerne les questions ouvertes, les sages-femmes ont parfois fourni des réponses qui ne correspondaient pas exactement à la question posée, ce qui a également pu introduire des biais dans l'étude. Cela a été particulièrement le cas concernant la prise en charge du tabagisme passif et les méthodes non conventionnelles d'aide au sevrage. Nous l'avons anticipé en limitant le nombre de questions ouvertes.

2. Formations complémentaires

a. Diplômes multiples

Le CNOSF a publié en 2018 une liste de formations reconnues et certifiantes pour les sages-femmes, constituée d'une vingtaine de DU et DIU. Parmi eux, ceux proposés par le plus grand nombre d'universités françaises concernent la gynécologie et la contraception (proposé par 18 universités), l'homéopathie (16 universités), la tabacologie (15 universités) et l'échographie (13 universités). Ce sont ces mêmes diplômes que l'on retrouve chez les sages-femmes de notre étude. Toutefois, le diplôme le plus courant de nos participantes était le DIU d'acupuncture obstétricale, alors qu'au niveau national seules cinq universités proposent cet enseignement. La surreprésentation du DIU d'acupuncture obstétricale chez les sages-femmes libérales alsaciennes pourrait s'expliquer car un des cinq centres de formation se trouve à Strasbourg et parce que la pratique de l'acupuncture n'est pas autorisée en France sans ce diplôme. En 2018, l'université de Strasbourg proposait en effet aux sages-femmes des DU et DIU en tabacologie, acupuncture, échographie, médecine fœtale, rééducation périnéale et en sexologie. Enfin, les formations en addictologie étaient inexistantes chez les sages-femmes alsaciennes de l'étude, mais le DU d'addictologie n'étant enseigné que par deux universités françaises, cela fait concorder nos résultats avec les offres nationales de formation (23,24).

Au premier abord, il semble exister un engouement des sages-femmes alsaciennes pour l'acupuncture. Au niveau national (et à titre de comparaison aux sages-femmes tabacologues dénombrées ci-après), 250 sages-femmes françaises disposent du DIU d'acupuncture obstétricale en 2024 et sont répertoriées sur le site internet de

l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs (AFSFA) (25). Comme il s'agit d'une des trois disciplines que la sage-femme ne peut exercer sans diplôme certifiant en France, le nombre de DIU plus élevé en acupuncture qu'en tabacologie ne signifie pas que les sages-femmes pratiquent plus l'acupuncture que l'accompagnement au sevrage tabagique (23). Cela est également valable pour les autres disciplines où aucun diplôme certifiant n'est requis en plus du diplôme d'État de sage-femme. Les disciplines qui n'exigent pas de formations spécifiques nous laissent penser que l'acupuncture est plus populaire, mais en réalité les professionnels sont plus nombreux à être formés principalement car il s'agit d'une pratique réglementée. Les sages-femmes alsaciennes pourraient en plus avoir une appétence pour l'acupuncture mais nous ne pouvons pas conclure sur cette hypothèse.

b. Formations en tabacologie

Nous constatons malgré une volonté de lutte contre le tabagisme dans le Grand-Est et notamment durant la période périnatale, que les sages-femmes libérales alsaciennes de l'étude sont très peu nombreuses à être formées dans ce domaine. Au niveau national, en 2014, la sage-femme tabacologue et présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues, Addictologues Françaises (ANSFTAF), Conchita Gomez, a indiqué que 150 sages-femmes disposaient du DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique (26). Aujourd'hui, l'association compte toujours le même nombre d'adhérents, soit un peu plus de 150 sages-femmes disposant d'une formation reconnue et certifiante en tabacologie, pour plus de 24 000 sages-femmes françaises en activité en 2023 (27,28). Ce nombre était déjà faible en 2014 mais n'a pas évolué en l'espace de 10 ans. Bien que le DIU de tabacologie soit enseigné dans de multiples universités françaises, il n'est pas populaire auprès des sages-femmes, alors que les besoins sont présents dans la population des femmes enceintes. Cela nous démontre également qu'un diplôme enseigné dans de multiples universités françaises n'a pas nécessairement une prévalence élevée à l'échelle de la France.

Le manque de formation en tabacologie semble aussi se retrouver dans les autres pays européens. En 2008, une étude réalisée en Belgique auprès des sages-femmes libérales et hospitalières, a montré que 55 % des sages-femmes interrogées

n'avaient suivi aucune formation en addictologie, 33 % n'avaient suivi aucune formation d'aide au sevrage tabagique pendant la grossesse et seulement 5 % avaient suivi une formation en tabacologie. Même si cette étude est ancienne, elle indiquait déjà un manque de formations des sages-femmes pour accompagner le sevrage tabagique des femmes enceintes (29).

La stagnation des formations en tabacologie observée au niveau national était-elle aussi présente en Alsace ? En 2015, une étude sur le dépistage et le traitement du tabagisme gravidique réalisée auprès des sages-femmes libérales et hospitalières du Bas-Rhin, a mis en évidence deux sages-femmes disposant du DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique sur 81 interrogées (30). Ce nombre est identique à celui de notre étude réalisée huit ans plus tard. Bien que la population ne soit pas complètement identique, il s'agit tout de même des sages-femmes alsaciennes. Ceci nous amène à penser qu'entre 2015 et 2023, les sages-femmes alsaciennes ne se sont pas formées en tabacologie comme c'est le cas au niveau national. Cependant, en 2015 nous n'avions pas connaissance du nombre de sages-femmes possédant une autre formation en tabacologie que le DIU. Dans notre étude de 2023, elles sont au nombre de trois. Il aurait été pertinent d'observer l'évolution du nombre de formations non universitaires en tabacologie, surtout depuis 2019 car l'ARS du Grand-Est en initie une partie (12).

En effet, les professionnels de santé peuvent suivre des formations sans que celles-ci ne portent le titre de DU ou de DIU. Dans le Grand-Est, dans le domaine de la tabacologie, il y a par exemple des formations disponibles sur des plateformes de e-learning pour les professionnels de santé. C'est le cas des formations numériques de prise en charge des fumeurs, élaborées par l'Université de Lorraine, à destination des professionnels de santé pouvant prescrire des substituts nicotiques et exerçant dans le Grand-Est. Ces formations numériques sont disponibles pour toutes les sages-femmes du Grand-Est depuis 2019 et émanent du programme régional de l'Instance Tabac créé en 2018 par l'ARS de la région (12,31). Les trois sages-femmes de notre étude ayant suivi une autre formation en tabacologie que le DIU pourraient ainsi avoir bénéficié de ces outils, notamment pour celle qui a précisé avoir suivi une formation numérique. Toutefois, notre enquête n'a pas permis d'obte-

nir ces informations. L'ANSFTAF propose également des congrès, des débats et des formations en matière de sevrage tabagique pour les sages-femmes, leur permettant aussi de se former hors des parcours universitaires (27).

Il est prouvé que lorsqu'un fumeur reçoit des conseils pour le sevrage tabagique de la part d'un professionnel de santé formé à cette thématique, il a deux fois plus de chance d'arrêter de fumer que si le professionnel n'est pas formé (32). Une étude réalisée en 2010 en Picardie, confirme que la formation des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens au sevrage tabagique leur permet d'être plus impliqués dans cette prise en charge, et de délivrer des messages de qualité aux femmes enceintes (33). Une étude suisse de 2021 le confirme également : la formation des professionnels de santé à la question du tabagisme permet de donner des conseils de qualité et augmente le taux d'arrêt du tabac (34). Ces conclusions devraient encourager les professionnels de santé à suivre des formations en tabacologie.

3. Organisation de l'activité professionnelle

a. Milieu d'exercice et temps de consultation

Au 1^{er} janvier 2023, il y avait 24 600 sages-femmes inscrites au tableau du CNOSF pour 24 354 en activité en France. Parmi elles, 57 % étaient salariées hospitalières, 25 % exerçaient exclusivement en libéral, 10 % avaient une activité mixte et 8 % étaient salariées non hospitalières (28). L'étude belge précédemment citée, a mis en évidence que la capacité estimée par les sages-femmes à modifier un comportement tabagique n'était pas différente selon le mode d'exercice hospitalier ou libéral (29). Cela nous interroge, nos observations faites auprès des sages-femmes libérales pourraient-elles se retrouver chez les autres sages-femmes alsaciennes ? Cette interrogation nécessiterait des investigations supplémentaires.

