

**Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le  
post-partum. Étude prospective réalisée du 25 août au  
10 octobre 2014 au CHRU de Brest**

Juliette Barbetti

► **To cite this version:**

Juliette Barbetti. Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum. Étude prospective réalisée du 25 août au 10 octobre 2014 au CHRU de Brest. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. <dumas-01275977>

**HAL Id: dumas-01275977**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01275977>**

Submitted on 18 Feb 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



École de Sages-Femmes

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
Brest

**Mémoire de fin d'études**  
**Diplôme d'État de sage-femme**  
**Année 2015**

---

**Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum**  
**Étude prospective réalisée**  
**du 25 août au 10 octobre 2014 au CHRU de Brest**

---

Présenté et soutenu par :

Juliette Barbetti  
Née le 15 juin 1991

Directrice de mémoire : Dr Catherine Simon  
Co-directrice : Mme Martine Breton, sage-femme

## **Remerciements**

Je remercie

Le Professeur Collet, ainsi que tous les membres du jury, pour leur présence lors de ma soutenance de mémoire,

Le Docteur Catherine Simon, addictologue, ma directrice de mémoire, pour son aide et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail,

Madame Martine Aulnette-Breton, sage-femme tabacologue au CHRU de Brest et co-directrice, pour sa disponibilité et ses conseils,

Madame Béatrice Lebdiri, sage-femme guidante, ainsi que toute l'équipe enseignante de l'école de Sages-Femmes de Brest, pour leur présence et leur accompagnement au cours de ces 4 années d'études,

Ma famille, toujours présente quoi qu'il advienne, soutien sans faille au cours de ces 6 longues années,

Mes copines de promotion, pour tous nos fous rires, leurs conseils, et nos longues discussions,

Et enfin Antoine, pour sa présence, sa patience, son humour et son amour.

## **Engagement de non plagiat**

Je soussignée Juliette BARBETTI assure avoir pris connaissance de la charte anti plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Juliette BARBETTI

# 1. Table des matières

1.Introduction et problématique.....	4
2.Matériels et méthodes.....	6
2.1.Type d'étude.....	6
2.2.Critère d'inclusion.....	6
2.3.Critères d'exclusion.....	7
3.Résultats.....	7
3.1.Résultats de l'entretien en maternité.....	7
3.1.1.Répartition des patientes.....	7
3.1.2.Hypothèses de départ.....	8
3.1.3.Particularités de la population cible.....	8
3.1.4.Consommation de tabac.....	9
3.1.5.Conditions d'arrêt du tabac.....	9
3.1.6.Vécu du sevrage tabagique.....	10
3.1.7.Mesure du monoxyde de carbone expiré.....	10
3.2.Résultats du questionnaire à trois mois de la naissance.....	11
3.2.1.Informations générales.....	11
3.2.2.Patientes ayant repris le tabac.....	11
3.2.3.Patientes n'ayant pas repris le tabac .....	13
3.2.4.Dépendance.....	14
3.2.5.Visite post-natale.....	15
4.Analyse.....	16
4.1.Hypothèses de départ.....	16
4.2.Données qualitatives .....	17
4.3.Données quantitatives.....	18
5.Discussion.....	19
5.1.Évaluation de la méthode.....	19
5.2.Points forts et points faibles de l'étude.....	20
5.2.1.Points forts.....	20
5.2.2.Points faibles.....	20
5.3.Discussion des résultats, en rapport avec les données de la littérature.....	21
5.3.1.Statut tabagique des patientes au CHRU de Brest.....	21
5.3.2.Nombre de cigarettes consommées par les patientes.....	22
5.3.3.Facteurs ayant une influence sur la reprise du tabac mis en avant par notre étude.....	22
5.3.3.1.Allaitement maternel.....	22
5.3.3.2.Vécu des patientes.....	23
5.3.3.3.Motivation à l'arrêt.....	24
5.3.3.4.Age et parité.....	24
5.3.3.5.Hypothèses de départ.....	25
5.3.3.6.Adhésion des professionnels de santé à la prise en charge du tabac .....	26
6.Conclusion.....	27
7.Bibliographie.....	28
8.Annexes.....	29

## **1. Introduction et problématique**

Le tabagisme est un problème de santé publique français majeur. La grossesse et le post-partum sont des périodes favorables à des changements de comportement vis-à-vis de la consommation de tabac.

Aujourd'hui en France, 30,2% des femmes (de 15 à 75 ans) sont fumeuses, qu'elles soient des consommatrices quotidiennes ou occasionnelles (1). Un écart conséquent existe entre la consommation des hommes (celle-ci étant plus importante) et des femmes entre 24 et 35 ans, qui, selon l'étude du Baromètre Santé 2010, est très probablement lié aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge dans les familles (1).

La consommation tabagique dans un couple allonge le temps de conception (2), et une femme fumeuse met deux fois plus de temps à être enceinte qu'une femme non-fumeuse (3). En début de grossesse, le tabagisme (actif ou passif) de la femme enceinte augmente le risque de métrorragies, de fausse couche (multiplié par 2 par rapport à une patiente non-fumeuse) et de grossesse extra-utérine (majoré par 3 si consommation de 20 cigarettes par jour) (3). La consommation de tabac peut causer des troubles vasculaires placentaires, responsables de placentas praevia (risque multiplié par 2) et d'hématome rétro-placentaire (3). Le risque d'accouchement prématuré par rupture des membranes (multiplié par 3 avant 34 semaines d'aménorrhée) est lui aussi majoré (3)(4).

Les risques sur le développement du fœtus et les impacts sur le nourrisson sont non négligeables et à présent bien connus : diminution des échanges foeto-placentaires et de l'oxygénation fœtale, majoration du risque de retard de croissance intra utérin (RCIU) et de mort subite inopinée du nourrisson (MSIN) (4) (5).

Bien que ces risques soient expliqués aux patientes et aux couples, un tiers des femmes continue de fumer durant la grossesse (3)(6). L'arrêt du tabac est recommandé en pré-conceptionnel, mais reste bénéfique à n'importe quel moment de la grossesse (2) et dans le post-partum, notamment durant l'allaitement (2).

La grossesse et la maternité sont donc des périodes propices pour parler de sevrage tabagique à une patiente, et la question de la consommation du tabac (selon le principe du conseil minimal) doit désormais être posée de façon systématique en consultation pré-conceptionnelle, anténatale et post-natale selon les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) et réitérée à chaque entretien avec la patiente (2) (7). Les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens ont un rôle prépondérant dans la promotion du sevrage tabagique, et ce à tout moment de la vie d'une femme.

D'après les chiffres des dernières recommandations de l'HAS, 80% des femmes sevrées durant la grossesse reprennent leur consommation tabagique dans l'année qui suit l'accouchement. 30% d'entre elles reprennent la cigarette immédiatement après la naissance (2). Ainsi, alors que l'arrêt du tabac est suivi et plus qu'encouragé en prévision ou pendant une grossesse, l'initiation ou la poursuite d'un sevrage tabagique dans le post-partum semble être moins abordé par les professionnels de santé.

Or, le séjour en maternité, la visite post-natale et les séances de rééducation périnéale sont des moments propices à la discussion, durant lesquels la question de la consommation tabagique d'une patiente et de son conjoint devrait être posée de façon systématique.

La reprise du tabac dans le post-partum est diversement influencée par certains éléments : l'allaitement maternel est un facteur protecteur qui doit être encouragé auprès de toutes les mères (8), alors qu'une prise de poids importante durant la grossesse favorise une reprise précoce de la cigarette (9).

