



HAL
open science

Gestion du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les professionnels de santé en Normandie

Céline Laenen

► **To cite this version:**

Céline Laenen. Gestion du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les professionnels de santé en Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01915354

HAL Id: dumas-01915354

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01915354>

Submitted on 9 Nov 2018

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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

N°

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le

par

LAENEN Céline

(COLLING)

Né(e) le 01/06/1989

à ROUEN

Gestion du sevrage tabagique chez la femme enceinte
par les professionnels de santé en Normandie

Directeur de thèse : Boulet, Pascal, Médecin

Président du jury : Verspick, Éric, Professeur

Membres du jury : Mallet, Éric, Professeur

Laine, Marianne, Médecin

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHO	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICOW (<i>sumombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN CB	Neurochirurgie Cancérologie
Mr Frédéric DI FIORE		
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique

Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie

Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité
Inserm 905) Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR
1079)	
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la
reproduction Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité
Inserm 1076)	
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé

du Rouvray CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie, et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Remerciements

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Éric VERSPYCK

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du Jury

À Monsieur le Professeur Éric MALLET,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de me faire l'honneur de juger ma thèse. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Docteur Marianne LAINÉ,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury et de me faire l'honneur de juger ma thèse. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le Docteur Pascal BOULET,

Merci d'avoir accepté si gentiment et si facilement d'être mon directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité et ton aide tout au long de ce travail.

Merci de m'avoir tant appris lors de mon stage et de porter autant d'intérêt à tes internes et à tes patients. Sois assuré de ma reconnaissance.

A mes maîtres de stage :

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie pendant mon externat (Dr. Yrles et Dr Lefebvre), merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

A tous les urgentistes de Dieppe, merci pour votre accueil, votre encadrement et votre patience.

Aux gynécologues-obstétriciens de Dieppe, merci de m'avoir fait réfléchir à mon sujet de thèse.

Aux médecins du service pédiatrie et de médecine interne de Dieppe et de gériatrie du CHU de Rouen, merci pour votre bienveillance et votre investissement dans la pédagogie.

Aux médecins généralistes de mon stage praticien : Dr Perrotte, Dr Brochec, Dr Soenen pour le premier stage et les Dr Picherit et Dr Boulet sur le 2eme stage. Hervé, ses 6 mois avec toi auront été une vraie bouffée d'air pur pour moi. Merci de m'avoir redonné confiance en moi.

Aux médecins généralistes de mon stage en autonomie : Dr Schuers, Dr Lecareux et Dr Decaux. Karine, nos échanges médicaux ou non doivent perdurer dans le temps. Ils me sont précieux.

A tous les services où je suis passée en stage :

Un grand merci à toutes les équipes paramédicales de m'avoir accueillie, de m'avoir aidée et accompagnée, de m'avoir fait confiance. Merci pour votre expérience, votre professionnalisme, votre gentillesse. Vous avez réellement égayé mes journées de stage !

Je dois dire que mon seul regret avec la médecine générale libérale que je m'appête à exercer, c'est de ne pas retrouver cette ambiance de service et la force du travail d'équipe.

A ma famille

A Martin, notre bébéloutchou. Tant de bonheur déjà partagé à tes côtés en seulement 3 mois.

A Paul, d'abord un grand merci d'avoir pris le temps de relire et corriger cette thèse. Surtout, merci pour ton amour, ton infinie patience, et pour tout le reste... Je sais que je ne suis pas facile tous les jours. Lors de notre rencontre, je t'avais dit « je suis en 5eme année de médecine, tu n'arrives pas dans les années les plus faciles mais si tu y survis, c'est que tu seras le bon ». Je crois ne pas m'être trompée.

A mes parents, vous qui avez toujours été là pour moi, qui m'avez soutenue depuis le début. Vous nous avez tout appris et tout donné. Je ne trouve même pas les mots pour vous dire combien je vous suis reconnaissante. La famille s'agrandit et le cocon familial reste soudé ! J'espère que je saurai élever mes enfants aussi bien que vous. Et merci de vous occuper si bien de Martin !

A mon frère, on aura toujours été différent mais finalement en grandissant on a su s'appivoiser. Je te souhaite plein de bonheur dans les événements à venir avec Ingrid.

A mes grands-parents, votre présence autour de nous est une vraie chance.

Au reste de la famille, les oncles et tantes, parrain et marraine, cousins et cousines.

A mes beaux-parents et toute ma belle-famille, merci pour votre accueil et pour tout ce que vous faites pour nous.

A mes amis

Mes amis d'externat :

Claire, notre amitié a débuté sur les bancs de l'amphithéâtre 350 mais elle a bien évolué depuis... Les soirées, les vacances, la préparation de l'externat, la nuit avant les ECN à Douai, nos vies d'interne, mon mariage et même jusqu'à me donner des conseils pour la finalisation de ma thèse. J'espère qu'on va continuer à écrire notre histoire ensemble encore bien longtemps.

Antoine-Guy, toi aussi tu es auprès de moi depuis la P2. Je n'ai jamais connu un ami aussi fidèle que toi. Ne change pas, on t'aime comme ça. Je te souhaite de trouver ta moitié.

Jeremy, tu faisais parti du groupe de 4. Si tu passes par la Normandie je serais ravie de te revoir.

Elise, deux P1 ensemble ce n'est pas rien. Les études nous auront rapprochées mais le cheval et nos loulous nous permettent de toujours faire le lien.

Mes amis d'internat :

Les co-internes des urgences (Clément, Pascaline, Eugénie, Marc, Robin et Tiana) on aura su se soutenir dans la tempête de patients.

Les co-internes de gériatrie (Juliette, Olivia, Marine, Mathilde...) nous étions une bonne équipe soudée. Je me souviendrais de nos moments passés ensemble.

Tiffany, à quand notre prochain footing .

Mes amis des soirées Jeux :

Juliette et Bastien, notre couple « complémentaire » j'aurais envie de dire. J'adore notre complicité à tous les 4 et maintenant tous les 6.

Antoine, Claire ne serait pas Claire sans toi, pour ça je t'en remercie. Et puis pour être un bon médecin, il faut un pharmacien dans son entourage.

Emilie, la dernière arrivée dans le groupe avec Clément. Qu'est ce qu'on peut rigoler avec toi.

Mes amis de ma vie non médicale :

Anais et Cyril, nos petits cailloux vous m'aurez connu dans les bouquins, de repos de garde, dans l'attente de la validation d'un sujet de thèse. Et maintenant c'est fini.

Elise, hâte de vivre une expérience de randonnée avec nos toutous toutes les deux.

Christine, nos toutous nous auront liées. Je te remercie pour tous les conseils et astuces que tu auras su me donner pour le bien-être de Martin.

ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION.....	3
I. EPIDEMIOLOGIE.....	4
II. IMPACTS DU TABAGISME SUR LA FERTILITE.....	6
1) Fertilité masculine	6
2) Fertilité féminine	6
III. IMPACT DU TABAGISME SUR LA GROSSESSE.....	8
IV. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE	11
V. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHESES	13
VI. OBJECTIFS.....	14
MATERIELS ET METHODES.....	15
I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	16
II. TYPE D'ETUDE	17
III. MATERIEL	18
1) Population étudiée	18
2) Le questionnaire	18
IV. - METHODE	20
1) Déroulement de l'enquête.....	20
2) Recueil des données et analyses des résultats	20
I. PARTICIPATION.....	22
II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	23
1) Caractéristiques socio-démographiques (Q1 à 6).....	23
2) Caractéristiques de la population par rapport au tabagisme (Q7 à 9 et Q26)	25
III. RESULTATS DE L'ENQUETE	27
1) Résultats sur la pratique du professionnel de santé (Q10 à 17).....	27
a. Information dans le dossier médical.....	27
b. Interrogatoire de la patiente.....	28
c. Aides proposées.....	34
2) Motivation du professionnel de santé (Q18 à 27).....	36
a. Freins à proposer le sevrage	39
b. Éléments manquants pour bien proposer un sevrage.....	45
3) Proposition de formation (Q 28-29)	47
4) Comparaison des résultats pour les professionnels fumeurs et les professionnels non-fumeurs.....	49
a. Caractéristiques de la population.....	49
b. Motivation des professionnels	49
5) Comparaison des résultats entre les différentes professions.	51