Dans notre étude, le temps de consultation obstétricale moyen dépassait les 20 minutes pour 99 % des sages-femmes. Pour comparaison, les médecins généralistes aussi habilités à effectuer le suivi des grossesses à bas risque, ont déclaré un temps de consultation moyen de 18 minutes en 2012. Parmi eux, 47 % indiquaient un temps de consultation de 15 minutes et 30 % un temps de 20 minutes (35). Il est à noter que 24 % des femmes enceintes consultent un médecin généraliste pour leur suivi prénatal, et 29 % d'entre eux reçoivent au moins une fois par mois des femmes

enceintes en consultation pour la surveillance de leur grossesse (36). La comparaison du temps de consultation des sages-femmes et des médecins généralistes est maladroite, puisque le suivi de grossesse n'est pas l'activité principale des généralistes, ce qui ne nous permet pas de conclure sur leur temps de consultation obstétricale. De plus, les médecins généralistes sont les principaux professionnels de santé pour seulement 4,3 % des femmes enceintes au cours des six premiers mois de grossesse (17). Aucune donnée nationale n'est disponible concernant le temps de consultation des sages-femmes ou des gynécologues-obstétriciens. Cependant, une étude menée en Lorraine en 2018, indique que 72 % des sages-femmes (hospitalières et libérales) réalisent leurs consultations prénatales en 30 minutes ou plus, ce qui est similaire à nos constats en Alsace en 2023 (37).

b. Consultations spécialisées

Dans notre étude, bien que peu de sages-femmes aient été formées en médecine complémentaire, beaucoup proposaient ce type de consultations pendant la grossesse. La formation initiale des sages-femmes leur permet-elle de réaliser ces consultations spécifiques ? D'après le Conseil de l'Ordre, les sages-femmes ont l'obligation d'avoir un diplôme complémentaire à la formation initiale uniquement pour pratiquer l'ostéopathie, l'acupuncture et les échographies obstétricales (23). Les autres disciplines comme l'homéopathie, la phytothérapie, l'hypnose médicale, la sophrologie, le sevrage tabagique et le soutien en addictologie, peuvent être réalisées par les sages-femmes sans condition de diplômes supplémentaires. La formation initiale est donc suffisante pour pratiquer de nombreuses disciplines. Néanmoins il convient de préciser que « [...] la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Elle engage sa responsabilité pour l'ensemble de ses actes » précise le CNOSF (38).

Nous avons interrogé les sages-femmes sur la réalisation de consultations spécialisées afin d'observer si des consultations de tabacologie étaient proposées par ces dernières. En plus d'être peu formées en tabacologie, notre enquête a révélé que les sages-femmes formées ne réalisaient pas systématiquement des consultations de tabacologie. Cette surprenante observation pourrait se justifier car les sages-femmes ne se sentent toujours pas suffisamment formées pour accompagner des femmes fu-

meuses, ou simplement parce que leur prise en charge tabagique s'organise différemment. En effet, certaines sages-femmes comme Claire Travers et Laurence Léger qui apportent leur témoignage dans la revue *Profession Sage-Femme*, incluent leur activité de tabacologie aux consultations de suivi de grossesse. Pour ce faire, elles diminuent l'intervalle entre deux consultations de grossesse, ce qui permet un suivi plus rapproché des patientes fumeuses. C'est d'ailleurs ce qu'une sage-femme de notre enquête nous a indiqué faire dans une question ouverte sur la prise en charge tabagique. Cette stratégie repose sur le fait que les patientes fumeuses viennent moins souvent en consultation de tabacologie qu'en consultation de suivi de grossesse. Au contraire, d'autres sages-femmes organisent des ateliers en groupe pour l'accompagnement des femmes enceintes fumeuses, et d'autres effectuent comme nous le supposons des consultations individuelles et dédiées à la tabacologie (26).

Le manque de formations est un élément mis en valeur par plusieurs travaux. Dans l'étude belge de 2008, la capacité estimée des sages-femmes à accompagner un sevrage tabagique n'était pas significativement différente entre les sages-femmes formées à la problématique du tabac pendant la grossesse et celles ne l'étant pas. Les sages-femmes belges se disaient globalement insuffisamment formées et orientaient ainsi souvent leurs patientes vers un autre professionnel (29). Ces observations renforcent l'hypothèse que toutes les sages-femmes formées en tabacologie ne le seraient peut-être pas suffisamment pour accompagner aisément les femmes fumeuses. Toutefois, lorsque la formation en tabacologie permet aux professionnels d'effectuer des consultations tabacologiques en autonomie, ces derniers arriveraient à modifier les comportements des fumeurs. C'est le cas au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Arnaud-de-Villeneuve à Montpellier qui a expérimenté en 2008 un protocole de prise en charge tabagique des femmes enceintes. Ce protocole reposait sur la formation des professionnels et a permis de développer des consultations de tabacologie pendant la grossesse. Un an après la mise en place de ce programme, le taux de femmes enceintes fumeuses à terme est passé de 22 % à 17 %. Autrement dit, après la formation au sevrage tabagique des professionnels de santé et la création des consultations de tabacologie, le tabagisme maternel a diminué de 5 %.

Ce protocole a permis aux professionnels formés de se sentir plus à l'aise dans l'accompagnement au sevrage (32).

4. Dépistage tabagique

a. Repérage du tabac et des co-addictions

L'article 2 du décret n°2016-1479 du 2 novembre 2016, toujours en vigueur en mars 2024, établit que « le repérage de la consommation de tabac des femmes enceintes est effectué par les médecins et les sages-femmes soit à l'occasion du premier examen prénatal, soit à l'occasion de l'entretien prénatal précoce [...]. Ce repérage peut être réalisé à tout moment du suivi de la grossesse » (39). L'entretien prénatal précoce, existant depuis 2007 et obligatoirement proposé à toutes les femmes enceintes depuis 2020, permet de dépister les problématiques médico-psycho-sociales comme la consommation tabagique, et d'y apporter une réponse. Cet entretien est réalisé dans 57,5 % des cas par les sages-femmes libérales. De plus, les sages-femmes sont les professionnels de santé principaux du suivi de grossesse pour 40 % des femmes enceintes durant les six premiers mois, derrière les gynécologues-obstétriciens. Parmi ces sages-femmes, plus de la moitié exerce en libéral. Enfin le nombre de suivis de grossesses des sages-femmes libérales a été multiplié par trois depuis 2016 (17).

Dans notre étude, 94,7 % des sages-femmes cherchaient systématiquement une consommation tabagique pendant la grossesse, et 2,7 % le faisaient régulièrement. Au total, c'est 100 % de notre population qui réalisait au moins occasionnellement ce dépistage. Nos résultats concordent avec ceux de l'enquête périnatale de 2021, qui a montré que 91,9 % des professionnels de santé posaient la question d'une consommation tabagique au cours du suivi de grossesse. Le dépistage tabagique par les sages-femmes de notre étude est même légèrement meilleur. L'enquête périnatale, qui est de niveau national, reflète le dépistage tabagique effectué par les sages-femmes et les médecins. Nous constatons également que le dépistage national s'est amélioré entre les deux enquêtes périnatales de 2016 et 2021, puisque celui-ci n'était que de 79,8 % en 2016 (17). Notre enquête n'a pas permis de déterminer si le dépistage tabagique par les sages-femmes était réalisé lors de l'entretien prénatal précoce ou lors d'une autre consultation. Cette information ne nous paraît pas essen-

tielle car les résultats du dépistage sont très bons, peu importe le moment où il est réalisé.

Le dépistage tabagique s'est-il aussi amélioré en Alsace au cours des dernières années ? Qu'en est-il du dépistage local des co-addictions au tabac ? En 2015, parmi les sages-femmes du Bas-Rhin, 98 % cherchaient un tabagisme chez leurs patientes enceintes, et 95 % dépistaient aussi les co-addictions au tabac (30). Le dépistage tabagique réalisé par les sages-femmes alsaciennes de notre enquête est donc semblable à ce qui était réalisé huit ans plus tôt dans le Bas-Rhin. Concernant les co-addictions au tabac, dans notre étude près de 98 % des sages-femmes les recherchaient pendant la grossesse, dont 61,4 % le faisaient systématiquement. En comparaison à 2015 ce taux est également stable, la légère hausse ne pouvant être prise en compte du fait de la population qui n'est pas complètement identique dans les deux études.

Qu'en est-il du dépistage tabagique dans les autres régions françaises ? À Angers, en 2014, une enquête en maternité a indiqué que 80 % des femmes ont été interrogées sur leur consommation tabagique au cours de la grossesse par un professionnel de santé. Concernant le dépistage des co-addictions au tabac, 64 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage de la consommation d'alcool et 40 % de la consommation de cannabis (40). Les résultats des sages-femmes bas-rhinoises l'année d'après semblaient être meilleurs, et les observations de notre étude, neuf ans plus tard, confirment également cette amélioration. Cependant, notre étude se concentrait sur les pratiques des professionnels de santé et n'a pas impliqué d'interrogation directe des femmes enceintes. Nous ne pouvons donc pas conclure sur le dépistage tabagique réalisé auprès des femmes enceintes en Alsace en 2015 et en 2023. Nous pouvons seulement suggérer que les sages-femmes alsaciennes semblent avoir effectué un meilleur dépistage en 2015 et 2023 que l'ensemble des professionnels de santé à Angers en 2014. Une étude interrogeant les femmes enceintes fumeuses en Alsace en 2019, confirme notre interprétation puisque le sujet du tabagisme a été abordé en consultation pour presque la totalité d'entre elles. Nous n'avons pas de données chiffrées à l'appui car c'est une étude qualitative qui l'a conclu (41).