Les deux hypothèses de travail auxquelles nous allons nous intéresser ici sont les suivantes :

- Le statut tabagique du conjoint influence la reprise du tabac dans le post-partum
- La reprise de l'activité professionnelle influence la reprise du tabac dans le post-partum

## **2. Matériels et méthodes**

### **2.1. Type d'étude**

Notre étude s'est déroulée du 25 août au 10 octobre 2014, dans le service de maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest. Il s'agit d'une étude prospective unicentrique et qualitative. Le recrutement concernait les patientes ayant accouché et étant identifiées comme fumeuses, ou dont le statut tabagique n'était pas renseigné. A chacune des patientes était demandé si elle avait arrêté de fumer pendant la grossesse ou en prévision de celle-ci. Le recrutement a été fait uniquement sur dossier dans le service de maternité, sans repérage préalable en anténatal.

L'étude comportait ensuite 3 étapes :

- Dans un premier temps, les femmes ont été rencontrées en maternité à partir du 1er ou 2ème jour de leur séjour, rencontre durant laquelle ont été réalisé un entretien d'une dizaine de minutes et une mesure du monoxyde de carbone expiré. Les données recueillies concernaient les informations générales de la patiente (taille, poids, parité...) et les circonstances d'arrêt du tabac (cf annexe 1). Les femmes recrutées ont signé un consentement durant cet entretien.
- Dans un second temps, lors de la visite post-natale (à 6 à 8 semaines de l'accouchement), le monoxyde de carbone a été mesuré à l'hôpital par des sages-femmes ou des gynécologues, afin d'objectiver le statut tabagique des patientes.
- Dans un dernier temps, à 3 mois de la naissance, un questionnaire a été soit réalisé au cours d'un entretien téléphonique soit envoyé par mail aux patientes. Le principal objectif de ce questionnaire était de savoir si les patientes avaient repris leur consommation tabagique ou non (cf annexe 2).

Les résultats statistiques ont été obtenus grâce au test d'indépendance du Chi2 et au modèle linéaire généralisé.

## **2.2. Critère d'inclusion**

Le critère d'inclusion principal était l'arrêt total du tabac pendant la grossesse ou en prévision de celle-ci.

## **2.3. Critères d'exclusion**

Les patientes exclues étaient les suivantes :

- Les femmes parlant peu ou mal le français
- Les femmes ne vivant pas en couple
- Les femmes dont l'enfant est décédé à la naissance ou hospitalisé (en unité Koala, en service de réanimation néonatale ou en néonatalogie).

## **3. Résultats**

### **3.1. Résultats de l'entretien en maternité**

#### **3.1.1. Répartition des patientes**

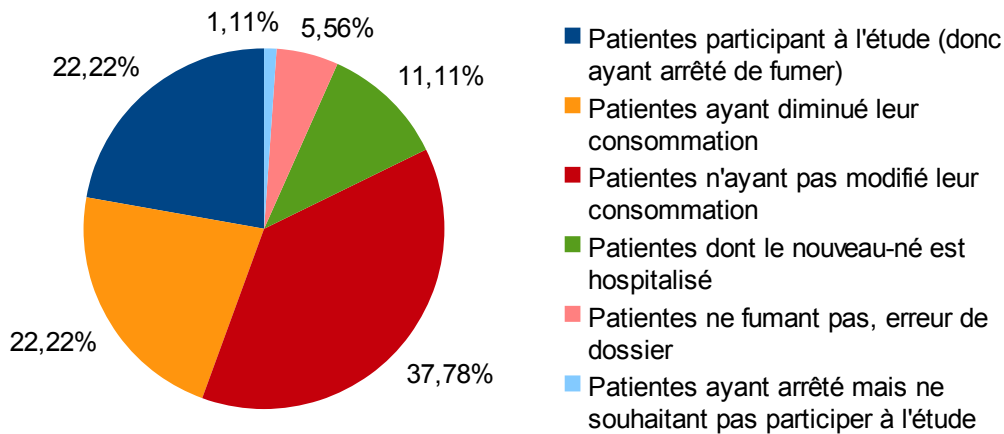
90 femmes fumeuses hospitalisées en suites de couches ont été interrogées, du 25 août au 10 octobre 2014. Sur cette même période, il y a eu au total 239 naissances, ce qui correspond à 239 accouchées : il y a donc au total 37,69% de patientes fumeuses.

Parmi ces patientes, 25,56% d'entre elles ont arrêté de fumer, tandis que 61,11% d'entre elles sont toujours fumeuses. Il y a au total 28,87% de femmes fumeuses durant la grossesse sur cette période au CHRU de Brest.

20 patientes (soit 22,22% des femmes interrogées) ont accepté de participer à l'étude.



Diagramme 1:  
Répartition des 90 patientes interrogées



Cependant, à l'issue du 2ème questionnaire à trois mois de la naissance, seulement 15 patientes ont répondu. Il y a donc un taux de perdues de vue de 25%, taux qui se retrouve dans les autres études. Tous les résultats sont donc exposés par rapport à cet échantillon de 15 femmes.

### **3.1.2. Hypothèses de départ**

Concernant les deux hypothèses de travail, 87% des femmes de l'échantillon ont travaillé pendant la grossesse, et la moitié d'entre elles auront repris leur activité professionnelle à 3 mois. Seulement 27% des conjoints des patientes concernées par notre étude sont non fumeurs.

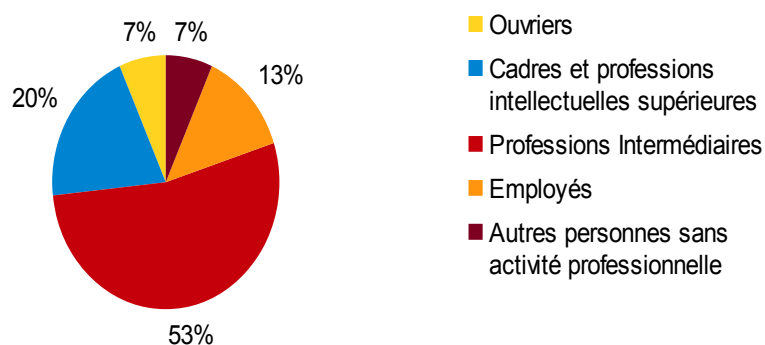
Sur les 11 conjoints fumeurs, seulement 3 ont arrêté de fumer en même temps que leur compagne.

### **3.1.3. Particularités de la population cible**

- Age : Au sein de l'échantillon, l'âge médian des patientes est de 29,73 ans. La plus jeune mère a 17 ans, tandis que la plus âgée a 40 ans.
- Parité : 47% d'entre elles sont des deuxièmes paires, 40% des primipares, et il y a 13% de troisièmes paires.

- Alimentation du nouveau-né : 40% des enfants sont nourris au biberon, et 60% sont nourris au sein.
- Prise de poids et Indice de Masse Corporel (IMC) : La prise de poids médiane de ces patientes est de 15 kilogrammes, avec un écart-type de 5,80. Les prises de poids des patientes sont comprises entre 10 et 33 kilos. L'IMC médian est de 22,82 (un IMC dit normal est compris entre 18,5 et 24,9), mais l'échantillon comprend 1 patiente obèse, 3 patientes en surpoids et 1 patiente ayant un poids insuffisant.
- Catégories socio-professionnelles (selon la nomenclature des Professions et Catégories Socio-professionnelles 2003 de l'INSEE) :

Diagramme 2:  
Répartition des patientes suivant les catégories socio-professionnelles



La majorité des patientes de l'échantillon appartient donc à des catégories socio-professionnelles de classe moyenne.

### 3.1.4. Consommation de tabac

L'âge moyen du commencement du tabagisme est de 16,67 ans. La consommation moyenne des patientes est de 9,7 cigarettes par jour (avec une consommation minimale de 1,5 cigarette par jour et maximale de 15 cigarettes par jour).

### 3.1.5. Conditions d'arrêt du tabac

Concernant les conditions d'arrêt du tabac, 60% des patientes ont réussi à arrêter du jour au lendemain, et 20% d'entre elles ont arrêté à l'aide de substituts (cigarette électronique, patch...). Seulement 2 patientes ont eu un suivi tabacologique et une seule a évoqué cet arrêt comme étant une volonté de son conjoint, lui-même fumeur.