DISCUSSION 53

I. POPULATION..... 54

II. FORCES ET LIMITES 56

 1) Forces 56

 2) Limites et biais 57

III. RESULTATS PRINCIPAUX..... 58

 1) Objectif principal..... 58

 2) Objectifs secondaires..... 59

IV. PERSPECTIVES DE RECHERCHE..... 70

CONCLUSION 71

ANNEXES 74

BIBLIOGRAPHIES 86

ABBREVIATIONS

ACOG : American College Of Obstetricians
ADN : Acide DésoxyRibonucléique
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et de l'Évaluation en Santé
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
AST : Aide Sevrage Tabagique
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BIU : Bibliothèque Inter-Universitaire
bHCG : Beta Hormone Gonadotrophine Chorionique
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF : Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français
CO : monoxyde de carbone
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Examen National Classant
GEU : Grossesse Extra-Utérine
GO : Gynécologue Obstétricien
HAS : Haute Autorité de Santé
HbCO : carboxyhémoglobine
HRP : Hématome Rétro-Placentaire
HTA : HyperTension Arterielle
IC : Intervalle de Confiance
MeSH : Medical Subject Headings
MG : Médecin généraliste
NP1 : Niveau de Preuve 1
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds Ratio
PGE2 : Prostaglandine E2
PMA : Procréation Médicale Assistée
RCF : Rythme Cardiaque Fœtale
RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin
RR : Risque Relatif
SA : Semaines d'Aménorrhée
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
TNS ou TSN : Traitement Nicotinique Substitutif
URML : Union Régionale des Professions de Santé

INTRODUCTION

I. EPIDEMIOLOGIE

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'environ le quart de la population mondiale adulte fume et qu'il y aura environ un milliard de décès occasionnés par le tabac au cours du 21^e siècle .(1) En France, 78 000 décès sont dus chaque année au tabac.(2)

Le tabagisme est la première cause de prématurité en France, 22% des femmes enceintes fument pendant la grossesse, le plus mauvais résultat européen.(3)

La grossesse est une période privilégiée dans la vie d'une femme, où le bien-être vient la conforter dans cette idée de sérénité ; mais elle est aussi empreinte d'une plus grande vulnérabilité.

Le tabagisme per-gravidique représente un enjeu majeur de santé publique et est la première cause évitable des principales complications gravidiques.

Sur un plan médical, la grossesse s'associe à un suivi rapproché et personnalisé dans un climat de confiance. Elle représente donc une opportunité de dépistage et de prise en charge des conduites addictives en particulier, la femme pouvant être motivée par l'impact éventuel sur l'enfant qu'elle porte.

Le pourcentage des femmes qui fument pendant la grossesse varie de 5 % parmi les pays où les taux sont les plus bas, à 13 % au Danemark, 14 % en Espagne (Catalogne), 15 % en Irlande du Nord, 17 % en France et 19 % en Ecosse. Toutefois ces comparaisons sont délicates car l'exposition pendant la grossesse est estimée de manière relativement hétérogène au niveau européen. En France, les femmes sont assez nombreuses à s'arrêter de fumer pendant la grossesse, puisque 31 % fumaient avant la grossesse et seulement 17 % fumaient pendant. En 2003, la proportion des femmes qui fumaient pendant la grossesse était de 21 %.(4)

La fumée de cigarette contient plus de 4000 composés toxiques dont le monoxyde de carbone (CO) et la nicotine. Il est établi cependant que l'hémoglobine fœtale possède des propriétés physico-chimiques entraînant une liaison avec le monoxyde de carbone plus stable que l'hémoglobine maternelle. Les concentrations de monoxyde de carbone du fœtus sont donc deux fois plus élevées que celles de la mère et cela pendant deux fois plus longtemps. Le tabagisme gravidique entraîne ainsi une hypoxie profonde et prolongée.(5)

La fumée de cigarette contient aussi de la nicotine, qui provoque la dépendance.

De toutes les agressions que peut subir le fœtus durant son développement, le tabagisme gravidique apparaît comme l'une des plus grave et fréquente.(6,7)

Le retard de croissance est 2,5 fois plus fréquent quand une femme fume plus de dix cigarettes par jour.(8)

L'étude Euro Natal a démontré qu'en France la prise en charge du tabagisme en période périnatale est le plus souvent inadaptée et corrélée à la morbidité.(9)

II. IMPACTS DU TABAGISME SUR LA FERTILITE

1) Fertilité masculine

Chez l'homme, les substances contenues dans la fumée de cigarette peuvent être dosées dans le liquide séminal des fumeurs à des taux proportionnels aux taux sériques et au nombre de cigarettes par jour. La présence de cotinine a pu également être mise en évidence dans le plasma séminal de non-fumeurs, suggérant le rôle du tabagisme passif.

Le tabagisme de l'homme serait à l'origine :

- D'une dysfonction érectile réversible à l'arrêt ;
- D'une altération des paramètres spermio-ogénétiques **faisant craindre** une diminution du pouvoir fécondant, avec une altération de la mobilité des spermatozoïdes ; une augmentation de la tératospermie ; une leucospermie ; d'une altération du matériel nucléaire ; une fragmentation de l'ADN des (stress oxydatif sous l'effet du tabac)(10)

Commenté [PB1]: Prouvé ou supposition ou en voici d'être prouvé car si écrit que des suppositions o peut écrire n'importe quelle bêtise

Commenté [CC2R1]: J'ai ajouté une référence pour appuyer (from sperm to offspring)

2) Fertilité féminine

Le tabagisme actif est associé à un retard à la conception indépendant des facteurs tubaires d'infertilité. Une relation dose-effet et une réversibilité à l'arrêt du tabac ont été mises en évidence. Ce risque a également été évoqué pour le tabagisme passif.

En procréation médicalement assistée (PMA), le tabagisme maternel est associé significativement à une diminution du recueil d'ovocytes et peut-être du taux d'implantation. Les effets sont d'autant plus marqués que le partenaire est fumeur.

Le tabagisme est également associé à l'avancement de l'âge de la ménopause (2 ans en moyenne). Ce phénomène est d'autant plus accentué que le nombre de

cigarettes fumées et la durée du tabagisme sont importants. Mais il est partiellement réversible.

La fécondité des filles exposées in utero au tabagisme de leur mère est également diminuée de manière statistiquement significative. (11,12)

Les hypothèses physiopathologiques émises pour expliquer la diminution de la fertilité féminine liée au tabac sont

- Une action endocrinienne anti-œstrogénique de la nicotine avec, en particulier, une altération de la glaire cervicale
- Une action toxique directe sur l'ovaire des dérivés du tabac
- Des modifications de la fonction ciliaire des trompes.

III. IMPACT DU TABAGISME SUR LA GROSSESSE

Le tabagisme est associé de manière statistiquement significative à une augmentation du risque de GEU (environ 35 % des GEU seraient attribuables au tabac). Une relation dose-effet et une réversibilité partielle ont été retrouvées. Des études expérimentales chez l'animal ou in vitro proposent un mécanisme physiopathologique plausible

- diminution des battements ciliaires ;
- altération de la contractilité tubaire ;
- altération de l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire.

Il existe une augmentation du risque d'avortement spontané chez les fumeuses actives et passives.(13)

Le tabac n'a pas d'effet tératogène important puisqu'il n'augmente pas la fréquence globale des malformations, qui est de 2 à 3 % dans l'espèce humaine. L'augmentation du risque de fentes faciales associée au tabagisme maternel est faible. Une relation dose-effet a été mise en évidence dans certaines études, mais reste à confirmer. Il a été montré une augmentation faible du risque de craniosténose associée au tabagisme maternel pendant la grossesse. Aucune augmentation statistiquement significative n'a été mise en évidence pour les anomalies de fermeture du tube neural, pour les malformations cardiaques et pour les hypospadias.

Huit études ont montré une relation entre le tabagisme et la survenue d'hématome rétro-placentaire (HRP) ; 25 % des HRP seraient liés au tabagisme. Le risque d'HRP est d'autant plus important que le taux sérique de carboxyhémoglobine (HbCO) est élevé et il augmente avec l'âge et la parité. La

survenue d'HRP lié au tabac s'explique par l'effet vasoconstricteur des produits du tabac (dont la nicotine) et l'augmentation de la fragilité capillaire.

Le tabagisme de la femme enceinte est un facteur de risque de petite (<< 37 semaines d'aménorrhée (SA)) comme de grande prématurité (<< 33 SA), indépendamment des autres facteurs de risque de prématurité.(6) Plusieurs études ont retrouvé une relation statistiquement significative entre tabagisme maternel et prématurité avec une relation dose-effet dans certaines études.(8,14) Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux (HRP, placenta bas inséré hémorragique ou rupture prématurée des membranes). La part de prématurité due à l'HTA maternelle semble moins fréquente chez les fumeuses. Le tabagisme au cours de la grossesse s'accompagne d'un doublement du risque de rupture prématurée des membranes surtout pour la grande prématurité. Une relation dose-effet n'a pas été mise en évidence. Le mécanisme évoqué passe par une stimulation de la PGE2 à l'origine de contractions utérines et par l'augmentation des vaginoses bactériennes chez les femmes enceintes fumeuses.(15)

Le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque avéré de retard de croissance intra-utérin (RCIU).(6) Le déficit pondéral est en moyenne de 200 grammes. Il s'agit d'un RCIU harmonieux (poids, taille, périmètre crânien inférieurs au dixième percentile) portant davantage sur la masse musculaire. L'incidence du RCIU est de 17,7 % si la femme fume pendant toute la grossesse. Cette incidence se réduit d'autant plus que l'arrêt du tabac est précoce au cours de la grossesse, en tout cas avant le troisième trimestre de gestation. La fréquence et l'intensité du RCIU s'aggravent en fonction du nombre de cigarettes fumées. Mais les effets délétères du tabac sur la croissance fœtale s'observent également dès les faibles quantités de CO expiré qui sont habituellement considérées comme des marqueurs de tabagisme passif (6 à 10 ppm).(16) Le

mécanisme physiopathologique du RCIU lié au tabagisme est probablement multifactoriel, résultant en particulier :

- d'une hypoxie chronique ;
- d'une vasoconstriction utérine et ombilicale ;
- de la toxicité du cadmium ;
- de la sous-alimentation de la femme enceinte fumeuse.