Chez une femme enceinte fumeuse, il est important de comparer la consommation tabagique pré-gravidique à la consommation actuelle. Pour cela, il convient donc d'interroger les patientes sur leur consommation tabagique à ces deux instants. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en effet de poser la question du tabagisme avant la grossesse, puis du tabagisme de l'entourage, avant d'interroger la femme enceinte sur l'existence actuelle d'une consommation tabagique. Ce dépistage progressif permet notamment de valoriser la fréquente baisse de consommation à l'annonce de la grossesse, et d'adapter les futures propositions d'aide au sevrage (42). Dans notre étude, les sages-femmes avaient tendance à accorder légèrement plus d'attention à la consommation de tabac pendant la grossesse qu'au tabagisme pré-gravidique. Toutefois, cette différence n'est pas significative et ne nous permet pas de conclure. En revanche, l'étude en Lorraine de 2018 indique une différence significative, avec 98 % des sages-femmes interrogeant les patientes sur leur tabagisme gravidique et 65 % s'intéressant à la consommation pré-gravidique (37). Cela aura un impact pour la prise en charge du tabagisme comme détaillé ci-après.

b. Dépistage approfondi : test de Fagerström et CO-testeur

Dans notre enquête, plus des deux tiers des sages-femmes connaissaient le test de Fagerström et le CO-testeur. Par contre, elles étaient extrêmement peu nombreuses à les utiliser. Notre étude n'a pas permis de déterminer les raisons pour lesquelles les sages-femmes n'utilisaient pas ces outils. Est-ce par manque de connaissance, de temps ou de conviction ? Le coût financier pour se procurer un CO-testeur est-il un frein à son achat et donc à son usage ?

La mesure du CO expiré en consultation se fait grâce à un dispositif testeur de CO, permettant de déterminer l'exposition à la fumée au cours des heures précédant la mesure. Une image d'un analyseur de CO se trouve en ANNEXE II. La mesure est rapide en consultation : la femme doit prendre une grande inspiration, retenir son souffle 10 secondes, puis expirer lentement dans l'embout à usage unique qui est relié à l'appareil analyseur de CO. Un taux supérieur à 5 parties par million (ppm) de CO expiré indique une intoxication au CO dont la première cause est la fumée de cigarette (9,43). Cette mesure doit être proposée à toutes les femmes enceintes d'après la conférence de consensus « tabac et grossesse » (21). Le CNGOF ne re-

commande pas de l'effectuer systématiquement mais suggère tout de même que l'usage du CO-testeur a une place importante dans l'alliance thérapeutique avec la femme enceinte fumeuse (20). Il a été montré que la mesure du CO expiré chez les femmes enceintes augmente le taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse. Le taux d'arrêt est meilleur lorsque la mesure est effectuée pendant le suivi prénatal plutôt qu'en hospitalisation proche du terme. Toutefois, seulement 5 % des maternités en sont équipées pour 200 accouchements et 41 % ne le sont pas du tout. Dans les maternités disposant de cet appareil, son usage par les professionnels n'est pas régulier et encore moins systématique (43). Aucune donnée nationale n'est disponible au sujet de la détention de cet outil par les sages-femmes libérales. L'étude belge de 2008 a montré un manque de connaissances des sages-femmes concernant l'existence et l'utilisation du CO-testeur. En effet, 70 % d'entre elles ne savaient pas que la mesure du CO était importante chez la femme enceinte fumeuse et qu'elle devait être réalisée (29). La connaissance de l'existence du CO-testeur et son utilisation sont faibles dans l'étude belge ainsi que dans la notre, aucune différence n'est observée et nous ne trouvons pas d'explication à ce résultat.

Le test de Fagerström est composé de six questions dans sa version longue (et deux questions dans sa version courte) permettant d'évaluer la dépendance physique à la nicotine (44). Les six questions du test de Fagerström sont disponibles en ANNEXE III. En Belgique, en 2008, 73 % des sages-femmes ne connaissaient pas le test de Fagerström, alors que dans notre étude la tendance était inversée puisque 70 % des sages-femmes le connaissaient (29). Dans notre étude, parmi celles qui le connaissaient, 11,3 % l'utilisaient constamment avec leurs patientes fumeuses et 9,4 % l'utilisaient régulièrement. En 2015, seulement 2 % des sages-femmes interrogées utilisaient le test de Fagerström dans le Bas-Rhin (30). Bien que l'usage de ce test reste limité dans notre étude, son utilisation est tout de même plus fréquente en 2023 qu'en 2015. En revanche, chez une femme enceinte, il faut évaluer la consommation de tabac avant la grossesse car elles réduisent souvent le nombre de cigarettes fumées pendant la grossesse mais inhalent plus profondément et plus intensément la fumée. Notons qu'avec ce phénomène compensatoire la toxicité tabagique est la même malgré la diminution du nombre de cigarettes (44). En 2019, l'étude menée auprès des femmes enceintes fumeuses en Alsace, a confirmé que le score au test

de Fagerström était plus élevé avant la grossesse qu'au cours de celle-ci (41). Comme nous venons de l'exposer, ceci est faussement rassurant à cause du phénomène compensatoire. Ce test doit donc être réalisé sur la consommation de tabac avant la conception (44). Dans notre étude, plus de 40 % des sages-femmes qui utilisaient ce test prenaient en compte la consommation avant la grossesse. Ainsi, près de 60 % de celles qui utilisaient ce test le faisaient uniquement sur la consommation de tabac pendant la grossesse, ne suivant donc pas les bonnes pratiques d'utilisation.

5. Sevrage tabagique

a. Proposition de sevrage et partage d'informations

L'article 3 du décret n°2016-1479 du 2 novembre 2016, toujours en vigueur en mars 2024, stipule que « le médecin ou la sage-femme propose systématiquement à la femme enceinte consommant des produits du tabac une consultation et un suivi qui peuvent être réalisés par le médecin traitant, la sage-femme, le gynécologue obstétricien ou tout professionnel de santé compétent dans la prise en charge du sevrage tabagique » (39). En Alsace, en 2019, un sevrage tabagique a été proposé à quasiment toutes les femmes enceintes fumeuses qui ont bénéficié d'un dépistage tabagique par le professionnel de santé suivant la grossesse (41). Ces données concordent avec ce que les sages-femmes nous ont affirmé réaliser dans notre étude, puisque la totalité d'entre elles proposaient au moins occasionnellement un sevrage tabagique aux fumeuses et 68,9 % le proposaient constamment.

Il est intéressant de savoir qu'une partie des femmes fumeuses arrêtent de fumer sans l'accompagnement d'un professionnel de santé pendant la grossesse. En effet, à Rennes, une étude en 2012 a mis en évidence que 85 % des femmes enceintes fumeuses ont cessé leur consommation sans aucune aide et pour près de 6 % des femmes enceintes fumeuses, la problématique du tabac n'a pas été abordée par les professionnels de santé (45). De plus, les sevrages tabagiques gravidiques évalués par l'étude à Angers en 2014, ont eu lieu pour 79 % d'entre eux sans l'aide d'un professionnel de santé (40). Les résultats de ces études sont formels : la majorité des femmes enceintes arrêtent de fumer sans aucune aide. Une certaine proportion de femmes enceintes arrivent effectivement à se sevrer sans aides car elles sont moti-

vées par une cause extrinsèque : la santé de leur enfant. Elles y parviennent plus aisément que les fumeurs dans la population générale (34,46). En 2021, pour 99,3 % des femmes enceintes qui ont diminué ou arrêté leur consommation de tabac, leur source de motivation était la santé de leur enfant (17). Ceci nous laisse penser que les femmes qui ne parviennent pas à se sevrer seules ont une dépendance tabagique nécessitant une prise en charge psycho-comportementale et médicamenteuse. Conchita Gomez l'affirme depuis 2008, une femme enceinte qui poursuit sa consommation tabagique doit bénéficier d'un traitement médicamenteux (47).

Pour arriver au sevrage tabagique, le partage d'informations concernant les risques du tabac sur la grossesse est essentiel. Il s'agit en effet de donner des éléments de compréhension aux femmes enceintes pour qu'elles puissent elles-mêmes choisir le meilleur pour leur santé et celle de leur enfant. Il a été montré que 20 % des patientes cherchaient des informations de santé sur internet alors que la fiabilité des informations trouvées oscillent entre 15 et 50 % (48). Il est donc indispensable que le professionnel de santé délivre lui-même ces informations en consultation. Dans notre étude, 98,8 % des sages-femmes partageaient des informations aux fumeuses sur les risques du tabac pendant la grossesse, et les trois quart d'entre elles le faisaient régulièrement voire constamment. L'étude belge de 2008 montre également que les sages-femmes accordaient une grande importance à l'information des femmes enceintes sur les risques encourus en cas de tabagisme (29). Dans l'étude réalisée à Angers en 2014, 87 % des femmes enceintes fumeuses ont été informées des méfaits du tabac pendant la grossesse (40). Ce sont des résultats positifs pour la promotion de la santé des femmes enceintes.