Diagramme 3: Moment de l'arrêt du tabac

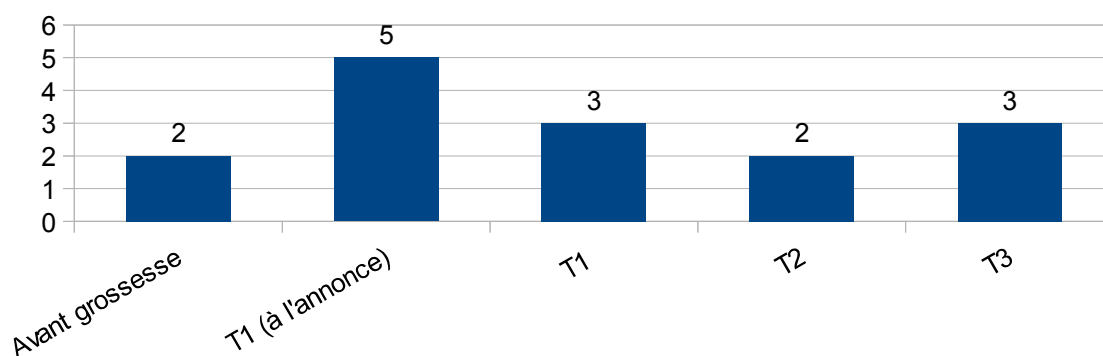


Tableau 1 : Motifs de l'arrêt du tabac évoqués par les patientes

Motifs de l'arrêt du tabac évoqués par les patientes	Nombre de patientes (%)
Accouchement	7
Profiter de la grossesse pour arrêter	20
Plus ressenti le besoin de fumer	7
En prévision de la grossesse	7
Pour le bébé	27
Pour la grossesse	33

### 3.1.6. Vécu du sevrage tabagique

80% des patientes disent avoir bien vécu le sevrage tabagique, tandis que les 20% restants parlent de difficultés, de nervosité et d'énerverment, mais ce sont les seules à évoquer aussi une fierté lors de la réussite de l'arrêt.

### **3.1.7. Mesure du monoxyde de carbone expiré**

Durant le premier entretien, trois patientes ont dit avoir déjà repris le tabac (c'est à dire avoir fumé au moins une cigarette depuis la naissance de leur enfant). Parmi ces patientes, une seule avait une mesure de monoxyde de carbone expiré dite « positive », supérieure à 6 ppm.

Par ailleurs, deux autres patientes avaient une mesure de monoxyde de carbone correspondant à une mesure de fumeur léger, comprise entre 7 et 10 ppm.

Les dix-sept autres patientes avaient donc une mesure de monoxyde de carbone expiré correspondant à une mesure de non-fumeur (comprise entre 0 et 6 ppm).

## **3.2. Résultats du questionnaire à trois mois de la naissance**

### **3.2.1. Informations générales**

Quinze patientes ont répondu au second questionnaire envoyé à trois mois de la naissance. Il y a donc eu un taux de 25% de perdues de vue. Les patientes ont été relancées 4 fois à une semaine d'intervalle par mail et par téléphone.

Parmi les 15 patientes, 60% des patientes ont repris le tabac, et 40% sont toujours abstinentes.

Seulement un tiers des patientes a repris le travail. Les patientes qui auraient dû reprendre une activité professionnelle et qui ne l'ont pas fait sont soit en recherche d'emploi, soit ne s'estimaient pas capables de reprendre si tôt.

### **3.2.2. Patientes ayant repris le tabac**

- Date de reprise : Les 9 patientes ayant repris le tabac ont repris en moyenne 4 semaines et demi après leur accouchement. 3 patientes ont repris immédiatement après la naissance, ce qui constitue seulement 20% de notre échantillon (selon la Haute Autorité de Santé, 30% des patientes reprennent juste après l'accouchement (2)).

- Événements influençant la reprise et facteurs de reprise : Les raisons de reprise évoquées sont diverses et variées. Le stress est évoqué par un tiers des patientes et l'entourage (conjoint + amis) par un autre tiers. Les soirées entre amis et le fait de boire de l'alcool sont aussi considérés par les patientes comme une tentation à la cigarette. Deux patientes évoquent des pathologies ayant eu lieu après l'accouchement comme responsables de leur reprise tabagique, à savoir l'hémorragie et la dépression du post-partum. L'arrêt de l'allaitement, le fait que le bébé ne soit pas présent, le retour à domicile et la reprise de l'activité professionnelle sont aussi cités comme ayant une influence sur la consommation tabagique.
- Difficultés rencontrées par les patientes : 55% des patientes ayant repris la cigarette estiment ne pas avoir ressenti de difficultés. En revanche, 45% d'entre elles ont ressenti des difficultés, en lien avec leur conjoint fumeur, ou de la nervosité et de l'irritabilité. Une patiente évoque la dépression du post-partum comme cause de sa reprise tabagique.
- Consommation de tabac : La consommation moyenne de cigarettes par jour des patientes est passée de 9,7 cigarettes par jour avant la grossesse à 6,5 cigarettes par jour après la reprise du tabac, soit une diminution d'un tiers de la consommation. Seules deux patientes n'ont pas modifié leur consommation de tabac par rapport à avant et après la grossesse.  
  
78% de ces patientes fument à l'extérieur, tandis que 22% fument à l'intérieur. Une seule patiente signale une consommation tabagique au travail.  
  
45% des patientes fument sans occasion particulière, tandis que 55% fument une fois que les enfants sont couchés, dans un contexte festif ou après les repas.
- Allaitement maternel : Parmi les patientes ayant repris la cigarette, 45% ont allaité leur enfant. A trois mois de la naissance, au moment de l'envoi de notre questionnaire, une seule patiente allaitait toujours.
- Aide ou besoin d'aide : 22% des patientes seulement ont manifesté avoir reçu de l'aide ou ressenti le besoin d'avoir de l'aide concernant le tabac, mais n'ont en pratique pas été aidées ou n'ont pas

fait de démarche.

- Conjoint : 55% des patientes stipulent que leur conjoint a une influence sur leur consommation de tabac, positive (signifiant ici que leur conjoint les incite à l'abstinence tabagique) pour une seule patiente. 78% des conjoints sont fumeurs, et les 22% restants sont des ex-fumeurs. 50% des conjoints ont modifié leur consommation de cigarettes depuis l'arrivée du bébé, l'un ayant complètement arrêté de fumer et les autres ayant diminué leur consommation tabagique. Les conjoints fument en moyenne 8,5 cigarettes par jour, soit deux cigarettes de plus que leur compagne.
- Travail : 1/3 des patientes seulement a repris une activité professionnelle.
- Arrêt de la consommation tabagique au cours des précédentes grossesses : 45% des patientes ayant repris leur consommation tabagique sont des primipares. 55% d'entre elles sont des deuxièmes pares, et seulement 40% avaient arrêté de fumer durant leur première grossesse. Il n'y a aucune troisième pare à avoir repris une consommation tabagique.

### **3.2.3. Patientes n'ayant pas repris le tabac**

- Motivation : Sur les 6 patientes n'ayant pas repris le tabac, 2/3 d'entre elles citent leurs enfants comme principale motivation pour ne pas reprendre la cigarette. Une des patientes dit que l'allaitement est la principale raison de son abstinence, et une autre parle du fait qu'elle n'éprouve pas le besoin de fumer. En motivation secondaire est cité le fait que l'abstinence est meilleure pour leur santé à elles (par 50% des patientes).
- Arrêt envisagé sur du long terme : 83,33% des patientes abstinentes avaient envisagé cet arrêt tabagique sur du long terme. Une ne pensait pas réussir.
- Difficultés vis à vis du tabac : 2/3 des patientes n'ayant pas repris la cigarette disent avoir ressenti des difficultés. Ces difficultés sont principalement liées aux soirées entre amis et à la consommation d'alcool, auparavant associées au tabac. Une patiente évoque la reprise de son activité

professionnelle comme difficulté majeure, ayant peur de consommer une cigarette avec ses collègues, comme elle le faisait avant la grossesse.