La réduction du périmètre crânien à la naissance est associée au tabagisme maternel, avec une relation dose-effet. Cette réduction laisse craindre un développement cérébral anténatal insuffisant, notamment lorsque la réduction est supérieure ou égale à 15-20 mm. En plus des effets de l'hypoxie, une toxicité biochimique directe de la nicotine sur le développement du cerveau fœtal est rapportée dans plusieurs études chez l'animal.

Le tabagisme de la mère est associé à un excès de morts fœtales au cours du troisième trimestre. Ces morts in utero ne sont pas liées uniquement aux RCIU, ni aux complications placentaires. La stimulation permanente des récepteurs cérébraux à la nicotine impliqués dans le contrôle de la respiration et du sommeil d'une part, et une cardiomyopathie d'autre part, pourraient exposer le fœtus au risque de mort subite in utero.

IV. JUSTIFICATIF DE L'ETUDE

Selon les recommandations de la HAS, tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté régulièrement.

Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes et aux adolescents augmente significativement de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme. L'efficacité est prouvée par rapport à l'absence de conseil (17). De plus, plusieurs essais et méta-analyses ont montré que l'ensemble des interventions d'aide à l'arrêt du tabac (brochures spécifiques, mesures incitatives et entretiens motivationnels, psychothérapie et thérapie cognitivo-comportementale, traitements substitutifs nicotiques, formation des professionnels de santé au sevrage, etc.) réduit la proportion de femmes qui continuent de fumer en fin de grossesse, et réduit le nombre de petits poids de naissance et de naissances avant terme.(18–21)

La conférence de consensus sur le thème « Grossesse et Tabac » qui s'est déroulée en octobre 2004 sous la responsabilité de l'Agence Nationale d'Accréditation et de l'Évaluation en Santé (ANAES), a témoigné d'une prise de conscience de ce problème de santé publique et de la nécessité de la mise en place d'actions spécifiques pour apporter des solutions concrètes et adaptées (22). Elle a permis aussi de rappeler de manière claire les conséquences du tabagisme au cours de la grossesse. Ce texte a été actualisé en octobre 2014 sous la forme d'une recommandation de bonne pratique sur le thème : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (23), dont une partie concerne le cas particulier de la femme enceinte.

Certaines études démontrent que les femmes ne sont pas assez informées sur les effets néfastes du tabagisme et les outils d'aide disponibles, et certaines se sentent peu soutenues par les professionnels de santé dans leur démarche de sevrage tabagique. (24,25)

D'autre part, dans le peu d'études retrouvées interrogeant les professionnels de santé sur leurs pratiques, nous constatons que les outils de prise en charge sont mal connus et par conséquent peu utilisés par l'ensemble des professionnels de santé. En effet, le conseil minimal (« fumez-vous ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ? ») est connu mais n'est pas systématiquement appliqué, l'abstinence totale n'est pas toujours conseillée, et les outils simples de sevrage ou de prévention (mesure du CO expiré, test de Fagerström fourni en Annexe 1) ne sont pas connus de tous. A propos de l'aide au sevrage, les consultations spécialisées en tabacologie ne sont pas toujours proposées (seulement 24,8% des médecins le proposent toujours ou souvent (26)), les TSN peu prescrits (18,2% le proposent toujours), et encore certains professionnels (une minorité) pensent que le tabagisme épisodique est sans conséquence sur la grossesse.(26,27)

Commenté [PB3]: qq chiffres pour étayer

Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, suit les femmes durant tout leur parcours de vie : adolescentes, femmes, femmes enceintes, mères. Il est donc au cœur de la prévention du tabagisme et de la prise en charge du sevrage tabagique pendant la grossesse. Si chaque médecin généraliste pratiquait le conseil minimal, on estime qu'il y aurait 200 000 arrêts soutenus (6 mois) par an en France.(17)

Pour mieux appréhender la proposition faite aux femmes enceintes, nous avons aussi choisi d'interroger les sages-femmes, gynécologues et interne en SASPAS.

Commenté [PB4]: Bien que les MG soient mentionnés un peu plus loin, il faut quand même les citer là, à moins que je n'ai pas compris pourquoi tu ne les cites pas.

Commenté [CC5R4]: Car j'en parlais juste au dessus

V. QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHESES

Devant la faible proportion de médecins généralistes utilisant l'ensemble des outils efficaces pour le sevrage ; ce qui diminue l'efficacité de la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte, ma question de recherche fut de déterminer comment est pris en charge le sevrage tabagique par différents professionnels de santé (médecins généralistes, internes en SASPAS, gynécologues et sages-femmes) et quelles sont leurs difficultés à proposer les outils connus comme efficaces.

VI. OBJECTIFS

L'objectif principal est d'explorer les facteurs qui influencent l'implication des professionnels de santé dans le sevrage tabagique des femmes enceintes.

Les objectifs secondaires sont :

- de mettre en évidence les techniques de prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les professionnels de santé
- identifier les savoirs mis en jeux pour proposer un sevrage tabagique
- d'identifier leurs difficultés lors de la prise en charge.

MATERIELS ET METHODES

I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Plusieurs sites ont été explorés, majoritairement pas le biais d'internet, et la littérature retenue était anglophone ou francophone.

Voici les principales sources :

- Bases de données en ligne : Medline via Pubmed, Elsevier Masson, Cochrane Library
- Catalogue de thèses : Sudoc, Cismef, BIU Santé (regroupe plusieurs catalogues de thèses, ex : Dumas, etc.)
- Bibliographie des documents parcourus : les articles cités dans de nombreuses bibliographies et/ou paraissant pertinents sur le titre étaient retenus

Les principaux mots-clés utilisés pour la recherche bibliographique associés à leurs termes MeSH ont été :

- Tabac = tobacco
- Sevrage tabagique = smoking cessation
- Femme enceinte = pregnant woman, Grossesse = pregnancy
- Médecins généralistes = general practitioners
- Professionnels de santé = health professionals
- Prise en charge = medical care
- Complications obstétricales = obstetric complications
- Complications périnatales = perinatal complications

II. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale par questionnaire destiné aux professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de la femme enceinte (médecins généralistes, internes en SASPAS, gynécologues et sages- femmes)

La période de l'étude s'est étendue du 1er septembre 2017 au 1er mai 2018.

III. MATERIEL

1) Population étudiée

Notre population étudiée est les professionnels de santé pouvant être amenés à prendre en charge les femmes enceintes en Normandie. Les différents acteurs autour des femmes enceintes sont les gynécologues, les médecins généralistes, les internes en SASPAS et les sages-femmes.

Pour faire appel à tous ces intervenants, nous avons eu le soutien des réseaux de périnatalité de Rouen et Caen, l'URML Normandie et les facultés de Caen et Rouen pour diffuser notre questionnaire.

2) Le questionnaire

Sources

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature de questionnaire validé s'adressant aux professionnels de santé et explorant leurs connaissances et pratiques dans le sevrage tabagique chez la femme enceinte.

L'élaboration du questionnaire s'est basée sur les recommandations de pratique résumées dans la Conférence de consensus de 2004 « Grossesse et tabac »(17) , et s'est inspirée de différents travaux de thèse.(26,27)

Contenu

Ce questionnaire est présenté en Annexe 2. Il comprenait 38 questions au total.

Une première partie « Profil du professionnel de santé » (Q1-9) permettait de connaître la profession du professionnel de santé, le profil sociodémographique du professionnel de santé, son statut tabagique et son niveau de formation en tabacologie.

Une deuxième partie « Pratique du professionnel de santé » (Q10-25) permettait d'appréhender la manière dont le professionnel prend en charge le sevrage tabagique face à ses patientes. On recherche les différentes méthodes que le professionnel utilise pour initier une discussion autour de la consommation tabagique. Les méthodes de sevrage sont aussi abordées. Et pour finir, comment le professionnel réagit en cas de poursuite du tabagisme ?

Commenté [PB6]: Tu cherches à identifier ce qu'il pourrait utiliser ou ce qu'il utilise. On se demande car la dernière phrase de ce paragraphe est bien

Une troisième partie « Motivation du professionnel de santé » (Q26-36) permettait de se rendre compte si le statut fumeur du professionnel pouvait modifier sa prise en charge. On cherchait à identifier quels arguments le professionnel utilisait pour aider la patiente dans son cheminement vers un sevrage. On demandait aux professionnels s'ils étaient en difficultés pour proposer un sevrage et s'ils arrivaient à identifier leurs difficultés.