L'utilisation des méthodes d'auto-support comme les brochures, les applications, les sites internet ou encore les livres, est recommandée chez les femmes enceintes fumeuses pour favoriser le sevrage tabagique. Leurs bénéfices sont peu étudiés mais leur usage est supérieur à l'absence d'intervention (20). Les sages-femmes de notre étude qui donnaient ce type d'informations le faisaient à l'oral pour la totalité d'entre elles et certaines les diffusaient en plus par d'autres moyens de communication (brochures papiers et sites internet), mais elles étaient minoritaires. Une sage-femme de l'étude a toutefois précisé utiliser des livres d'accompagnement dans une question

ouverte sur le sevrage tabagique non conventionnel. De plus, les supports d'information appréciés des étudiantes sages-femmes, futures professionnelles de demain, pour effectuer de la prévention en santé, sont le dialogues en consultation, les affiches, les vidéos et les dépliants papiers, que nous retrouvons aussi chez les sages-femmes de l'enquête (48). L'étude réalisée à Montpellier en 2008 a confirmé que le partage des brochures d'information sur les risques du tabagisme gravidique aux femmes enceintes fumeuses, augmente les chances d'arrêt du tabac pendant la grossesse (32).

Comme les sages-femmes de notre étude donnaient principalement des informations orales sur les risques du tabac, cela signifie qu'elles étaient à l'aise pour aborder le sujet. Les carences de prises en charge du tabagisme ne semblent donc pas être expliquées par la peur d'aborder la problématique comme c'était le cas huit ans plus tôt en Alsace. En effet, en 2015, 54 % des sages-femmes interrogées dans le Bas-Rhin ne se sentaient « pas du tout à l'aise » pour aider et conseiller une femme dans son sevrage tabagique. Les justifications données par ces sages-femmes étaient le manque de formations, de temps et de pratique (30).

La première hypothèse de notre travail de recherche était que la majorité des sages-femmes cherchait à repérer les femmes enceintes consommant du tabac et leur dispensait des conseils pour le sevrage tabagique. Nous pouvons l'affirmer en partie puisque, dans l'étude, les sages-femmes réalisaient un dépistage tabagique simple dans la majorité de leur consultation, et lorsque celui-ci était positif, elles dispensaient presque à l'unanimité des conseils pour le sevrage tabagique. Toutefois, les sages-femmes de l'étude ne réalisaient pas ou très peu de dépistages tabagiques détaillés avec des outils de dépistage approfondi comme le CO-testeur ou le test de Fagerström.

b. Thérapies cognitivo-comportementales et autres psychothérapies

L'accompagnement au sevrage tabagique des femmes enceintes comprend une prise en charge psycho-émotionnelle et au besoin, une prise en charge médicamenteuse. L'association des deux approches permet d'obtenir de meilleurs résultats de sevrage tabagique (21). L'accompagnement psychosocial au sevrage tabagique augmente le nombre de femmes enceintes abstinentes à terme de 35 % et réduit ainsi

certaines conséquences comme les faibles poids de naissance de 17 %. Les interventions psychosociales réalisées sont notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les entretiens motivationnels et d'autres psychothérapies (46). Les thérapies cognitivo-comportementales sont réalisées par des professionnels formés à ces méthodes. L'objectif est de restructurer les croyances de l'individu (composante cognitive) et d'apprendre de nouveaux comportements (composante comportementale). Leur utilisation dans le sevrage tabagique permet de développer et de maintenir la motivation d'arrêt du tabac, de gérer les situations où l'envie de fumer se fait ressentir, et de prévenir la rechute tabagique (49). Elles ne semblent pas être plus efficaces qu'une autre méthode psychologique ou comportementale d'aide au sevrage tabagique. En revanche, elles permettent au tabacologue de structurer sa prise en charge : elles sont donc largement utilisées (21).

Dans notre étude, près de la moitié des sages-femmes n'orientait pas leurs patientes fumeuses vers des professionnels formés pour effectuer ce type de thérapie. Dans le Bas-Rhin en 2015, seules 13 % des sages-femmes proposaient une approche psychologique (psychothérapies) ou complémentaire (comme l'hypnose, l'acupuncture ou l'homéopathie) (30). Ce chiffre est difficilement comparable avec notre étude puisque nous avons séparé les approches psycho-comportementales des approches complémentaires (hypnose, homéopathie, ...). La finalité est tout de même que les sages-femmes utilisent très peu les méthodes psycho-comportementales, alors que leurs bénéfices sont clairement démontrés et leur usage recommandé. Un autre élément qui confirme leur faible usage par les sages-femmes est leur absence dans de nombreuses études concernant la prise en charge effective du tabagisme gravidique. Il semblerait donc que les professionnels de santé utilisent davantage les méthodes médicamenteuses et les méthodes dites non conventionnelles (ou complémentaires) plutôt que les approches psychologiques qui sont recommandées en première intention par la conférence de consensus « tabac et grossesse » (21).

c. Traitements nicotiques de substitution

Lorsque l'approche psycho-comportementale proposée en première intention n'est pas suffisante pour le sevrage tabagique, ou si elle est refusée par la patiente, il est recommandé de prescrire des substituts nicotiques (21). Depuis 2004 les sages-

femmes peuvent les prescrire aux femmes enceintes. En 2016, ce droit a été étendu à l'entourage de la femme enceinte et de l'enfant, mais dans la limite de la grossesse et de 8 semaines après la naissance (50). Le décret n°2022-325 du 5 mars 2022, habilite aujourd'hui les sages-femmes à prescrire des substituts nicotiques en primo-prescription aux femmes, aux femmes enceintes et à l'entourage de l'enfant et de la femme enceinte, sans limitations dans le temps (51). De plus, depuis le 1^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sur prescription médicale sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. Cette nouvelle modalité de remboursement remplace le forfait d'aide au sevrage tabagique qui était de 150€ par an et par assuré. Elle permet ainsi une prise en charge des substituts nicotiques sans restrictions (52,53). Toutefois, plus de la moitié des sages-femmes de notre étude ne prescrivaient pas ou très peu de substituts nicotiques aux femmes enceintes fumeuses, et 45 % en prescrivaient régulièrement ou constamment. En Lorraine, en 2018, 43 % des sages-femmes avaient déjà prescrit des substituts nicotiques, et parmi elles, 38 % en prescrivaient régulièrement, ce qui est similaire à notre étude (37). En 2012, il a aussi été démontré que moins de 5 % des femmes enceintes fumeuses ayant besoin d'un traitement nicotique de substitution en ont bénéficié (43). En parallèle, nous savons que 22,3 % des femmes enceintes fumeuses cessent leur consommation grâce à ces substituts car ils augmentent de 40 % les chances de sevrage tabagique pendant la grossesse (34,47). Dans le Bas-Rhin, en 2015, 83 % des sages-femmes n'étaient pas à l'aise dans la prescription des substituts nicotiques, et les raisons étaient le manque de formations, de temps et de pratique (30). En 2018, 23 % des sages-femmes lorraines évoquaient aussi que leur manque de connaissances était à l'origine des difficultés rencontrées autour du tabagisme en consultation (37). Les carences de prescriptions des traitements substitutifs observées dans des populations plus grandes, montrent qu'il ne s'agit pas d'un défaut local. Il s'agit cependant d'un réel manque de chance pour les femmes enceintes fumeuses.

Les substituts nicotiques existent sous forme orale (gommes à mâcher, pastilles à sucer, comprimés sublinguaux, inhalateurs et sprays buccaux), et sous forme transdermique avec les patches ou timbres (20). Tous les substituts nicotiques peuvent être utilisés pendant la grossesse, il faut donc prendre en compte les préférences des patientes dans le choix de la prescription. Il est toutefois plus efficace de combi-

ner un dispositif transdermique (ou patch) avec une forme orale (comprimé, pastille, gomme, spray, inhalateur) plutôt que d'utiliser une forme unique de substituts nicotiniques (44). Il a été montré que les sages-femmes tabacologues françaises utilisent en première intention les patchs transdermiques, puis les formes orales (gommes, sprays, ...) pour pallier aux envies ponctuelles de cigarettes (26). Dans notre étude également les sages-femmes qui prescrivaient des substituts nicotiniques utilisaient en première intention les patchs transdermiques (puis les gommes et les pastilles). En 2015, dans le Bas-Rhin, ce sont les mêmes tendances qui ont été observées puisque 17 sages-femmes prescrivaient des patchs transdermiques, 17 prescrivaient des gommes, deux des pastilles et une des inhalateurs (30). Hormis le fait que les sages-femmes ne prescrivent pas suffisamment de substituts nicotiniques, celles qui en prescrivent respectent les recommandations.