- Aide ou besoin d'aide : 4 patientes sur 6 ont ressenti le besoin d'être aidées; pour l'une d'entre elles le soutien de son mari a été nécessaire, et une autre a utilisé la cigarette électronique lorsqu'elle avait envie de fumer. Une patiente pense consulter un tabacologue à la reprise du travail.
- Stratégies de compensation : La moitié des patientes dit ne pas avoir utilisé de stratégie de compensation. L'autre moitié évoque des stratégies telles que la consommation de thé ou de café, l'usage de la cigarette électronique et l'allaitement maternel.
- Allaitement maternel : Toutes les patientes (n=6) toujours abstinentes ont allaité leur bébé. A 3 mois de la naissance, lors de l'envoi du 2ème questionnaire, 3 allaitaient toujours.
- Conjoint : 4 patientes sur les 6 abstinentes ont un conjoint fumeur. 2 patientes stipulent que leurs conjoints ont une influence sur elles, pour l'une d'entre elles parce qu'il est fumeur et pour la seconde parce que son conjoint utilise la cigarette électronique et qu'elle est tentée de faire de même.

Un seul des conjoints a modifié sa consommation tabagique depuis la naissance du bébé et ne fume plus qu'au travail.

Les conjoints fument en moyenne 10,25 cigarettes par jour, soit 2 cigarettes de plus que les conjoints des patientes ayant repris le tabac. Cela fait donc penser que la quantité de cigarettes fumées par le conjoint n'a pas d'influence sur la consommation tabagique de sa compagne.

- Travail : un tiers des patientes seulement a repris une activité professionnelle
- Arrêt de la consommation au cours de grossesses précédentes : un tiers des patientes abstinentes sont des primipares, le deuxième tiers est des 2èmes pares qui n'avaient pas arrêté de fumer lors de leur 1ère grossesse, et le dernier tiers comprend deux troisièmes pares qui avaient arrêté de fumer pour leurs deux grossesses précédentes.

### **3.2.4. Dépendance**

Une triple dépendance est décrite dans le tabagisme par le professeur et tabacologue Gilbert Lagrue (10). Chaque forme de dépendance se retrouve de façon plus ou moins prépondérante chez chaque fumeur :

- Dépendance comportementale: la consommation de tabac se rapporte à un moment de convivialité, de pression sociale parfois, et fumer une cigarette devient un geste automatique, rituel. Les sensations apportées par la consommation de tabac sont ressenties comme bénéfiques et la consommation augmente. Elle est reliée à des gestes, ou à des moments particuliers, en association avec l'alcool ou le café, après les repas ou lors de moments conviviaux.
- Dépendance psychique : la consommation de tabac provoque des sensations de plaisir, de détente, a un effet antalgique, anti-anxiogène et anorexigène. Elle participe donc au renforcement positif de l'individu.
- Dépendance physique : elle correspond à la sensation de manque ressentie lorsque la nicotémie descend en dessous d'un certain seuil. Elle est essentiellement liée au besoin de nicotine du fumeur et participe au renforcement négatif de l'individu.

Dans le deuxième questionnaire envoyé à trois mois de la naissance, il a été demandé aux patientes ce qui leur manquait le plus dans le tabac durant leur période d'abstinence. Sur les 15 patientes, 27% d'entre elles disent ne rien avoir manqué de particulier dans la cigarette. Ces patientes ont toutes repris le tabac. Les seules patientes à évoquer une dépendance comportementale sont 5 patientes qui sont toujours abstinentes. Une patiente abstinente évoque une dépendance psychique : c'est une patiente qui a prévu de reprendre à la fin de son allaitement. 2 patientes, qui ont repris leur consommation tabagique, parlent d'un réel manque de nicotine, et 3 patientes parlent de dépendance psychique. Une seule patiente dit que « tout » lui manquait dans le tabac avant qu'elle ne recommence à fumer, ce qui représente donc une triple dépendance tabagique.



### **3.2.5. Visite post-natale**

Lors de la visite post-natale, visite réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement avec le professionnel ayant suivi la grossesse de la patiente, le conseil minimal a été réalisé pour seulement 27% des patientes. La question du tabac n'a pas été évoquée du tout pour les 73% restants.

La mesure de monoxyde de carbone (CO) prévue lors de cette visite post-natale pour objectiver la consommation tabagique n'a été réalisée que pour deux patientes. Ces patientes ont toutes les deux eu une mesure de CO égale à 1 ppm, correspondant à une mesure de non-fumeur. Ces deux patientes étaient en effet toujours abstinentes, comme cela a été confirmé par la mesure du monoxyde de carbone expiré.

## **4. Analyse**

### **4.1. Hypothèses de départ**

– **Lien entre la reprise de l'activité professionnelle et la reprise de la consommation tabagique :**

Les résultats statistiques montrent ici qu'il n'y a aucun lien entre la reprise de l'activité professionnelle et la reprise du tabac. Cependant, une patiente ayant repris la cigarette cite quand même le travail comme facteur influençant, et une autre, n'ayant repris ni le tabac ni le travail appréhende le retour à son activité professionnelle justement parce qu'elle a peur d'être influencée par ses collègues fumeurs. Qui plus est, l'HAS stipule que « l'aide à l'arrêt du tabac doit être poursuivie après l'accouchement afin d'éviter une reprise du tabagisme, surtout lors de la reprise de l'activité professionnelle » (2).

Ces résultats sont aussi à modérer, compte tenu du fait que seulement un tiers des patientes (n=5) a repris son activité professionnelle lors de l'envoi du second questionnaire.

– **Lien entre le statut tabagique du conjoint et la reprise de la cigarette chez la patiente :**

Les résultats statistiques montrent ici qu'il n'y a aucun lien entre le statut tabagique du conjoint et la reprise du tabac de la patiente. Cependant, il faut noter que 7 patientes sur l'échantillon total

disent quand même que leur conjoint a une influence sur leur consommation de cigarettes. Si elles n'ont pas repris la cigarette, les patientes disent être tentées car savent que leur conjoint fume ; et quand elles ont repris, les femmes disent que voir leur conjoint fumer les a influencées, et davantage quand la cigarette était un moment passé en couple à se retrouver après le repas ou quand les enfants sont couchés. L'influence de 2 des 7 conjoints peut être qualifiée de positive, dans le sens où ils aimeraient que leur compagne arrête de fumer et qu'ils les soutiennent dans leur sevrage tabagique.

Les données de la littérature montrent-elles une réelle influence du conjoint sur la consommation tabagique de sa compagne (11).

#### **4.2. Données qualitatives**

Les résultats statistiques montrent des liens entre la reprise du tabac et :

- L'alimentation du nouveau-né (p value=0,04) : l'allaitement est ici mis en avant comme facteur favorisant la poursuite du sevrage tabagique, tandis que l'alimentation au biberon favorise la reprise de la cigarette. Cela est retrouvé (entre autre) dans le mémoire de fin d'études de Marion Jacquemin (12), ainsi que dans les recommandations de l'HAS (2) et d'autres articles associant tabac et allaitement maternel (8).
- La motivation maternelle à arrêter de fumer (p value=0,035) : les femmes dont la principale motivation à arrêter était le bébé ou un autre facteur temporaire externe (comme l'accouchement, ou un dégoût momentané) ont plus de risque de reprendre le tabac. A contrario, les femmes qui arrêtent « pour la grossesse » ou « en prévision de celle-ci » arrêtent pour elles, la grossesse étant un facteur interne, déclenchant chez certaines patientes une envie d'arrêter sur le long terme. Ces patientes ont moins de risque de reprendre le tabac .