La quatrième et dernière partie « Formation » (Q37-38) permettait d'évaluer le besoin ressenti des médecins de se perfectionner sur le sevrage tabagique et la manière dont ils souhaitaient que cette formation soit proposée.

Relecture

Ce questionnaire a été testé au préalable par 3 médecins pour juger de la pertinence et de la bonne compréhension des questions. Il n'a pas été modifié suite à cette relecture.

IV. - METHODE

1) Déroulement de l'enquête

Le questionnaire était anonyme pour l'envoi et l'analyse des résultats.

Nous avons décidé de l'envoyer par courrier électronique pour des questions pratiques (facilité et rapidité de l'envoi et du recueil, saisie informatique des données, faible coût).

La première partie du mail introduisait l'étude par un texte explicatif.

Le support internet Limesurvey a été utilisé pour créer ce questionnaire et recueillir les réponses.

L'enquête a duré 9 mois au total, du 1^{er} septembre 2017 au 1^{er} mai 2018, avec une relance faite à 1 mois pour les internes en SASPAS. Nous n'avions pas la possibilité de faire des relances avec les autres listes de diffusion.

Nous avons envoyé le questionnaire aux médecins généralistes via l'URML, ceux des sages-femmes et gynécologues via les réseaux de périnatalité de chaque région et aux internes via les facultés de médecine de chaque région.

2) Recueil des données et analyses des résultats

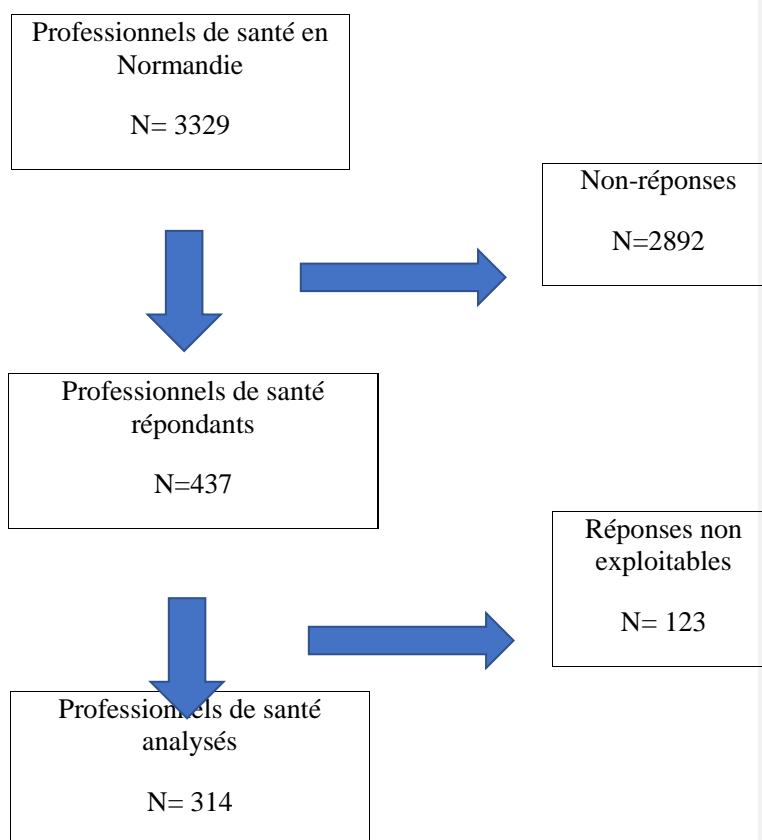
Une base de données a été réalisée à l'aide du logiciel tableur Excel, afin de ranger, coder puis analyser les données obtenues. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le site « biostatgv » et l'aide des internes de biostatistiques du département d'appui à la recherche clinique du CHU de Rouen.

RESULTATS

I. PARTICIPATION

Nous avons reçu au total 314 réponses complètes sur les 3329 questionnaires envoyés, soit un taux de participation de 9,43%.

Voici le diagramme de flux de la sélection de la population d'étude :



Parmi les 437 réponses reçues, 123 questionnaires étaient quasiment vides (seulement une ou deux réponses) et donc non exploitables.

II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

1) Caractéristiques socio-démographiques (Q1 à 6)

Les résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques des médecins sont reportés dans le tableau suivant :

	Notre étude N= 314
Profession	Gynécologue = 6% (19) Interne en SASPAS 8,3% (26) Médecin généraliste=58% (182) Sage-femme=27,7% (87)
Sexe	H = 32,8% (103) F= 67,2% (211)
Age	Moyen = 42 Médian = 39
Tabagisme	Fumeur =7,3% (23) Ex-fumeur = 20,7% (65) Non-fumeur = 71,02% (223) Tabagisme passif = 0,96% (3)
Mode d'activité	Seul= 16,6% (52) En groupe= 71% (223) Autre= 12,4% (39)
Lieu d'exercice	Rural= 10,5% (33) Semi-rural= 49,4% (155) Urbain= 40,1% (126)

2) Caractéristiques de la population par rapport au tabagisme (Q7 à 9 et Q26)

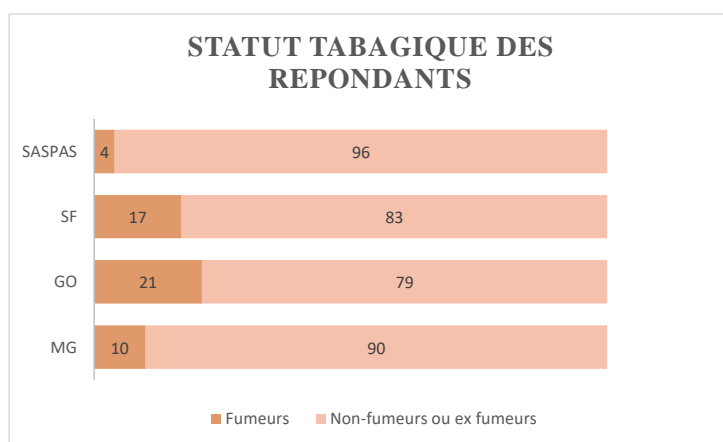
Parmi les professionnels, 18,1% (n=57) ont répondu avoir une formation en tabacologie.

Les fumeurs étaient en moyenne fumeur depuis 20 ans avec un minimum de 2 ans et un maximum de 40 ans de consommation.

Parmi les 23 fumeurs, 17 sont médecins généralistes, 1 interne en SASPAS, 4 gynécologues et 15 sages-femmes.

Les ex-fumeurs étaient sevrés en moyenne depuis 11ans avec un minimum de moins d'un an et un maximum de 35 ans.

Ils étaient 7,3% (n=23) de fumeurs, et 30% d'entre eux (n=6) expriment que leur statut tabagique pouvait être un frein pour aborder le sujet avec les patientes.



Leurs arguments sont :

« je pense que cela a une influence sur la proposition effectivement car même s'il faut réfléchir en tant que médecin, cela est difficile de convaincre quelqu'un de faire quelque chose qu'on est incapable de faire soi-même »

« parce que j'essaie moi même d'arrêter. La grossesse peut être aidante au sevrage MAIS également un changement perpétuel avec l'instabilité et l'anxiété qui gravitent autour de l'arrivée d'un enfant »

Pour les 70% restant, leur statut de fumeur ne semblent pas être frein. Ils donnent différents arguments :

« je reste un médecin, j'applique les recommandations »

« je connais les difficultés et bienfaits à arrêter, donc je pense être plus impliquée »

« il ne faut pas culpabiliser la patiente, il faut encourager même une diminution »

« mon statut de fumeur n'embrume pas mon jugement de professionnel de santé »

« Je perçois bien les difficultés du sevrage et de la gestion des émotions qui en découlent »

III. RESULTATS DE L'ENQUETE

1) Résultats sur la pratique du professionnel de santé (Q10 à 17)

Dans l'ensemble de leur pratique, les professionnels de santé déclarent à 99,4% (n=312) inciter leurs patientes à réfléchir sur leur tabagisme.

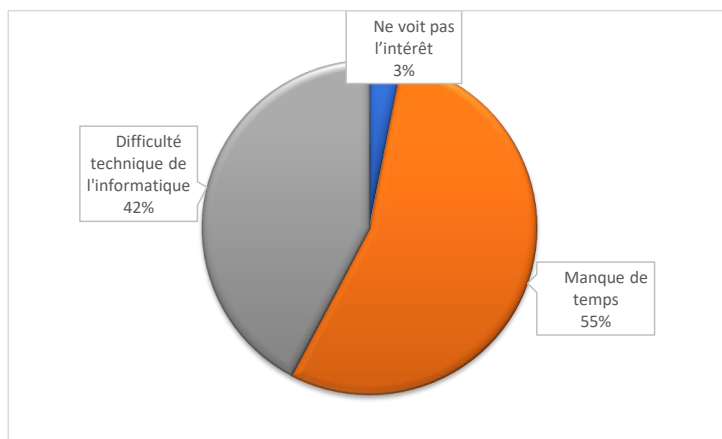
21,3% des professionnels (n=67) disent modifier leur prise en charge si la patiente est enceinte.