A cause du phénomène compensatoire qui existe chez les femmes enceintes fumeuses, la posologie des traitements nicotiniques de substitution doit être déterminée par la consommation tabagique pré-gravidique et par la mesure actuelle du CO-testeur (44,47). Le métabolisme de la nicotine est accéléré chez la femme enceinte, ce qui peut rendre plus difficile le sevrage puisque les substituts nicotiniques seront rapidement éliminés de son organisme (44). Il faut ainsi prescrire autant de milligrammes de nicotine sur 24 heures que de ppm de CO dans l'air expiré, ce qui est environ équivalent au nombre de cigarettes fumées par 24 heures avant la grossesse (47). Un dépistage tabagique minutieux préalablement réalisé est donc nécessaire pour effectuer une prescription adaptée et efficace. En revanche, nous avons conclu plus haut que le dépistage tabagique était très peu approfondi, ce qui influence inévitablement la prise en charge tabagique de manière négative.

La seconde hypothèse de l'étude était que les sages-femmes prescrivaient peu de substituts nicotiniques et adressaient peu les patientes fumeuses pour une thérapie comportementale et cognitive durant la grossesse. Nous pouvons effectivement la confirmer et ce sont des observations également faites dans d'autres populations, bien que leurs bénéfices soient clairement démontrés.

d. Autres méthodes de sevrage

Il existe plusieurs méthodes complémentaires d'aide au sevrage tabagique. L'hypnothérapie pourrait aider l'arrêt au tabac en diminuant l'envie de fumer et en renforçant la motivation d'arrêt par des méthodes de concentration et de focalisation de l'attention. L'acupuncture et l'acupression qui en est dérivé, provenant de la médecine traditionnelle chinoise, pourraient aussi avoir un intérêt dans le sevrage tabagique en diminuant l'intensité des symptômes de sevrage (49). Il n'a toutefois pas été démontré que l'acupuncture et l'hypnothérapie étaient efficaces pour le sevrage tabagique. Ainsi il n'y a pas d'accords professionnels qui recommandent l'usage de ces méthodes par les professionnels de santé (21). En revanche, dans notre étude, les deux tiers des sages-femmes utilisaient ces méthodes dites non conventionnelles, pour le sevrage tabagique de leurs patientes, avec en premier l'acupuncture et en second l'hypnose. Dans l'étude belge de 2008, 74 % des sages-femmes étaient également pour l'utilisation de ces méthodes (29). Nous observons donc que les accompagnements au sevrage réalisés par les sages-femmes ne respectent pas les recommandations. Notre dernière hypothèse était que les sages-femmes utilisaient des méthodes complémentaires d'aide au sevrage tabagique (hypnose, acupuncture, homéopathie, ...) chez les femmes enceintes ; elle est donc confirmée.

6. Tabagisme passif

Le statut tabagique du conjoint de la femme enceinte influence les comportements de cette dernière. Lorsque le conjoint d'une femme enceinte fumeuse l'est également, il réduit les chances de sevrage tabagique. Le conjoint fumeur doit donc être inclus dans la prise en charge tabagique de la femme enceinte. De plus, même lorsque la femme ne fume pas elle peut être exposée au tabagisme passif (44). C'était le cas de 8,4 % des femmes enceintes en 2008, le dépistage et la prise en charge du tabagisme passif sont donc essentiels (47). Dans notre étude, plus de 40 % des sages-femmes réalisaient constamment un dépistage du tabagisme passif et environ 30 % ne le faisaient pas ou très peu. Ce dépistage était donc irrégulier dans notre population d'étude. À Angers, en 2014, les professionnels de santé ont interrogé 40 % des femmes enceintes sur la consommation de tabac de leur conjoint pour tenter de dépister un tabagisme passif (40). Toutefois, le dépistage du taba-

gisme passif ne repose pas uniquement sur la recherche de fumeurs dans l'entourage. Il faut en effet déterminer si la personne fume à l'intérieur et en présence de la femme enceinte. En 2018, en Lorraine, le tabagisme passif avait été abordé en consultation prénatale par 59 % des sages-femmes et 34 % posaient clairement la question d'un tabagisme passif aux patientes. Si un tabagisme passif existait, les sages-femmes cherchaient régulièrement par qui il était causé, dans quel(s) lieu(x) et à quelle fréquence (37).

Dans notre étude, plus de la moitié des sages-femmes interrogées proposaient aux femmes exposées au tabagisme passif des solutions pour y remédier. Les propositions étaient variées, avec notamment une prise en charge tabagique du fumeur comme indiqué dans la littérature (44). En 2015, dans le Bas-Rhin, les propositions étaient semblables, avec notamment l'éviction du fumeur ou de l'environnement contaminé, et la prise en charge du fumeur (30). En Lorraine, en 2018, 13 % des sages-femmes prescrivaient des substituts nicotiques aux fumeurs de l'entourage de la femme enceinte comme solution au tabagisme passif (37). Dans notre étude, aucune sage-femme n'a explicitement indiqué prescrire des traitements de substitution à l'entourage de la femme pour résoudre un tabagisme passif. Par contre, elles étaient plusieurs à proposer une prise en charge du fumeur sans la détailler, et la solution qui était la plus apportée était simplement d'éviter le fumeur et l'environnement contaminé, ne réglant pas le problème de fond.

7. Conseils et recommandations tabagiques

a. Niveau de consommation tabagique

Le conseil d'arrêt du tabagisme consiste simplement à recommander l'arrêt de tabac aux femmes enceintes. Il ne faut pas le confondre avec le conseil minimal défini dans une étude de 1995, qui consistait à poser deux questions aux patient(e)s : « Fumez-vous ? » et si oui « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? », puis à remettre une brochure d'information uniquement aux personnes souhaitant se sevrer. Le conseil minimal n'a pas fait ses preuves pour un sevrage tabagique à long terme, et surtout, il ne prévoyait pas de conseils d'arrêt aux fumeurs souhaitant poursuivre leur consommation (42). Dans notre étude, les sages-femmes n'ont pas été interrogées sur l'usage du conseil minimal mais bien sur le conseil d'arrêt dispensé aux patientes fumeuses

et sur la proposition d'arrêt du tabac pendant la grossesse (c'est-à-dire la proposition d'un sevrage). En effet, la HAS recommande d'effectuer un conseil d'arrêt à tous les fumeurs, qu'ils souhaitent arrêter ou poursuivre leur tabagisme, et ne recommande pas le conseil minimal (parfois employé par abus de langage par certains auteurs) (42).

Dans notre étude, environ trois quart des sages-femmes recommandaient un sevrage tabagique total, et en cas d'échec de sevrage, une diminution du tabagisme. Moins d'un quart recommandait uniquement de diminuer le tabac, et personne ne recommandait de poursuivre la consommation tabagique à l'identique. En 2015, dans le Bas-Rhin, 51 % des sages-femmes conseillaient l'arrêt exclusif du tabac à leurs patientes fumeuses. Les sages-femmes proposant une diminution du tabac plutôt qu'un arrêt total étaient dites minoritaires dans cette étude, mais il n'y a pas de chiffre à l'appui. Toutefois, plusieurs praticiennes recommandaient la diminution du tabagisme si le sevrage avait échoué mais une fois encore nous n'avons pas de chiffres comparatifs (30). En 2008, en Belgique, 43 % des sages-femmes conseillaient l'arrêt du tabac strict pendant la grossesse, et 23 % préconisaient à leur patiente enceinte fumeuse de diminuer la consommation de tabac. Toutefois, 2 % des sages-femmes conseillaient de ne pas arrêter le tabac durant la grossesse au risque d'être stressées (29). Nous constatons que la fréquence de distribution des conseils « zéro tabac » pendant la grossesse, annoncés par la conférence de consensus de 2004, s'améliore avec les années. Tous les professionnels de santé ne tiennent pas encore le même discours au sujet du tabac, mais cela tend à s'améliorer dans le sens des recommandations nationales.

Dans l'enquête périnatale de 2021, 7,3 % des femmes enceintes ont reçu des conseils pour diminuer leur consommation de tabac, 7,2 % des conseils pour arrêter de fumer et 2,9 % des fumeuses enceintes ont été autorisées à fumer occasionnellement par le professionnel suivant la grossesse. Il y avait toutefois 4,4 % de femmes enceintes fumeuses qui n'ont pas reçu de conseils par le professionnel de santé au sujet de la consommation de tabac. Pour rappel, le taux de femmes enceintes fumeuses en début de grossesse était d'environ 20 %. A titre de comparaison, dans l'enquête périnatale de 2016, 16,3 % des femmes enceintes fumeuses n'ont pas reçu

de conseils pour leur tabagisme. La distribution des conseils s'est donc largement améliorée entre 2016 et 2021. En 2021, 87,5 % des femmes fumant avant la grossesse ont diminué ou arrêté leur consommation de tabac une fois enceintes, et 26,9 % l'ont fait après avoir reçu des conseils encourageant le sevrage (17). En plus d'être dispensés de plus en plus fréquemment, les conseils adéquats sur la consommation tabagique ont un réel impact sur les comportements des femmes enceintes.

b. Cigarette électronique ou vapoteuse

Près d'un quart de sages-femmes de l'étude n'apportaient pas de conseils aux patientes consommatrices de cigarettes électroniques pendant la grossesse. Quels sont les raisons de ce non positionnement vis-à-vis des vapoteuses ? L'utilisatrice de la cigarette électronique n'est pas exposée à la nocivité de la fumée de cigarette classique comme il s'agit de vapotage (avec ou sans nicotine). En revanche, d'autres substances chimiques sont présentes dans les vapoteuses et nécessitent des recherches pour déterminer leurs risques (20). Les femmes enceintes utilisant une cigarette électronique ou vapoteuse sont généralement des femmes qui souhaitent réduire ou arrêter leur consommation tabagique. La vapeur qui est respirée ne contient pas de CO ni de goudron (53). L'Assurance Maladie nous indique que les cigarettes électroniques ou vapoteuses ne sont pas des produits de santé pouvant être recommandés ou prescrits, et ils ne doivent pas être utilisés par les femmes enceintes (52). Le non positionnement des sages-femmes de l'étude peut donc s'expliquer par les connaissances scientifiques incomplètes au sujet de la cigarette électronique. En effet, même si son usage par les femmes enceintes est déconseillé, sa nocivité n'est pas démontrée.