Ces facteurs psychosociaux ayant une influence sur la consommation tabagique se retrouvent dans l'article publié par « Nicotine and Tobacco Research » en janvier 2015 (13).

- Le vécu de l'arrêt (p value=0,114) : les tests statistiques montrent une tendance selon laquelle un mauvais vécu du sevrage tabagique serait prédictif d'une reprise de la cigarette dans le post-partum.
- La catégorie socio-professionnelle (p value=0,155): Le lien est peu significatif pour les catégories socio-professionnelles des employés, des ouvriers et des personnes sans activité professionnelle. Par contre, faire partie de la catégorie « Cadres et professions intellectuelles supérieures » serait un facteur protecteur de la reprise du tabac, tandis qu'appartenir à la catégorie « Professions intermédiaires » serait prédictif d'une reprise de la consommation tabagique.
- L'aide reçue ou le besoin d'être aidée ressentis par les patientes dans le post-partum concernant le tabac: les tests statistiques sont non significatifs (p value=0,23) mais montrent tout de même une tendance : les patientes ayant ressenti un besoin d'aide ont plus de risque de reprendre la cigarette. Bien souvent, le fait de vouloir être aidée n'a pas conditionné le fait que les patientes soient réellement aidées voire qu'elles demandent de l'aide.

Les autres données qualitatives étudiées, telles que le fait de travailler pendant la grossesse, la façon dont les femmes sont parvenues à l'abstinence, le moment de l'arrêt du tabac durant la grossesse (pourtant reconnu dans la littérature comme ayant une influence sur la durée de l'abstinence tabagique dans le post-partum (14)) ne montrent pas de lien significatif avec la reprise du tabac.

### **4.3. Données quantitatives**

Les résultats statistiques montrent qu'il existe un lien entre la reprise du tabac et :

- L'âge des patientes: (p value=0,062) les chiffres montrent que plus la patiente est jeune, plus elle a de risque de reprendre le tabac, et inversement. Est-ce lié à une question de maturité psychologique, qui permet de développer plus d'attention à soi, ou alors est-ce le fait de multiplier les tentatives de sevrage tabagique qui augmente la motivation à rester abstinent ? (12)(14)

- La parité des patientes : les patientes ayant plus d'enfants seraient plus à même de poursuivre leur abstinence tabagique selon notre étude. Cependant, la parité est directement liée à l'âge, ce qui va dans le sens des résultats précédents. Le lien entre âge et consommation de tabac est plus significatif.

Cependant, les tests statistiques ne montrent par exemple pas de lien entre l'IMC de départ, la prise de poids pendant la grossesse et la reprise du tabac, alors que l'on sait que le tabac est utilisé aussi comme régulateur de poids, et qu'une prise en charge diététique pendant et après la grossesse pourrait prévenir une rechute tabagique chez certaines patientes (9).

Il n'y a pas non plus de lien significatif entre la reprise du tabac et l'âge de début du tabagisme ou le nombre de cigarettes consommées avant la grossesse par exemple.

## **5. Discussion**

### **5.1. Évaluation de la méthode**

L'enquête prospective a constitué un outil de travail intéressant. Le premier recueil de données a été fait sous la forme d'entretiens qualitatifs dirigés, ce qui a permis de créer un lien avec la patiente, lui permettant de se confier, et de poser des questions aussi bien ouvertes que fermées.

Le nombre de patientes rencontrées lors du recrutement était intéressant (n=90). Cependant, l'échantillon final est faible (20 patientes au premier questionnaire puis seulement 15 au deuxième), et on peut donc se demander s'il n'aurait pas été plus judicieux de prolonger la période de recrutement. Il faut aussi mettre en avant le peu de modifications du statut tabagique des patientes durant la grossesse ou en prévision de celle-ci.

Les deux questionnaires à trois mois d'intervalle ont été pertinents, permettant une évolution et une évaluation de la situation au sein de notre échantillon. Cependant, le fait de devoir recontacter les patientes à distance implique forcément des pertes de vue.

## **5.2. Points forts et points faibles de l'étude**

### **5.2.1. Points forts**

Comme cités plus tôt, l'étude prospective, les entretiens qualitatifs et les deux questionnaires à trois mois d'intervalle constituent des points forts de notre étude.

Qui plus est, les patientes ayant arrêté de fumer ont participé à l'étude avec plaisir (une seule patiente a refusé). De plus, toutes les patientes interrogées durant leur séjour en maternité ont volontiers répondu à la question de leur consommation tabagique pendant la grossesse.

Les entretiens réalisés en maternité ont été menés dans 90% des cas en présence de la femme uniquement. Leurs réponses n'ont donc pas été influencées par la présence du conjoint.

La mesure du monoxyde de carbone expiré réalisée en maternité a permis de pouvoir infirmer ou affirmer la consommation de tabac de façon objective, et de familiariser les patientes avec cette pratique, que peu d'entre elles connaissaient.

### **5.2.2. Points faibles**

L'échantillon final, de 15 patientes seulement, constitue forcément un point faible majeur de notre étude. Le taux de 25% de patientes perdues de vue au deuxième questionnaire est aussi une limite de l'étude et du travail prospectif, bien que des chiffres similaires se retrouvent dans différentes études (12).

La faible adhésion des professionnels de périnatalité concernant le tabac est aussi un point faible de notre étude. Lors de la visite post-natale, la mesure du monoxyde de carbone expiré a été réalisée pour seulement 13% des patientes, et la question du tabac a été évoquée pour seulement 27% d'entre elles.

Le recrutement de patientes a été réalisé au sein d'une seule maternité, de niveau 3. L'échantillon et les patientes interrogées sont donc peut-être peu représentatifs de la population générale. Il aurait été intéressant d'ouvrir cette étude à d'autres maternités, de niveau 1 et 2, ainsi qu'à des cliniques privées, afin d'élargir l'échantillon de travail et d'interroger une population plus hétérogène.

L'exclusion des femmes dont le nouveau-né était hospitalisé en Koala, en réanimation pédiatrique

ou en néonatalogie a peut-être mis à distance un nombre important de patientes, dont le témoignage aurait été pertinent au sein de notre étude. Cependant, il nous paraissait mal à propos de poser la question de la consommation du tabac dans ce cadre. Le tabac est un facteur de risque retrouvé dans de nombreuses pathologies responsables de prématurité ou de séquelles chez le nouveau-né, et culpabiliser les patientes en leur posant la question de leur consommation tabagique durant la grossesse nous semblait peu adapté.

### **5.3. Discussion des résultats, en rapport avec les données de la littérature**

#### **5.3.1. Statut tabagique des patientes au CHRU de Brest**

Le taux de femmes fumeuses dans notre étude, menée au CHRU de Brest du 25 août au 10 octobre 2014 est non négligeable : 28,87% d'entre elles sont toujours fumeuses, et les patientes n'ayant pas modifié du tout leur consommation sont bien plus nombreuses que celles ayant diminué cette consommation. Ces chiffres se retrouvent dans la littérature, car l'INPES stipule qu'un peu moins d'un tiers des femmes continuent de fumer pendant la grossesse (6), et le Baromètre Santé 2010 décrit quant à lui 27,5% de fumeuses enceintes (1).

De plus, dans notre étude, seulement 25,56% des femmes ont arrêté de fumer durant la grossesse ou en prévision de celle-ci. Or, les données de la littérature montrent des chiffres d'abstinence pendant la grossesse bien plus élevés : 28% dans le mémoire de fin d'étude de Marie Bertin (11), un tiers des patientes selon l'INPES (6) et jusqu'à 35% des femmes selon le Baromètre Santé 2010 (1).

Ces deux chiffres montrent donc que la prise en charge des patientes fumeuses au CHRU de Brest peut être optimisée, de façon plus personnalisée en fonction des patientes, de leurs caractéristiques et de leurs environnements de vie.