Mais 4% des professionnels (n=13) n'explorent pas systématiquement le tabagisme lors de la grossesse.

a. Information dans le dossier médical

71% des professionnels (n=223) déclarent noter dans le dossier médical la notion de tabagisme (durée d'exposition, intensité).

Les 29% (n=91) ne le faisant pas expliquent :



Commenté [PB7]: Mettre des résultats par catégorie professionnelle

Commenté [C8R7]: J'ai fait une partie à la fin des résultats avec le tableau en annexe 2

b. Interrogatoire de la patiente

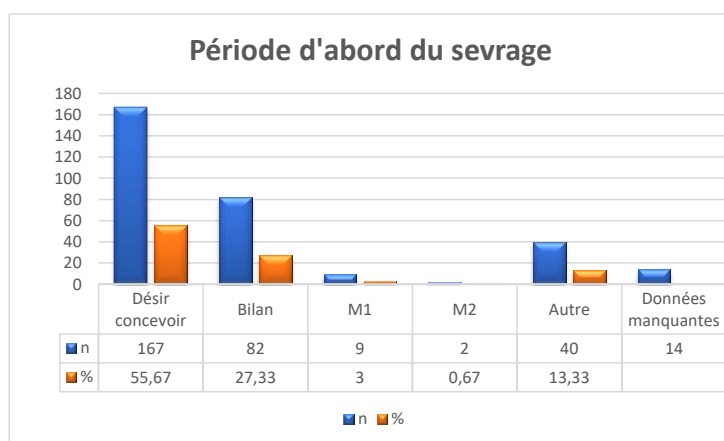
84% des professionnels (n=264) demandent à la patiente si elle a déjà fait une ou des tentatives de sevrage.

70,7% des professionnels (n=222) considèrent que le statut tabagique du conjoint est important.

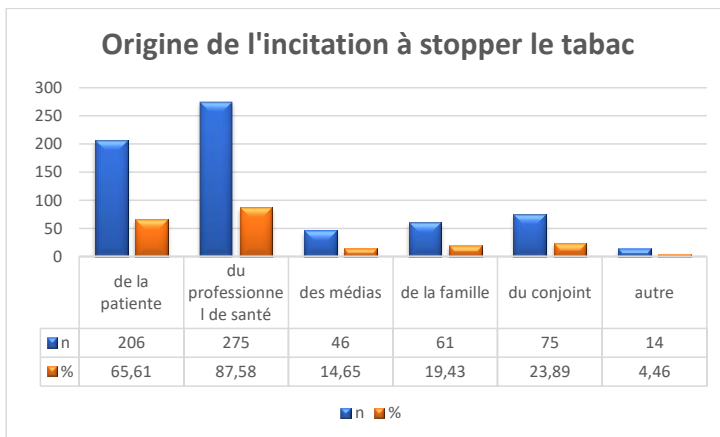
Les professionnels cherchent dans 60,5% des cas (n=190) à aborder le tabac à chaque consultation.

A la question, « quand discutez-vous pour la première fois du sevrage tabagique ? », les professionnels pouvaient répondre : lors du désir de conception, lors du bilan du premier mois, 1e mois, 2e mois, autre.

La réponse « autre » était le plus souvent « lors de l'ouverture du dossier ou lors de la première rencontre » qui est considérée comme « déjà trop tard » pour certains professionnels.

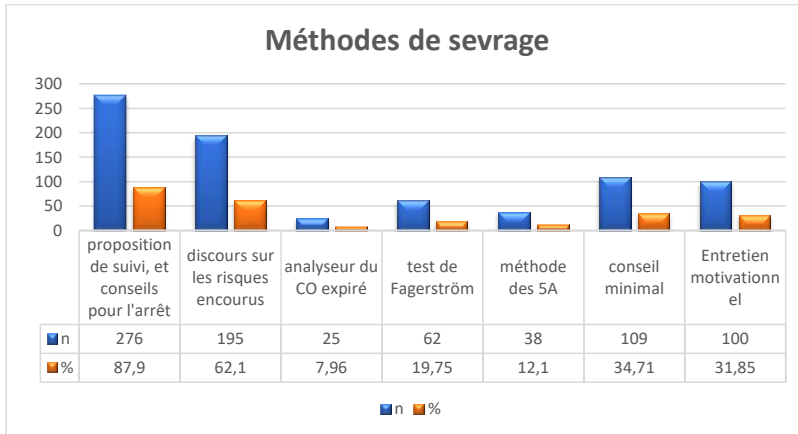


L'incitation à stopper le tabac vient :



Les professionnels ayant répondu « autre » ont pour certains eu du mal à comprendre la question ; les autres ont répondu que « chaque situation était différente », que « l'information vient de tous », « d'affiche en salle d'attente », « des connaissances du grand public ».

Nous avons proposé différentes méthodes de sevrage aux professionnels pour déterminer leurs outils de travail : la proposition de suivi, le discours sur les risques encourus, l'utilisation d'un analyseur de CO, le test de Fagerström, la méthode 5A, le conseil minimal et l'entretien motivationnel.



Les professionnels pouvaient par la suite décrire leur méthode de proposition du sevrage tabagique :

- interrogatoire de la patiente :

« **Interrogatoire évaluant la consommation, semblable a quelques termes prêts au test de Fagerstrom, durée, quantité, tabagisme passif, tentative de sevrage (nombre méthode, durée maintenue)** »

« Avez-vous changé des habitudes de vie depuis le début de votre grossesse ? »

« J'essaie de connaitre les quantités, les contextes dans lesquels elle fume »

« Je demande dès l'interrogatoire du suivi de grossesse si le nombre de cigarette a diminué depuis la dernière consultation, à quelle heure est fumée la première cigarette, si le conjoint est aussi fumeur »

« Combien de cigarettes, depuis quel âge, combien cela vous coûte ? »

- risques encourus :

« Faire venir la patiente aux craintes qu'elle peut avoir avec le tabac de façon à l'inciter à arrêter lui expliquer les conséquences sur le fœtus et sur elle-même »

« Je lui explique les risques pour le fœtus »

« Informations sur les conséquences sans culpabilisation »

« Connaissez-vous les risques liés à la consommation de tabac ? (En général je complète un peu, surtout en gynéco : peu savent que ça augmente le risque d'incontinence urinaire) »

« Faire formuler par la patiente les risques qu'il court et les inconvénients du tabagisme (financier, peau, dent, exemplarité...) et à l'inverse le plaisir qu'il en retire »

« J'insiste sur les effets secondaires du tabac sur le bébé pendant la grossesse (prématurité, hypotrophie, pathologies vasculaires placentaires et rénales avec prééclampsie...) »

« Savez-vous que le monoxyde de carbone traverse le placenta et votre bébé y est 10 fois plus sensible que vous ? Savez-vous que la consommation de tabac peut ralentir la croissance du bébé ? »

« Description de l'impact sur le fœtus et l'enfant (une fois qu'il sera né) »

« Toute cigarette non fumée est un bénéfice pour la santé du bébé »

- techniques d'entretien :

« J'explore, systématiquement ou pas, les vécus positifs et négatifs du tabac, et m'efforce de permettre à la patiente de formuler elle-même un objectif, pas forcément chiffré, ou si elle ne le fait pas d'elle-même, je l'invite à définir un objectif, ou lui en suggère un. En cas de vécu positif envahissant type besoin d'anxiolyse, ou "ce n'est pas le moment", je renonce à des

objectifs de sevrage tabagique et réoriente l'entretien en thérapie cognitivo-comportementale selon la patiente. »

- « Je lui demande si elle veut de l'aide pour arrêter »
- « J'explique que le but est de diminuer, pas forcément d'arrêter totalement la cigarette du jour au lendemain... »
- « Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? si oui par quelles méthodes ? Etes-vous motivée pour essayer (à nouveau) d'arrêter ? Que souhaitez-vous essayer comme technique ? Énumération des techniques (patchs, gommes à mâcher, hypnose...)
- Propositions thérapeutiques en conséquence »
- « Proposer un suivi, proposer un objectif que la patiente se donne lui-même les patientes ont des idées de sevrage, il faut les accompagner, les valoriser dans ce sens si ces méthodes sont faisables »
- « Pas de termes particuliers sinon pour introduire le sujet, toujours une question ouverte type "avec le tabac, vous en êtes où" »
- « Écoute active, questions ouvertes, reformulations/synthèse, information, objectifs individualisés, valorisations ... »
- « Savez-vous que l'on peut mieux vous soutenir en évaluant votre dépendance et en faisant régulièrement un bilan pour évaluer ce qu'on a mis en place ? »
- « Proposer les méthodes en fonction des attentes, et des moyens financiers »
- « Lui faire découvrir la contradiction entre le désir d'arrêter et ce qui l'en empêche »
- « Proposition d'une consultation en tabacologie et d'un accompagnement par acupuncture »
- « Test de Fagerstrom, entretien motivationnel, méthode des 5A, sont utilisés uniquement lorsque la patiente a intégré une consultation AST (Aide Sevrage Tabagique) »
- « Et je la reconvoque assez rapidement pour réévaluer et la gratifier si elle tient le sevrage. Reconnaître ses efforts. »