Dans notre étude, la moitié des sages-femmes recommandaient de cesser l'usage de la cigarette électronique pendant la grossesse, suivant ainsi les recommandations actuelles. En 2015, trois quart des sages-femmes bas-rhinoises recommandaient déjà cet arrêt (30). Les résultats de notre étude sont donc moins bons qu'il y a huit ans, alors que depuis l'enquête alsacienne de 2015, aucune étude n'a démontré l'innocuité des vapoteuses. En 2016, 50 % des femmes vapoteuses ont reçu le conseil d'arrêter le vapotage pendant la grossesse mais 100 % auraient entendu par un professionnel de santé que le vapotage est préférable au tabagisme pendant la grossesse

(54). Les informations données par les professionnels de santé au sujet de la cigarette électronique sont donc hétérogènes. C'est aussi le cas dans notre étude où les sages-femmes étaient très partagées quant à l'autorisation du vapotage pendant la grossesse, l'autorisation de nicotine dans les produits de vapotage, et l'association du vapotage aux cigarettes classiques.

c. Tabagisme et allaitement maternel

Chez les femmes ayant cessé leur consommation de tabac pendant la grossesse, l'arrêt de l'allaitement dans le post-partum est souvent associé à une rechute du tabagisme (44). L'étude réalisée à Rennes en 2012 montre également un lien entre le choix du lait artificiel à la naissance et la reprise du tabac dans le post-partum pour une femme qui avait arrêté de fumer (45). Toutefois, chez les fumeuses, l'allaitement maternel peut aussi représenter une source de motivation pour l'arrêt du tabac. L'objectif est toujours de favoriser le sevrage tabagique mais lorsque la femme continue à fumer, l'allaitement maternel reste l'alimentation à privilégier. En effet le tabagisme ne contre-indique pas l'allaitement maternel, il est même recommandé chez les fumeuses pour que l'enfant exposé *in utero* à la nicotine ne soit pas sevré brutalement à la naissance. Il suffit simplement de fumer après la mise au sein, en respectant un intervalle de deux heures après la dernière cigarette et la tétée, et d'avoir une bonne hygiène. Plus l'allaitement est prolongé sur une longue période, plus il contre-balance les effets délétères du tabagisme sur l'enfant (44).

Dans notre étude, 90 % des sages-femmes recommandaient aux femmes fumeuses d'allaiter. En 2015, l'étude réalisée sur les sages-femmes bas-rhinoises a aussi montré qu'elles recommandaient l'allaitement maternel même lorsque le sevrage tabagique n'avait pas pu se réaliser. Toutefois nous n'avons pas le nombre exact des sages-femmes qui le recommandaient (30). Une étude en 2021 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes a mis en évidence que 85 % des sages-femmes libérales recommandaient l'allaitement maternel en cas de tabagisme actif, et 91 % apportaient aux patientes les recommandations pour allaiter tout en fumant (55). Les sages-femmes libérales conseillent donc les patientes en appliquant les recommandations sur l'allaitement maternel et le tabac.

8. Perspectives de recherche

Notre travail s'est cantonné aux professionnels de la périnatalité, et plus précisément aux sages-femmes libérales. Il serait intéressant de confronter nos résultats aux pratiques des autres professionnels de santé, et aux témoignages des patientes suivies par des sages-femmes libérales en Alsace.

Comme les grossesses peuvent effectivement être suivies par des médecins, une évaluation des pratiques tabagiques de ces derniers permettrait de statuer sur les similitudes et les différences avec les sages-femmes. De plus, notre étude a montré que les sages-femmes ne respectaient pas les recommandations nationales concernant les aides au sevrage, mais les femmes enceintes fumeuses sont-elles satisfaites de cet accompagnement ? Les sages-femmes alsaciennes ont-elles adapté leur pratique pour répondre aux attentes des femmes enceintes d'Alsace ? Une étude sur le vécu du tabagisme des femmes enceintes, l'accompagnement dont elles ont bénéficié, et leur degré de satisfaction, permettrait d'apprécier un autre pendant du tabagisme gravidique en Alsace. Ces recherches compléteraient l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans ce mémoire.

V. CONCLUSION

La conférence de consensus « tabac et grossesse » de 2004 est la référence des bonnes pratiques concernant le tabagisme des femmes enceintes. Un des objectifs de cette conférence était d'apporter aux professionnels de santé des outils pour accompagner les femmes fumeuses, tout en dictant des recommandations uniformisant les pratiques. Les sages-femmes doivent ainsi assurer la mission primordiale de dépistage des consommations tabagiques et d'accompagnement au sevrage des femmes enceintes.

Grâce à notre travail de recherche, nous avons observé quelles étaient les pratiques de dépistage et de prise en charge tabagique des sages-femmes libérales alsaciennes pendant la grossesse. Nous avons mis en évidence que le repérage des fumeuses était systématique, mais le dépistage n'était pas ou peu approfondi avec des outils spécifiques. Ces constatations freinaient l'application des recommandations de sevrage tabagique. Les sages-femmes de l'étude proposaient souvent un sevrage à leurs patientes fumeuses, mais ce dernier ne suivait pas nécessairement les recommandations en vigueur. Le manque de formations et de connaissances en tabacologie des sages-femmes semblait expliquer les carences d'accompagnement observées. Toutefois les origines des difficultés rencontrées dans le sevrage tabagique des femmes enceintes sont multiples. Le tabagisme gravidique est un sujet encore tabou où les femmes ont peur d'être stigmatisées, il est donc difficile de mettre en place un suivi tabagique. Durant la grossesse il existe aussi une ambivalence psycho-émotionnelle : d'une part les femmes fumeuses souhaiteraient réduire leur consommation tabagique pour préserver leur enfant, et d'autre part la grossesse est une période stressante, apprivoisée et contrôlée par les fumeuses en consommant plus de tabac.

Alors que la consommation tabagique est encore un sujet dissimulé par les femmes enceintes et source d'une pression sociale forte, qu'en est-il des consommations illícites pendant la grossesse ? Sont-elles encore plus occultées par les femmes consommatrices ? L'accompagnement au sevrage est-il aussi chaotique ? Ou à l'inverse, comme il s'agit de consommations moins répandues dans la population générale, leur prise en charge est-elle moins inspectée par la société ?

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Reynaud Michel, Karila Laurent, Aubin Henri-Jean, Benyamina Amine. Traité d'addictologie. Lavoisier. Paris: Médecine Sciences Publications; 2016. 928 p.
2. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Inserm. 2017 [cité 11 oct 2022]. Addictions - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
3. Organisation Mondiale de la Santé - OMS. Health topic : drugs (psychoactive) [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>
4. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées. Substance psychoactive [Internet]. 2016 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/substance-psychoactive>
5. Picard Edwige, De Courcy Sybille, Gaillard Bernard. Addictions et relations de dépendance et codépendance : Guide à l'usage des étudiants et des professionnels. Bruxelles: Mardaga; 2021. 208 p.
6. Organisation Mondiale de la Santé - OMS. Classification Internationale des Maladies 11 - CIM 11 - pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. 2022 [cité 12 oct 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
7. Isabelle Clauzel. Arrêter enfin de fumer. Issy-les-Moulineaux: Prat Editions; 2014. 111 p.
8. Seutin Vincent, Thys Frédéric. Le tabac en questions : 30 questions pour démêler le vrai du faux. Illustrated édition. Bruxelles: Mardaga; 2020. 256 p.
9. Delcroix Michel-Henri. La grossesse et le tabac. Édition 2017. Paris: Que sais-je ?; 2017. 128 p.

10. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use : data and statistics [Internet]. 2023 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm
11. National Institute for Public Health and the Environment Ministry of Health, Welfare and Sport. Tobacco additives : information for professionals [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.rivm.nl/en/tobacco/tobacco-additives-information-for-professionals>
12. Santé Publique France. Raphaël Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssouf Hassani, Dominique Jeannel, Mélanie Martel, Viet Nguyen-Thanh, Ursula Noury, Valérie Pontiès, Jean-Baptiste Richard, Elodie Terrien, Michel Vernay, Nicolas Vincent. Bulletin de santé publique Grand-Est. [Internet]. 2019 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/grand-est2/bulletin-de-sante-publique-grand-est.-janvier-2019>
13. Santé Publique France. Vanessa Lemoine, Stéphanie Champion, Cynthia Bessaron, Marie Delibéros. Journée mondiale sans tabac. Quelle prévalence du tabagisme en France ? Qui sont les fumeurs ? [Internet]. 2020 [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/journee-mondiale-sans-tabac.-quelle-prevalence-du-tabagisme-en-france-qui-sont-les-fumeurs>
14. Santé Publique France. Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Jean-Baptiste Richard, Virginie Demiguel, Nolwenn Regnault, Romain Guignard, et al. Baromètre santé 2017. Alcool et tabac. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. [Internet]. 2018 [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-sante-2017.-alcool-et-tabac.-consommation-d-alcool-et-de-tabac-pendant-la-grossesse>
15. Marc-Antoine Douchet. Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 - Observatoire français des drogues et des tendances addictives. avr 2022;20 p.

16. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Grossesse et tabac [Internet]. 2022 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/grossesse-et-tabac>
17. Santé Publique France. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Cinelli Hélène, Lelong Nathalie, Le Ray Camille Demiguel Virginie, Lebreton Élodie, Deroyon Thomas. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
18. Diguisto Caroline, Dochez Vincent. Conséquences du tabagisme actif chez la femme enceinte - Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 juill 2020;48(7):559-66.
19. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2023 [cité 13 févr 2024]. Plan national de lutte contre le tabac 2023/2027. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-national-de-lutte-contre-le-tabac>
20. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Société Francophone de Tabacologie (SFT). Rapports d'expert et recommandations : Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. 30 janv 2020;17 p.
21. Michel-Henri Delcroix, Nelly Dequidt. Conférence de consensus grossesse et tabac ; 7 et 8 octobre 2004 ; Lille. 2004;37 p.
22. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse. Genève. 2014;8 p.
23. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Activités nécessitant des diplômes complémentaires [Internet]. [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/>

24. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/03/Mise-%C3%A0-jour-Mars-2018.pdf>
25. Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs (AFSFA) [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.afsfa.fr/page/128868-missions>
26. Emilie Gillet. Tabacologie : des pratiques diversifiées. Prof Sage Femme. sept 2014;(208):34-8.
27. Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues, Addictologues Françaises (ANSFTAF). Enceinte j'arrête de fumer [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.enceintejarretedefumer.fr/a-propos>
28. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé [Internet]. [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
29. Charlotte Van-Ceulen, Conchita Gomez, Michel-Henri Delcroix. En Belgique, en 2008, état des lieux des connaissances et compétences des sages-femmes concernant la prise en charge des femmes enceintes fumeuses. Rev Sage-Femme. nov 2009;8(5):312-7.
30. Adèle Raget. Tabagisme de la femme enceinte : dépistage et prise en charge par les sages-femmes du Bas-Rhin [Mémoire du diplôme d'État de sage-femme]. Université de Strasbourg; 2015.
31. Karine Bréhaux, Michaël Bisch, Céline Clément, Marjan Nadjafizadeh, François Paille, Bruno Chenuel. Approche pédagogique par compétences : illustration appliquée à la relation de soins. Rev Infirm. févr 2021;70(268):46-8.
32. Catherine Espiand-Marçais, Xavier Quantin, Simon Thezenas, Pierre Boulot, Anne Stoebner-Delbarre. Grossesse et tabac : pertinence d'un protocole de prise

- en charge du sevrage tabagique en consultation prénatale au CHU Arnaud-de-Vileneuve à Montpellier. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2009;8(5):271-6.
33. Alain Braillon, Gérard Dubois, H. Robillart, M.-C. Blanchard. Les professionnels de maternités se mobilisent contre le tabagisme au cours de la grossesse. Évaluation du programme Picard. *Rev Sage-Femme*. sept 2010;9(4):202-6.
34. Catia Nunno Paillard, Claudie Godard, Corinne Wahl, Begona Martinez De Tejada Weber, Jean-Paul Humair. Gynécologie-obstétrique - Aide à l'arrêt du tabac en période périnatale : pourquoi et comment ? *Rev Médicale Suisse*. janv 2021;17(720-721):38.
35. Steve Jakoubovitch, Marie-Christine Bournot, Élodie Cercier, François Tuffreau, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études Résultats*. mars 2012;(797):8 p.
36. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. *Études Résultats*. oct 2016;(977):8.
37. Alexy Raviart. La prise en charge du tabagisme passif chez la femme enceinte par les sages-femmes hospitalières et libérales de Lorraine : évaluation des pratiques professionnelles [Mémoire du diplôme d'État de sage-femme]. Université de Lorraine; 2018.
38. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Recommandations relatives à l'information délivrée par la sage-femme [Internet]. 2021 [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-liberal/linformation-des-patients/>
39. République Française. Décret n° 2016-1479 du 2 novembre 2016 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation de mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte

- consommant régulièrement des produits du tabac. Journal Officiel n°0257 du 4 novembre 2016 p. 141.
40. Paloma Rey-Frade. État des lieux de la consommation de tabac et de sa prise en charge à la maternité du CHU d'Angers [Mémoire du diplôme d'État de sage-femme]. Université d'Angers; 2015.
 41. Margaux De Zutter. Étude qualitative : facteurs de poursuite du tabagisme chez les femmes enceintes en Alsace [Mémoire du diplôme d'État de sage-femme]. Université de Strasbourg; 2020.
 42. Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations de bonne pratique. oct 2014;59.
 43. Michel-Henri Delcroix, Conchita Gomez, Bertrand Dautzenberg, Pierre Marquis, Christian Dognin. Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles. Rev Sage-Femme. avr 2012;11(2):81-6.
 44. Mike Underner, Olivier Pourrat, Jean Perriot, Gérard Peiffer, Nematollah Jaafari. Sevrage tabagique au cours de la grossesse. Rev Médecine Interne. déc 2017;38(12):791-3.
 45. Marion Jacquemin, Delphine Simons, Françoise Tasson. Le devenir des arrêts du tabagisme initiés pendant la grossesse. Étude sur un échantillon de 35 femmes. Rev Sage-Femme. juin 2013;12(3):99-104.
 46. Catia Nunno Paillard, Claudie Godard, Jean-Paul Humair, Corinne Wahl, éditeurs. Une consultation pour les femmes tabagiques : l'apport de la sage-femme. Obstetrica. 29 avr 2020;(5):48-52.
 47. Conchita Gomez. La prescription des substituts nicotiques par la sage-femme. Rev Sage-Femme. mai 2008;7(2):62-8.
 48. Caroline Peter, Conchita Gomez, Joséphine Dauchet. Marketing social et prévention du tabagisme pergravidique. Sages-Femmes. nov 2022;21(6):47-54.

49. Jamal Abdul-Kader, Guillaume Airagnes, Samuel D'almeida, Frédéric Limosin, Anne-Laurence Le Faou. Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Rev Pneumol Clin.* juin 2018;74(3):160-9.
50. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Rapport d'activité 2016. 29 juin 2017;17 p.
51. République Française. Décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 fixant la liste des médicaments et des dispositifs médicaux que les sages-femmes peuvent prescrire. *Journal Officiel* n° 0055 du 6 mars 2022.
52. Assurance Maladie. Ameli. 2023 [cité 5 févr 2024]. Prise en charge du sevrage tabagique. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
53. Conchita Gomez, Michel-Henri Delcroix. Diagnostiquer et traiter toutes les femmes fumeuses en âge de procréer. *Sages-Femmes.* juill 2020;19(4):30-3.
54. Marie Vasseur, Conchita Gomez. Cigarette électronique et grossesse : une étude quantitative menée auprès de 369 patientes. Quel est le comportement des femmes enceintes vis-à-vis de la cigarette électronique ? *Rev Sage-Femme.* mai 2016;15(2):59-68.
55. Floriane Da Silva. Prise en charge du sevrage tabagique chez les femmes allaitantes : évaluation des pratiques professionnelles [Mémoire du diplôme d'État de sage-femme]. Université Claude Bernard – Lyon 1; 2021.