Dans l'étude que nous avons menée au CHRU de Brest, lors de l'envoi de notre 2ème questionnaire à 3 mois de la naissance, 60% des patientes avaient repris la cigarette. Le mémoire de fin d'étude de Marion Jacquemin montre que 59,3% des patientes incluses dans son échantillon avaient repris le tabac à 2 mois de la naissance de leur enfant (12), ce qui fait penser que nos chiffres sont plutôt encourageants, bien que tendant au même résultat (reprise à 1 an à 82,2% selon le Baromètre Santé 2010 (1) et à 80% selon l'HAS (2). Immédiatement après la naissance, seules 20% des femmes avaient repris le tabac dans notre travail, alors qu'elles sont 30% selon les données de l'HAS (2).

### **5.3.2. Nombre de cigarettes consommées par les patientes**

Cependant, le Baromètre Santé 2014 montre que le nombre de cigarettes fumées par les femmes est en moyenne de 12 cigarettes par jour (16). Or, dans notre étude, le nombre moyen de cigarettes fumées avant la grossesse était de 9,7 cigarettes par jour, soit deux cigarettes de moins que la moyenne nationale. De plus, il faut aussi noter que les patientes qui ont repris le tabac fument en moyenne 6,5 cigarettes par jour. Bien qu'ayant recommencé à fumer, leur consommation a diminué de quasiment un tiers, ce qui est non négligeable. Dans une étude publiée par « European Journal of Public Health », il est montré qu'après la grossesse les femmes fument moins de cigarettes et ressentent moins le besoin d'en fumer (17), ce qui coïncide avec nos résultats. On peut aussi noter que la grande majorité (78%) des patientes de notre étude fume à l'extérieur, et que celles qui ne le font pas ne fument pas en présence de leurs enfants. Ainsi, les politiques de santé publique visant à exclure le tabac des foyers semblent ici avoir un impact important (d'après les chiffres du Baromètre Santé 2014, le tabagisme passif est en baisse dans les foyers, passé de 19,4% en 2010 à 15,6% en 2014 (16)).

### **5.3.3. Facteurs ayant une influence sur la reprise du tabac mis en avant par notre étude**

#### **5.3.3.1. Allaitement maternel**

L'allaitement maternel est un des principaux facteurs ayant une influence sur le maintien du sevrage

tabagique à ressortir dans notre étude : en effet, parmi les 6 patientes toujours abstinentes à 3 mois, la totalité a nourri son enfant au sein et lors de l'envoi de notre deuxième questionnaire, 5 d'entre elles allaitaient encore. De plus, une des patientes ayant repris la cigarette cite clairement l'arrêt de l'allaitement maternel comme facteur ayant influencé sa reprise tabagique.

Cependant, la consommation de tabac pendant la grossesse et dans le post-partum conditionne aussi parfois le fait de ne pas allaiter : les idées reçues concernant le fait qu'il est préférable de nourrir son enfant au biberon lorsqu'on fume circulent toujours, et sont encore citées par les patientes comme raison de l'alimentation artificielle (15). Qui plus est, la poursuite du tabagisme pendant la grossesse diminue la chance de réussite de l'alimentation au sein et la durée de celui-ci : la nicotine a un effet inhibiteur sur la production de prolactine et d'ocytocine, ce qui diminue donc la production de lait de 20% et minimise le réflexe d'éjection du lait (15).

Le sevrage tabagique est à promouvoir tout au long de la grossesse et également durant l'allaitement maternel (2) : ces deux périodes constituent des périodes plus que favorables à l'abstinence. En effet, l'allaitement induit des taux élevés d'ocytocine et de prolactine, qui ont sur la mère des effets antistress et antiblues (15).

### **5.3.3.2. Vécu des patientes**

Il est donc aussi primordial de prendre en compte le vécu des femmes, que ce soit au moment de l'accouchement, en maternité, ou lors du retour à la maison. Le post-partum constitue une période de fragilité et de remaniements psychologiques intenses, et la cigarette, étant un régulateur des émotions négatives (15), peut parfois être la solution à un stress ou une irritabilité ressentis par les patientes abstinentes durant la grossesse. Ainsi, 3 patientes (soit 20% de l'échantillon total) de notre étude, ayant toutes les 3 repris la cigarette, évoquent le stress comme facteur ayant influencé leur reprise tabagique. Une des patientes dit que le fait d'avoir fait une dépression du post-partum (diagnostiquée et prise en charge par un professionnel de santé) a eu, entre autre, pour conséquence un retour à une consommation de cigarettes plus importante. En effet, la détresse psychologique augmente la consommation de tabac, et



peut conduire à un arrêt de l'abstinence (1). Il paraît donc essentiel de prendre en charge ces détresses psychologiques, qui peuvent se manifester sous diverses formes, de façon précoce, afin de soulager les patientes et de prévenir dans un même temps une rechute tabagique. Qui plus est, dans notre étude, l'analyse statistique montre que les femmes ayant un mauvais vécu vis-à-vis de leur abstinence tabagique ont plus tendance à reprendre la cigarette de façon précoce. Ce mauvais vécu constitue lui aussi une difficulté d'ordre psychique.

La sage-femme joue donc un rôle important dans le dépistage de ces souffrances psychologiques, aussi bien en hospitalier qu'en libéral.

#### **5.3.3.3. Motivation à l'arrêt**

Le troisième facteur significatif dans notre étude est la motivation à arrêter de fumer : une femme dont la motivation est interne et permanente est plus à même de maintenir son abstinence qu'une femme dont la motivation à l'arrêt est externe et temporaire (13). Ainsi, lors de notre premier questionnaire, les patientes citent des raisons à l'arrêt telles que « le bébé » ou « l'accouchement » (raisons externes et temporaires) ou « la grossesse » (raison interne, la grossesse se rapportant plus à elles-mêmes que simplement à l'enfant qu'elles portent). Les femmes qui arrêtent « pour la grossesse » ou qui disent « profiter de la grossesse pour arrêter définitivement » sont aussi les seules à citer le côté néfaste de la cigarette pour leur santé, et pas seulement pour celle du bébé. Dans l'étude publiée par Nicotine & Tobacco Research, il est démontré que les femmes qui ont conscience des impacts de la cigarette sur leur santé sont plus à même de maintenir un sevrage tabagique sur du long terme (13).

#### **5.3.3.4. Age et parité**

L'âge des patientes est ici le quatrième facteur significatif ayant un lien avec la reprise du tabac. Notre échantillon est représentatif de la population générale en âge de procréer, avec un âge moyen de 29,73 ans, et des minima et maxima de 17 et 40 ans. Les résultats statistiques montrent dans notre étude

que plus l'âge de la patiente augmente plus elle est à même de maintenir son abstinence tabagique. Il est donc important de se poser la question de la raison de pareils résultats : est-ce lié au fait d'être fumeur depuis plus longtemps, et donc par conséquent d'avoir essayé d'arrêter de fumer à de plus nombreuses reprises (12)(14) qui permet de pérenniser cette abstinence ? Ou est-ce lié à l'expérience de l'âge, et peut-être au fait d'être plus attentif à ses propres besoins et sa santé en vieillissant ?

La multiparité semble elle aussi montrer une tendance plus significative à l'arrêt ; cependant, en toute logique, la parité est-elle aussi directement liée à l'âge, ce qui peut fausser les résultats. Les données de la littérature varient sur le sujet : pour certaines la multiparité est un facteur de risque de reprise tabagique (18), tandis que pour d'autres il n'y a pas de différence entre les primipares et les multipares, bien que les primipares fument moins de cigarettes (17).

#### **5.3.3.5. Hypothèses de départ**

Bien que les résultats soient non significatifs et différents de ce que nous aurions voulu démontrer, il convient de revenir sur nos hypothèses de départ.