« Demander à la patiente d'analyser sa propre consommation, pourquoi fume-t-elle, chaque cigarette est-elle indispensable, sont-elles toutes bonnes. Avantages et inconvénients de l'arrêt du tabac. Tout cela peut se faire assez vite en fait, et cela fait réfléchir le/la patient(e). »

« Expliquer les 4 plaisirs à retrouver Souffler Odorat, Euros et Éclat du visage »

« Reformulation de ce que dit la personne pour lui faire prendre conscience de son degré de motivation »

- investigations pour la mesure du CO :

« On mesure le degré d'intoxication avec l'appareil CO testeur (discussion du résultat, prise de conscience)

- quand proposer le sevrage :

« A n'importe quel moment de la consultation si c'est la patiente qui amène le sujet, au moment opportun si c'est moi »

« Sujet abordé au moment de la prise de tension »

« Souhaitez-vous qu'on en parle ou qu'on en reparle lorsque vous vous sentirez prête ? »

« Question abordée à chaque consultation de suivi de grossesse »

« Milieu ou fin de consultation en général » « plutôt en début de consultation »

« Tout au long de la consultation, par petites touches successives »

- obstacles au sevrage :

« Je n'oublie jamais que le tabac est un vrai plaisir et que cette notion est à garder en tête »

« Parfois, elles disent que ce n'est pas le moment car elles se sentent particulièrement anxieuses, inquiètes parfois même angoissées du fait de la grossesse et de ses changements, du fait de problèmes familiaux, psychologiques ou sociaux lourds. »

« Le problème est que nous (les médecins généralistes, enfin sur mon secteur) ne suivons pratiquement plus de grossesses car les patientes sont phagocytées par le service de gynécologie et les sages-femmes donc nous les voyons pour la prise de sang de bHCG et après plus rien... (ou alors un arrêt pdt la grossesse !!!) »

« Entretien qui tient compte du niveau de connaissance de la patiente, de sa motivation, de sa perception »

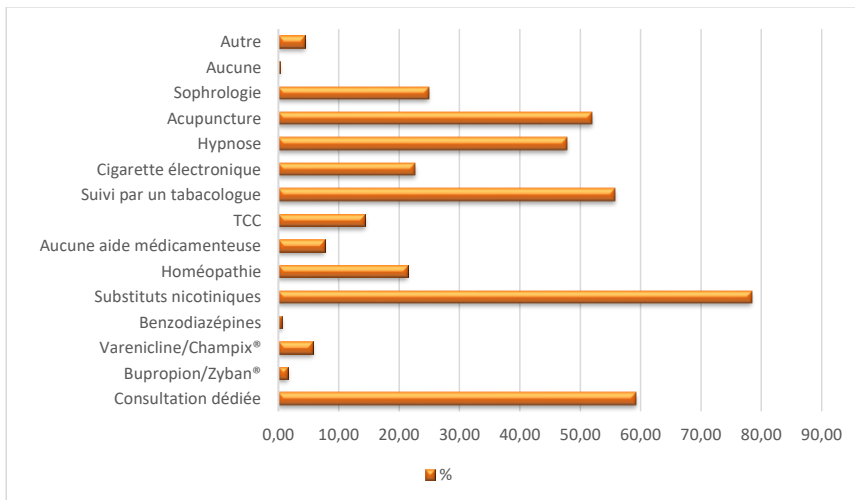
Les professionnels avaient ensuite la possibilité de visionner une vidéo mettant en scène un médecin et une patiente lors de la première prescription de contraceptif oral. Le but de la vidéo est d'introduire la méthode de l'entretien motivationnel. Elle est présentée par le service de traitement de la dépendance à la nicotine au centre de toxicomanie et de santé mentale canadien. 268 professionnels (85,3%) ont visionné la vidéo ou une partie de la vidéo. Parmi eux 84% (n=225) ont trouvé que cette méthode serait intéressante à proposer aux femmes enceintes. Si on détaille par profession : 80% des médecins généralistes / 92% des internes en SASPAS / 71% des gynécologues / 89% des sages-femmes.

Commenté [PB9]: Répartition selon les catégories professionnelles

c. Aides proposées

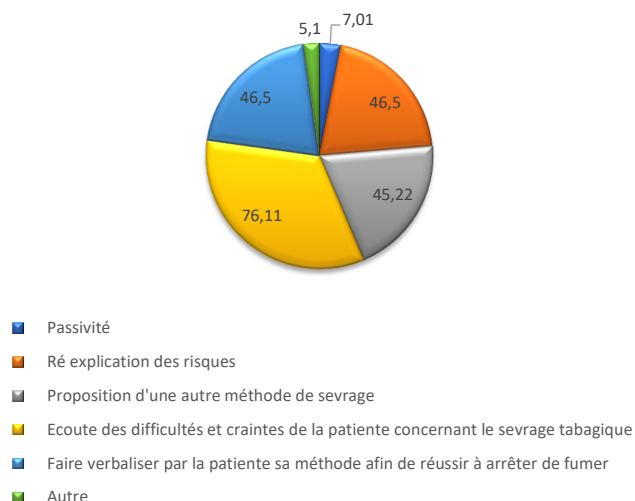
Nous avons interrogé les professionnels sur les différentes méthodes qu'ils proposent à leurs patientes pour le sevrage (consultation, bupropion, varenicline, benzodiazépines, substituts nicotiques, homéopathie, aucune aide

médicamenteuse, thérapie cognitivo- comportementale, suivi par un tabacologue, cigarette électronique, hypnose, acupuncture, sophrologie, autre)



Par la suite, nous demandons l'attitude que le professionnel adopte en cas de poursuite du tabagisme par la patiente.

Attitudes en cas de poursuite du tabagisme



En cas de réponse « autre », les professionnels proposent : « félicitations des petits progrès », « éviter de culpabiliser », « rassurer, encourager », « tenter une diminution de la consommation », « positiver, ne pas mettre la patiente en échec »

Commenté [PB10]: A placer en dessous du schéma

2) Motivation du professionnel de santé (Q18 à 27)

70% (n=14) des professionnels fumeurs considèrent que leur statut de fumeur ne modifie pas leur motivation à proposer un sevrage.

Leurs arguments sont : « je reste un médecin face à mes patientes et j'applique les recommandations », « je connais les difficultés à arrêter et je pense donc être plus impliquée dans cette démarche. Je connais aussi les bienfaits de l'arrêt », « je connais les inconvénients mineurs et la difficulté à l'arrêt », « mon statut de

fumeur n'embrume pas mon jugement de professionnel de santé », « je pense que cela a une influence sur la proposition du sevrage car il faut quand même réfléchir en tant que médecin, cela est difficile de convaincre quelqu'un de faire quelque chose que l'on est incapable de faire soi-même », « je perçois bien les difficultés du sevrage et de la gestion des émotions qui en découlent »

Nous leurs avons demandés quel(s) argument(s) ils utilisent préférentiellement pour proposer le sevrage. (la prématurité, l'hypotrophie du nouveau-né, les anomalies congénitales, la mort subite du nourrisson, les risques lors de l'accouchement, les maladies cardio-vasculaires chez la mère, le diabète, les maladies aiguës (pneumopathie), autre)

Les autres arguments utilisés par les professionnels de santé sont :

- liés à l'enfant :

« Le risque de bronchiolite du nourrisson », « Si grosse fumeuse, je parle des risques de sevrage à la naissance pour le bébé. Je ne parle pas de la mort subite du nourrisson, mais il y a des dépliants en salle d'attente. Je trouve que c'est trop violent », « fumer en cours de grossesse équivaut à faire fumer un nouveau-né », « risque d'asthme chez l'enfant », « le manque d'oxygène fœtal pour un bon développement du cerveau », « mort fœtale in utero », « j'explique que le tabac passe par le placenta et que ça entraîne des infarctus au niveau du placenta. Le bébé est alors moins alimenté », « susceptibilité augmentée à ce que l'enfant fume lui-même plus tard »

Commenté [PB11]: Est-ce qu'il est possible de les ranger en nommant des thématiques : cout, impact santé, hygiène, social etc
Cela peut aider à montrer la diversité parfois peu scientifique des arguments et aider à justifier dans la discussion la nécessité de se former pour savoir quels arguments sont utiles à utiliser pour renforcer le sevrage tabagique

- liés à la mère :

« Cancers liés au tabac pour la mère », « BPCO, infarctus, AVC, dents jaunes, rides, mauvaise haleine, perte de l'odorat et du goût », « risques d'infertilité, fausse couche et grossesse extra-utérine : je le dis mais je n'insiste pas trop »