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

A) INFORMATIONS SUR LE PRATICIEN ET SON EXERCICE (5 questions)

1. De quel(s) diplôme(s) ou formation(s) disposez-vous ?

- Diplôme d'État de sage-femme
- Diplôme Inter-Universitaire de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique
- Diplôme Universitaire d'addictologie
- Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires d'addictologie
- Autres formations en tabacologie (précisez)
- Autres diplômes ou formations (précisez)

2. Quel est votre type d'exercice ?

- Activité libérale en Alsace
- Activité hospitalière (hôpital ou clinique) en Alsace (clôture du questionnaire)
- Activité de PMI en Alsace (clôture du questionnaire)
- Activité mixte en Alsace (précisez)
- Autres (précisez)

3. Réalisez-vous des consultations de suivi de grossesse ?

- Oui
- Non (clôture du questionnaire)

4. Quel est le temps moyen que vous dédiez à une consultation de suivi de grossesse ?

- Moins de 20 min
- Entre 30 et 40 min
- Entre 20 et 30 min
- Plus de 40 min

5. Indiquez si vous réalisez des consultations spécialisées pendant la grossesse en précisant le type de consultation :

- Aucune consultation spécialisée
- Addictologie
- Tabacologie
- Acupuncture

- Hypnose
- Sophrologie
- Homéopathie
- Phytothérapie
- Autres (précisez)

B) DÉPISTAGE DU TABAGISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE (11 questions)

Pour information, voici la signification des propositions de réponses suivantes :

Jamais : 0 % du temps

Régulièrement : > 50 % du temps

Parfois : < 50 % du temps

Toujours : 100 % du temps

1. Vous demandez à vos patientes en consultations prénatales si elles sont fumeuses :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

2. Vous demandez aux patientes fumeuses ce qu'elles fument (cigarette, joint, cigare, vapoteuse, chicha, ...) :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

3. Vous cherchez d'éventuelles co-addictions au tabac (cannabis, alcool, cocaïne, héroïne, ...) chez vos patientes fumeuses :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

4. En cas de tabagisme, vous demandez à vos patientes le nombre de cigarettes fumées par jour avant la grossesse :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

5. En cas de tabagisme, vous demandez à vos patientes le nombre de cigarettes fumées par jour au cours de la grossesse :

- Jamais
- Parfois

- Régulièrement
- Toujours

6. Connaissez-vous le test de Fagerström (test de dépendance à la nicotine) ?

- Oui
- Non

7. Chez une patiente fumeuse, vous utilisez le test de Fagerström pour évaluer son niveau de dépendance tabagique :

- Jamais
- Régulièrement
- Parfois
- Toujours

8. Lorsque vous évaluez le niveau de dépendance tabagique avec le test de Fagerström, vous le faites sur la consommation de tabac :

- Avant la grossesse
- Lors de ces deux périodes
- Au cours de la grossesse

9. Connaissez-vous l'appareil de mesure du monoxyde de carbone expiré, aussi appelé CO-Testeur ?

- Oui
- Non

10. Chez une patiente fumeuse, mesurez-vous le monoxyde de carbone expiré avec un CO-Testeur pour connaître son niveau d'intoxication ?

- Oui
- Non

11. Vous cherchez un éventuel tabagisme passif causé par l'entourage de la femme enceinte :

- Jamais
- Régulièrement
- Parfois
- Toujours

C) ACCOMPAGNEMENT POUR LE SEVRAGE TABAGIQUE GRAVIDIQUE (10 questions)

Pour information, voici la signification des propositions de réponses suivantes :

Jamais : 0 % du temps

Régulièrement : > 50 % du temps

Parfois : < 50 % du temps

Toujours : 100 % du temps

1. Vous proposez à vos patientes enceintes fumeuses d'arrêter le tabac :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

2. Vous dispensez des informations sur les risques du tabagisme en cours de grossesse aux patientes concernées :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

3. Sous quelle(s) forme(s) donnez-vous ces informations ?

- A l'oral
- Brochures papiers
- Sites internet
- Autres formes (précisez)

4. Vous orientez vos patientes fumeuses pour ce motif vers un tabacologue, addictologue ou autre personne formée en tabacologie (infirmière, sage-femme ou médecin spécialisé) :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

5. Vous proposez un sevrage par des substitues nicotiques aux femmes enceintes fumeuses :

- Jamais
- Parfois
- Régulièrement
- Toujours

6. Lorsque vous proposez des substituts nicotiques, le(s)quel(s) prescrivez-vous ?

- Patchs
- Pastilles
- Comprimés
- Gommés
- Inhalés
- Sprays buccaux
- Autres (précisez)

7. Vous proposez à vos patientes fumeuses une thérapie cognitivo-comportementale avec un psychologue ou psychiatre pour accompagner le sevrage tabagique :

- Jamais
- Régulièrement
- Parfois
- Toujours

8. Quelle(s) autre(s) méthode(s) utilisez-vous pour accompagner le sevrage tabagique des femmes enceintes ?

- Aucune autre méthode
- Homéopathie
- Hypnose
- Phytothérapie
- Acupuncture
- Groupe de parole
- Sophrologie
- Autres (précisez)

9. Habituellement, lorsque vous utilisez une des méthodes ci-dessus vous le faites en complément des méthodes standards (orientation vers un tabacologue, prescription de substituts nicotiniques, ...) :

- Oui
- Non

10. Que proposez-vous en cas de tabagisme passif chez une femme enceinte (exposition au tabac par le partenaire, la famille, les amis, ...) ?

D) RECOMMANDATIONS ET CONSEILS (3 questions)

1. Que conseillez-vous aux femmes fumeuses concernant leur niveau de consommation tabagique durant la grossesse ?

- Sevrage tabagique total
- Diminution du tabagisme uniquement
- Diminution du tabagisme si échec du sevrage
- Poursuite du tabagisme habituel
- Aucune recommandation

- Autres (précisez)

2. Quelle(s) attitude(s) adoptez-vous face à une femme enceinte utilisant la cigarette électronique ?

- Vous conseillez l'arrêt du vapotage
- Vous tolérez le vapotage exclusif, c'est-à-dire sans cigarettes associées
- Vous tolérez le vapotage avec cigarettes associées
- Vous tolérez le vapotage sans nicotine exclusivement
- Vous tolérez le vapotage avec nicotine
- Vous êtes neutre, aucune recommandation
- Autres (précisez)

3. Que recommandez-vous au sujet de l'allaitement à une femme enceinte fumeuse ne souhaitant pas de sevrage ?

- Vous encouragez l'allaitement maternel malgré le tabagisme
- Vous déconseillez l'allaitement maternel à cause du tabagisme
- Vous ne donnez aucune recommandation à ce sujet
- Autres (précisez)

Remarques et observations : Si vous le souhaitez vous pouvez me laisser une remarque ou une observation concernant le tabagisme des femmes enceintes, le dépistage ou l'accompagnement vers le sevrage.

ANNEXE II : ANALYSEUR DE MONOXYDE DE CARBONE (CO-TESTEUR)



Image du testeur de monoxyde de carbone Tabataba® de la société française FIM

Médical, disponible sur le site internet :

<https://www.fim-medical.com/respiration/tabataba/>

ANNEXE III : TEST DE FAGERSTRÖM

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 – 30 minutes 2
 - c. 31 – 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (exemples : cinémas, bibliothèques, ...)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. A la première de la journée 1
 - b. A une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Résultats :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

RÉSUMÉ

Introduction : La France est le pays d'Europe le plus impacté par le tabagisme de la femme enceinte même s'il tend à se réduire. Avec ses nombreuses conséquences obstétricales et pédiatriques, il est recommandé aux professionnels de santé de le dépister et d'agir pour favoriser le sevrage. L'objectif de notre étude est d'observer les pratiques d'identification et de prise en charge du tabagisme gravidique des sages-femmes libérales d'Alsace en 2023.

Méthodologie : Nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sous forme d'enquête par questionnaire auprès des sages-femmes libérales alsaciennes. Notre questionnaire anonyme et numérique a été diffusé par différents médias comme l'Ordre des sages-femmes et des associations professionnelles. Les données récoltées ont abouti à une analyse statistique descriptive.

Résultats : Le taux de réponses était de 39 % et 75 questionnaires ont pu être analysés. Au sujet du dépistage, près de 95 % des sages-femmes de l'étude cherchaient systématiquement une consommation de tabac chez leurs patientes enceintes. Elles étaient cependant peu nombreuses à approfondir leur dépistage avec le CO-testeur et le test de Fagerström. Concernant la prise en charge, 69 % des sages-femmes proposaient constamment un sevrage tabagique à leur patientes fumeuses, et 44 % les orientaient régulièrement vers un tabacologue. En revanche, 39 % ne prescrivaient jamais de substituts nicotiques et 49 % n'adressaient jamais leurs patientes fumeuses pour une thérapie cognitivo-comportementale. Pour finir, 65 % des sages-femmes utilisaient d'autres méthodes d'aide au sevrage tabagique comme les médecines complémentaires (essentiellement l'acupuncture, l'hypnose et l'homéopathie).

Conclusion : Les difficultés de prise en charge des femmes enceintes fumeuses sont multiples. Elles concernent les professionnels de santé notamment par leur manque de formations et de connaissances, et les femmes enceintes elles-mêmes, soumises à des modifications psychosomatiques et à la peur d'être stigmatisées.

Mots-clés : tabagisme, grossesse, sage-femme, dépistage, prise en charge