Beaucoup d'études montrent l'influence des personnes externes, et en particulier le conjoint, sur la reprise du tabac des patientes dans le post-partum. Dès le début du recrutement des patientes, nous avons déjà eu du mal à avoir au sein de notre échantillon autant de conjoints fumeurs que non-fumeurs, les patientes fumeuses étant très souvent en couple avec des fumeurs. Ainsi, 46,67% des patientes disent elles-mêmes que leur conjoint a une influence sur leur consommation tabagique, et fumer une cigarette constitue souvent un temps partagé en couple. Au retour à la maison, les patientes ont donc tendance à être plus facilement tentées de fumer une cigarette avec leur conjoint, et le simple fait de savoir qu'il fume, même à l'extérieur, peut leur donner envie. Le fait d'avoir un conjoint fumeur constitue donc un facteur favorisant la reprise du tabac dans le post-partum, fait démontré par de nombreuses études (12)(11)(19).

Concernant la reprise du travail, il n'y a pas de lien démontré entre reprise du tabac et reprise du travail. Au sein de notre étude, seul un tiers des patientes a repris une activité professionnelle à 3 mois de la

naissance de leur enfant. 50% des patientes auraient dû reprendre plus tôt, mais certaines ne trouvaient pas d'emploi et les autres ne s'estimaient pas capable de recommencer. Ainsi, le fait d'être en congé maternité à la maison ne constitue pas un facteur de risque de reprise tabagique, principalement parce que les mères passent énormément de temps à s'occuper et à être en présence de leurs enfants (toutes les mamans en congé maternité dans notre étude disent passer leur temps avec leurs enfants, s'occuper des courses et de la maison). Le facteur de risque prépondérant est donc plutôt le stress ou le fait de donner le biberon. Cependant, concernant la reprise de l'activité professionnelle, deux patientes disent tout de même être influencées par leurs collègues, ayant eu pour habitude de fumer ensemble avant leur sevrage. De plus, la reprise du travail coïncide souvent avec l'arrêt de l'allaitement, et ce pour des questions pratiques. Or, comme il a été montré précédemment, celui-ci constitue un facteur de risque majeur de reprise tabagique. D'ailleurs, les patientes ayant repris leur activité professionnelle disent avoir des aménagements en termes de temps (mi-temps, 80% parental) mais aucune n'a d'horaires aménagés par son employeur en faveur de l'allaitement maternel. Peu d'études sur le sujet sont parues, mais l'HAS cite quand même la reprise du travail comme une période à risque de reprise tabagique (2).

#### **5.3.3.6. Adhésion des professionnels de santé à la prise en charge du tabac**

Le dernier point à mettre en avant est la faible adhésion des professionnels de périnatalité à la mesure du monoxyde de carbone expiré, et à la question du tabac en général. Seules 4 des 15 patientes de l'échantillon se sont vu poser la question de leur consommation de tabac durant leur visite post-natale. Or, le conseil minimal est recommandé à tous les professionnels de santé chez tous les patients, afin de connaître leur statut tabagique et de leur proposer une aide au sevrage s'ils le souhaitent (2).

D'ores et déjà, lors du recrutement des patientes en maternité, beaucoup de dossiers étaient remplis de façon approximative concernant la cigarette, ne faisant pas forcément mention d'un arrêt ou d'une diminution de consommation, voire parfois ne renseignant même pas le statut tabagique de la patiente.

Il faut donc se poser la question de savoir si les professionnels de périnatalité ont réellement ou non

la possibilité de prendre en charge la consommation tabagique des patientes. Les consultations sont seulement mensuelles, et ont une durée limitée, et beaucoup d'autres sujets sont à aborder. Il pourrait donc être intéressant de favoriser les relations entre professionnels à ce niveau, et de proposer à toute patiente fumeuse une consultation avec un tabacologue. Le relais avec l'addictologie de liaison ou d'autres professionnels de santé formés en tabacologie pourrait ici s'avérer très pertinent, afin de permettre un suivi des patientes sur du long terme et pas seulement durant la grossesse.

#### **5.3.3.7. Poids et IMC**

Bien que nos résultats statistiques ne montrent pas de lien entre la prise de poids pendant la grossesse, l'IMC et la reprise du tabac dans le post-partum, il nous paraissait intéressant de développer ce point. De nombreuses études (9)(11)(12) montrent qu'une prise de poids importante pendant la grossesse est prédictive d'une reprise tabagique précoce dans le post-partum, la cigarette jouant alors un rôle de coupe-faim. Or dans notre étude, la prise de poids moyenne des patientes était de 15 kilogrammes, et 5 patientes présentaient un IMC dit pathologique (inférieur à 18,5 et supérieur à 25). D'après l'Institute of Medicine (20), la prise de poids optimale pour des patientes ayant un IMC dit normal (compris entre 18,5 et 24,9) est de 11 à 15kg. La question du suivi pondéral durant la grossesse en fonction de l'IMC et en prévention d'une rechute tabagique précoce aurait donc pu être approfondie, et un soutien diététique devrait être apporté aux patientes dans le post-partum de façon plus systématique (9).

## **6. Conclusion**

L'arrêt du tabac doit donc, pour toutes les patientes, continuer à être promu en prévision d'une grossesse, à n'importe quel moment de celle-ci, et durant l'allaitement maternel. Le soutien des professionnels de santé durant ce sevrage ainsi que des proches des patientes est primordial, mais doit aussi être présent tout au long de la période d'abstinence tabagique, afin de pouvoir tendre vers un arrêt définitif de la cigarette. La motivation au sevrage et l'allaitement maternel sont les deux facteurs influençant la reprise du tabac mis en avant par notre étude. Il paraît donc indispensable d'aider la patiente à bien définir sa motivation à l'arrêt du tabac et d'effectuer un suivi en rapport avec celle-ci, et de continuer à promouvoir l'allaitement maternel chez toutes les patientes et en particulier les patientes fumeuses.

Il est aussi important de renforcer le rôle du professionnel de périnatalité concernant le tabac et le conseil minimal, et de permettre au sein de tous les hôpitaux et des cabinets libéraux une liaison avec des professionnels formés en tabacologie ou en addictologie. Le rôle de la sage-femme, libérale ou hospitalière, est primordial dans le dépistage de souffrances psychologiques, permettant de soulager la patiente et de l'orienter vers un professionnel compétent si nécessaire. La consommation tabagique est bien souvent une conséquence directe de ces difficultés psychiques, et pourrait être évitée par un suivi et un accompagnement adéquats des patientes.

## 7. Bibliographie

1. Guignard R., Beck F., Richard J-B., Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 (pdf, 1,1 Mo) . Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 56 p, mise en ligne février 2014.
2. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [En ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf). Consulté le 02 septembre 2014.
3. Association Droits des Non-Fumeurs (DNF). Dossier de la conférence de presse « Grossesse et tabagisme ». - 30 mai 2011, Publication nationale de l'association DNF.
4. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Tabac Info Service. [En ligne] <http://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/Grossesse-sans-tabac>. Consulté le 02 septembre 2014.
5. Bloch J, Denis P, Jezewski-Serra D. Les morts inattendues de nourrissons de moins de 2 ans - Enquête nationale 2007-2009. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 56 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
6. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Tabac et Grossesse [En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1026.pdf>. Consulté le 08 septembre 2014.
7. HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [En ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf). Consulté le 08 septembre 2014.
8. Tabac et Allaitement maternel, Les dossiers de l'obstétrique numéro 336, mars 2005
9. Pelle C, Cousin-Verlin C. Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum. La revue Sage-femme. 2009;8(5):292-298.
10. Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique. EMC-Cardiologie Angéiologie. Novembre 2004, vol. 1, n°4, pp443-455
11. Bertin M. Tabagisme actif et grossesse : impact du tabagisme passif et influence des proches. Mémoire de sage-femme. Ecole de Sage-Femme (Brest) ; 2012 : 43f.
12. Jacquemin M, Simon D, Tasson F. Le devenir des arrêts initiés pendant la grossesse. Étude sur un échantillon de 35 femmes. Entretien des sages-femmes 2013
13. Pollak KI, Fish LJ, Lyna P, Peterson BL, Swamy GK, Levine MD. Predictors of Pregnant Quitters' Intention to Return to Smoking Postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2014 Dec 26. pii: ntu270
14. Prignot J. A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tob Control* 2000;9;113.
15. Delcroix M. Que sais-je ? La grossesse et le tabac. Paris : Puf;2011. 127p.
16. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions* n°31, décembre 2014, 10p.
17. Händel G, Hannover W, Röske K, Thyrian JR, Rumpf HJ, Fusch C, John H, Hapke U. Intention to change smoking in pregnant and postpartum women according to number of pregnancies. *European Journal of Public Health*, Vol. 19, No. 2, 218-221
18. Grange G, Borgne A, L'Huillier JP, et al. Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34(12);1126-30.
19. Dolan Mullen P. How can more smoking suspension during pregnancy become lifelong abstinence ? Lessons learned about predictors, interventions, and gaps in our accumulated knowledge. *Nicotine Tob Res*. 2004 Apr Vol. 6, S217-S238
20. Institute of Medicine. Weight Gain During Pregnancy : Reexamining the Guidelines. Report brief, mai 2009