« En général, les femmes enceintes connaissent les risques et je n'ai pas besoin d'insister pour les motiver. La difficulté est de trouver le meilleur moyen pour l'arrêt. », « Je laisse la patiente trouver ses propres arguments sans chercher à lui faire peur. », « j'évite d'apporter trop d'arguments déjà connus par les patientes ; cela les met dans une position de résistance... il vaut mieux les questionner sur leurs connaissances et en discuter que de culpabiliser (n'apporte que peu de résultats en prévention!) », « Les menaces ne sont pas une bonne motivation », « Le retour du mieux-être et l'amélioration de l'estime de soi »

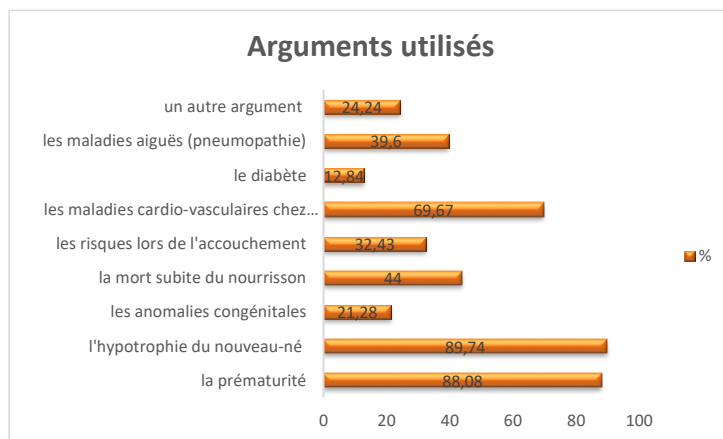
- liés au coût :

« Ruine financière », « remboursement de 150E pour les substituts nicotiques »

- liés à l'impact social :

« Je réponds aux questions s'il y en a car la femme sait déjà beaucoup de choses et se culpabilise tellement que je pense que c'est contre-productif. En fait, je passe du temps et utilise mon énergie aux volontaires (pour ceux qui ne le sont pas j'attends). Par contre je passe beaucoup de temps à aider et accompagner ensuite sans objectif de date de fin. Et s'il y a reprise du tabac, je valorise la tentative. Je me sers beaucoup du côté sage-femme et la relation que la femme installe avec moi qui est très différente de celle qu'elles ont avec leur médecin

traitant », « valoriser plutôt que faire peur », caractère socialement inacceptable de la dépendance, relation de soumission à la manipulation de l'industrie du tabac »

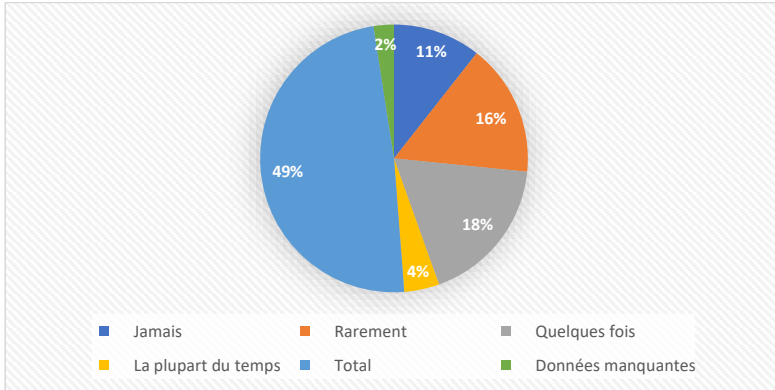


A la question « le sevrage tabagique vous semble-il simple à mettre en place ? », 75,4% (n=227) des professionnels répondent NON.

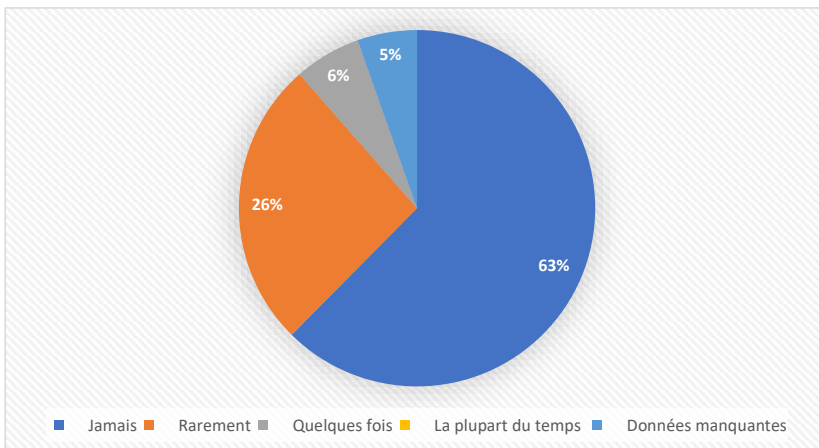
a. Freins à proposer le sevrage

Les différents freins proposés étaient : connaissances insuffisantes, désintérêt, manque de temps, manque de réceptivité de la patiente, peur de culpabiliser la patiente, taux de rechute, prix des substituts nicotiniques mal remboursés, difficultés de mise en place de l'exploration et du sevrage tabagique au cours de la consultation pour grossesse.

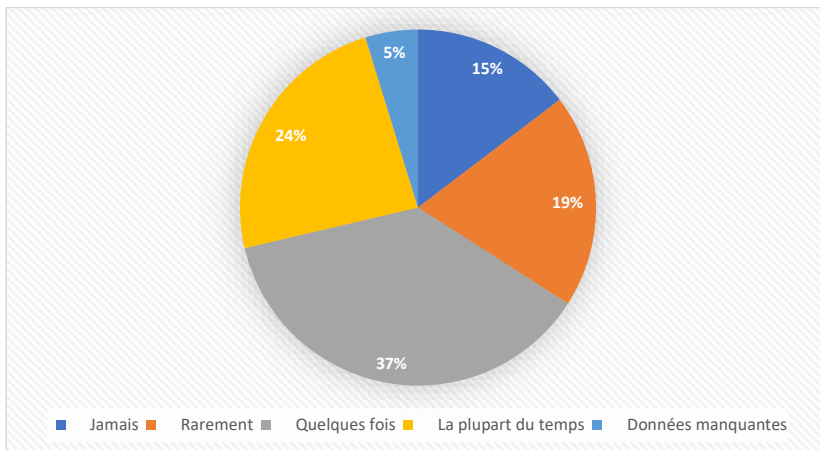
- Connaissances insuffisantes :



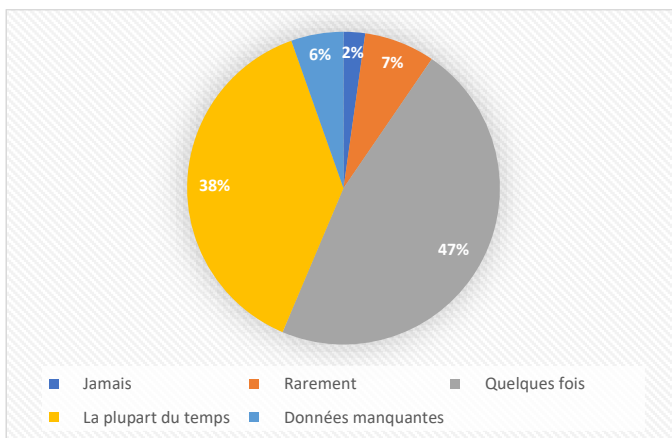
- Désintéret :



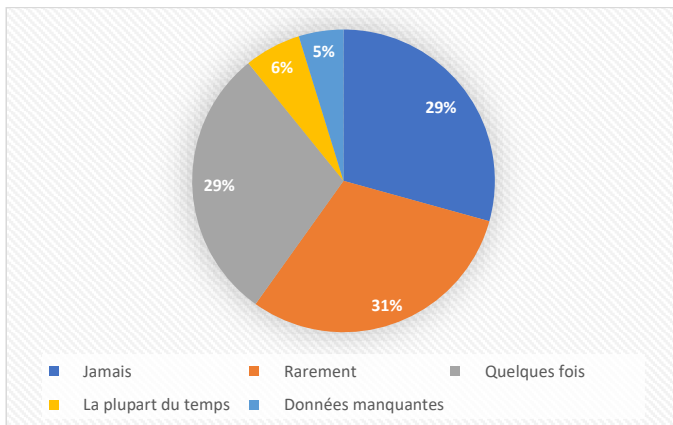
- Manque de temps :



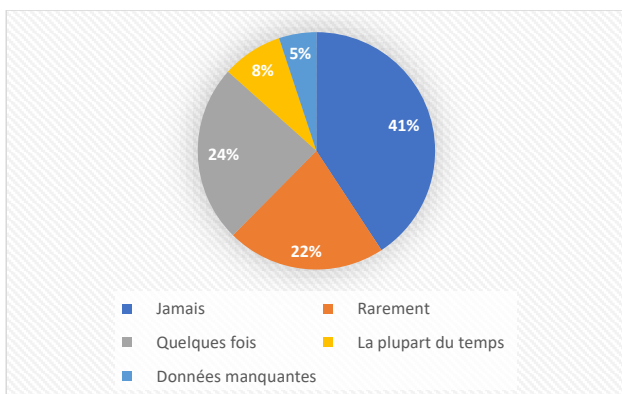
- Manque de réceptivité de la patiente :