## 8. Annexes

### Annexe 2 : Questionnaire réalisé en maternité

#### Informations générales :

- Nom, prénom et date de naissance :
- Numéro de téléphone :
- Email :
- Taille :
- Poids : Prise de poids pendant la grossesse :
- Profession : Parité :
  
- Alimentation de l'enfant :      Sein                      Biberon                      Mixte
- Travail exercé avant/pendant la grossesse :      Oui                      Non  
→ Si oui, reprise prévue le :
  
- Conjoint fumeur :      Oui                      Non

#### Conditions d'arrêt du tabac :

- Age de début du tabac :
- Nombre de cigarettes fumées avant arrêt :
- Pourquoi avoir arrêté de fumer ?
- Quand avez-vous arrêté de fumer ?      Avant la grossesse  
  Au 1er trimestre  
  Au 2ème trimestre  
  Au 3ème trimestre
- Comment/ par quels moyens avez vous arrêté de fumer ? Vécu de l'arrêt ?
  
- Si conjoint fumeur, est ce que votre conjoint a arrêté de fumer avec vous ?      Oui      Non  
→ si non, est ce que ça vous aurait aidé qu'il arrête ?

#### Mesure du monoxyde de carbone :

	A la maternité	A la visite post-natale
Mesure du monoxyde de carbone expiré		

Visite post-natale le    /    /    avec

#### Signature :

### Annexe 2 : 2ème questionnaire à trois mois de la naissance

**2ème questionnaire du mémoire de Juliette Barbetti, étudiante sage-femme  
« Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum »**

Répondez de façon concise aux 4 grandes questions suivantes :

**1. Avez-vous repris le tabac ?**

**SI OUI**

1. Depuis quand ?
2. Y a-t-il eu un événement qui a contribué à rallumer la première cigarette ? Si oui, lequel ?
3. Y a-t-il eu un facteur particulier qui vous a fait reprendre la cigarette ? Si oui, lequel ?
4. Qu'est ce qui vous a le plus manqué dans le fait de ne pas consommer de tabac ?
5. Avez-vous éprouvé des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
6. Combien de cigarettes par jour fumez-vous ?
7. Où fumez-vous ? A quelle(s) occasion(s) ?
8. Si vous allaitiez, poursuivez-vous toujours l'allaitement ?
9. Avez-vous été aidée ou ressenti le besoin de l'être ? Si oui, quelle aide ?
10. Vous a-t-on parlé de tabac à la visite post-natale ?
11. D'après vous quelle a été la raison maîtresse de votre reprise du tabac ?

**SI NON**

1. Quelle a été votre motivation ?
2. Aviez-vous déjà envisagé votre arrêt du tabac sur du long terme ?
3. Avez-vous éprouvé des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
4. Avez-vous été aidée ou ressenti le besoin de l'être ? Si oui, quelle a été cette aide ?
5. Avez-vous une stratégie personnelle de compensation ?
6. Qu'est ce qui vous manque le plus dans la cigarette ?



7. Si vous allaitiez, poursuivez-vous l'allaitement ?
8. Vous a-t-on parlé de tabac à la visite post-natale ?

## 2. Votre conjoint

→ Est ce que votre conjoint a une influence sur votre consommation de tabac ? Si oui, laquelle ?

**Si votre conjoint est fumeur**

1. Combien de cigarettes par jour votre conjoint fume-t-il ?
2. Où fume-t-il et à quelle(s) occasion(s) ?
3. A-t-il modifié sa consommation depuis l'arrivée du bébé ?

## 3. Avez-vous repris le travail ?

**Si OUI**

1. Depuis quand ?
2. Quel est votre ressenti par rapport à la reprise ?
3. Avez-vous eu un aménagement particulier ? Si oui, de quel type ? (mi-temps, possibilité de tirer son lait au bureau...)
4. Vos collègues ont-ils eu une influence sur votre consommation de tabac ? Si oui, laquelle ?
5. Quelle est la stabilité de votre emploi ? (CDD, CDI, Intérim...)

**Si NON**

1. Quel est votre ressenti par rapport à votre congé maternité ?
2. Comment cela se passe-t-il à la maison ?
3. Comment occupez-vous vos journées ?
4. **Si vous avez déjà été enceinte, aviez-vous arrêté de fumer lors de vos précédentes grossesses ?**

## **Résumé**

**Objectif :** Comprendre quels sont les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum et identifier l'influence ou non du statut tabagique du conjoint ainsi que de la reprise de l'activité professionnelle.

**Matériel et méthodes :** Une enquête a été mise en place auprès de femmes abstinentes (n=15) pendant la grossesse au CHRU de Brest. Un premier entretien qualitatif dirigé a été réalisé en maternité ainsi qu'une mesure du monoxyde de carbone expiré (réalisée à nouveau lors de la visite post-natale). A 3 mois de la naissance, un nouveau questionnaire qualitatif a été envoyé aux patientes. Le recrutement des femmes a eu lieu entre le 25 août et le 10 octobre 2014. Le seul critère d'inclusion a été le sevrage tabagique durant la grossesse ou en prévision de celle-ci. Les critères d'exclusion étaient : les femmes parlant peu ou mal le français, les femmes ne vivant pas en couple et les femmes dont l'enfant était décédé ou hospitalisé.

**Résultats :** L'analyse des résultats montre que les femmes abstinentes durant la grossesse sont peu nombreuses et que le taux de rechute tabagique dans le post-partum est important (60% des patientes à 3 mois de la naissance). Les facteurs ayant une influence sur la poursuite du sevrage tabagique mis en avant par l'étude sont les suivants : l'allaitement maternel, le vécu de sevrage, la motivation à l'arrêt et l'âge des patientes. Les hypothèses de départ (influence du statut tabagique du conjoint et de la reprise de l'activité professionnelle) sont infirmées par des résultats statistiques non significatifs. Par ailleurs, la faible adhésion des professionnels de santé au conseil minimal et à la mesure du monoxyde de carbone expiré est aussi mise en avant par l'étude.

**Conclusion :** L'arrêt du tabac est à promouvoir chez toutes les patientes fumeuses avant, pendant et après la naissance, de même que l'allaitement maternel. L'implication des professionnels de santé dans la prise en charge du tabac est à encourager afin d'accompagner au mieux les patientes dans leur arrêt de la cigarette ou leur poursuite du sevrage tabagique.

**Mots-clés :** Tabacologie. Post-partum. Rechute. Sevrage tabagique. Conjoint. Activité professionnelle

**Titre :** Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum. Étude prospective auprès de 90 femmes, du 25 août au 10 octobre 2014 au CHRU de Brest.

**Auteur :** Juliette Barbetti, étudiante sage-femme

**Diplôme d'État de sage-femme, Brest, 2015**