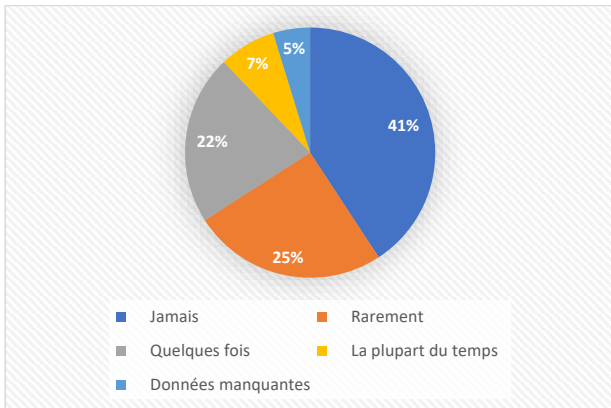
- Peur de culpabiliser la patiente :



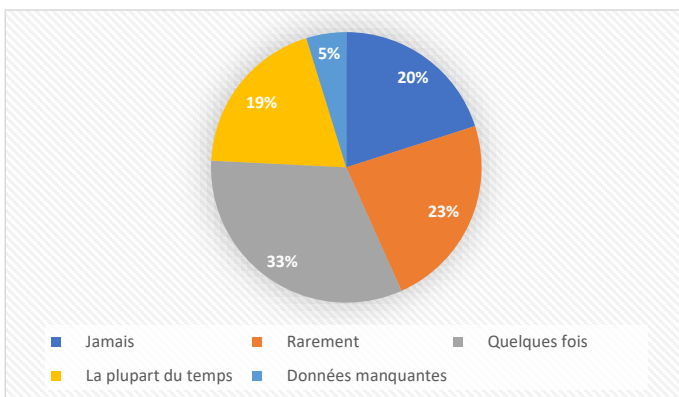
- Taux de rechute :



- Prix des substituts nicotiniques mal remboursés :



- Difficultés de mise en place de l'exploration et du sevrage tabagique au cours de la consultation pour grossesse :



- Autres freins :

« aides non pharmacologiques (TCC, psychothérapie, sophrologie) non remboursées »

« difficultés à être moteur dans la décision d'arrêter le tabac »

« manque de motivation de certaines patientes qui minimisent les risques »

« prise en charge longue, consultation longue , manque d'assiduité des patientes pour le suivi »

« manque de confiance de la patiente en ses capacités à parvenir au sevrage »

« manque de formation concrète »

« tabagisme du conjoint »

« le tabagisme cache souvent un mal être dont les origines n'ont souvent jamais été explorées. Quand on pose la question : pourquoi fumez-vous ? Il faut être prêt à entendre des révélations graves, être prêt à orienter et accompagner. La grossesse est un moment de fragilité psychologique, arrêter de fumer au moment où l'on est fragilisé est encore plus difficile. D'autant que s'ajoute l'obligation de réussite, sinon culpabilité. Importance d'accompagner toutes les femmes abstinentes ou pas car elles sont dans la culpabilité, la mauvaise estime d'elles et ce n'est pas un atout pour rentrer dans une parentalité active. »

« Remboursement des substituts nicotiques à posteriori »

« la médiatisation du tabac et tous les contournements de la loi Evin »

« pas de consultation dédiée avec cotation spécifique »

« la principale difficulté est le temps que nécessite une consultation d'addictologie que ce soit pour le tabac ou l'alcool ; il faudrait avoir une consultation dédiée mais ce n'est presque jamais le cas en médecine générale. Les consultations sont quasi toujours à multiples motifs et le temps souvent pas disponible. Par ailleurs, l'autre difficulté est parfois ma lassitude à redonner à plusieurs reprises les mêmes informations à un patient, même si je suis bien consciente qu'il est nécessaire de proposer d'en reparler à chaque consultation »

b. Eléments manquants pour bien proposer un sevrage

40,5% (n=121) des professionnels ont l'impression qu'ils leur manquent des éléments pour bien proposer un sevrage.

Si l'on regarde pour chaque profession la réponse à cette question :

39,9% des sages-femmes/ 33,3% des gynécologues/36,4% des internes en SASPAS/19,4% des médecins généralistes ont l'impression de manquer d'éléments pour proposer un sevrage.

Les femmes ont plus l'impression de manquer d'éléments 30,3% vs 21,6%.

Suite à cette question, les professionnels pouvaient librement expliquer leurs difficultés :

- Formation :

« Peu de formation lors des études médicales. Nous connaissons le nom des molécules, mais pas tous les effets et les modes de prescription ex bupropion...» Chez la femme enceinte pas de formation du tout pendant les études d'externe e d'interne surtout (cela dépendra de nos praticiens avec qui l'on est en 1er niveau) : je n'ai vu pour ma part aucune mise en place des traitement médicamenteux »

« J'aimerais tellement faire un DU de tabacologie : mais tous sont compliqués à faire : stages, temps et mémoire. Je suis en libéral avec une vie de famille, le travail de mémoire pour ça me rebute : pas le temps ni l'énergie. (J'en ai fait un

Commenté [PB12]: Il faut dégager des thématiques comme dans une analyse quali qui seront explicité par les verbatims. Tels que c'est illisible

pour le DIU de gynéco mais là ça me paraissait plus justifié). Si on veut que les professionnels se forment : pourquoi pas des formations plus simples, plus maniables, avec formation à l'entretien motivationnel par exemple et rappel des fonctionnements qui conduisent à l'addiction, avec des profils types, et un répertoire de professionnels pour avoir un réseau, notamment en cas d'addiction associées : alcool par exemple ou cannabis. Aujourd'hui je ne sais pas vers qui adresser mes patientes, (il y a des tabacologues parfois en maternité mais ça n'accroche pas toujours surtout quand c'est "à l'ancienne") »

« Manque de formation : quelques heures seulement... Le fait de n'être pas parfaitement à l'aise et d'adresser la patiente à un tabacologue peut entraîner l'échec car va-t-elle vraiment consulter... »

« Pas de formation. Je crois qu'il est urgent de former tous les professionnels localement et que cette formation soit intégralement prise en charge par le réseau périnatalité ou autre organisme impliqué dans la santé des femmes et des enfants... et des pères ! Je suis en attente d'une formation, sans aller jusqu'au DU. »

« Il me manque des techniques d'entretien motivationnel qu'il faudrait que j'acquière pour que cela me soit plus naturel, il faudrait que je prenne plus le temps d'explorer les motivations à l'arrêt et à la poursuite du tabagisme ; il faudrait que je sois moins dans le discours médical sur les risques uniquement qui a parfois tendance à braquer certaines patientes. »

- Méthodes de sevrage :

« **Améliorer entretien motivationnel être moins moralisateur dans mon discours** »

« Je suis persuadé que la cigarette électronique est très intéressante dans cette situation. De même que les patches à la nicotine. Il faudrait "interdire" aux

Commenté [PB13]: ?

politiques de gloser sur la cigarette électronique et demander l'avis des pneumologues sur leur utilisation et leur innocuité. »

« Peut-être un protocole. Que tous les soignants aient le même discours la même prise en charge si elle voit des soignants différents »

« Une information grand public comparable à celle concernant la consommation d'alcool, les effets du tabac sont méconnus et minimisés »

- Difficultés techniques :

« Le temps : pour assurer une écoute empathique, il faut du temps !! Dans le cadre du suivi de grossesse, il y a déjà beaucoup de contraintes et d'impératifs.

De plus, l'insistance sur le sujet est parfois vécue, non comme une attention bienveillante, mais comme un stress, ce qui est contre-productif... »

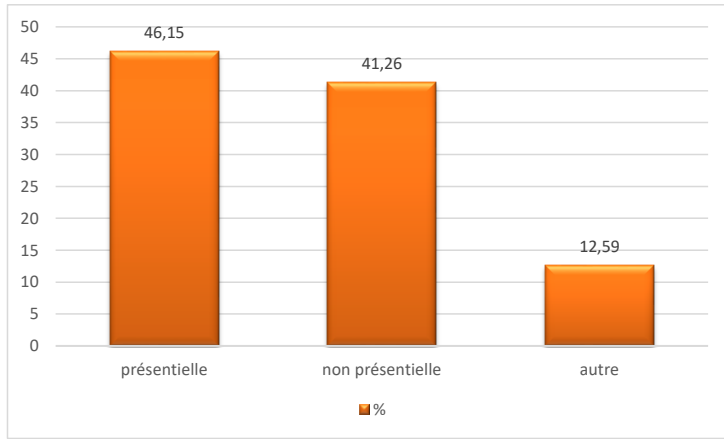
« Le manque de moyens mis en œuvre dans ma maternité concernant le sevrage tabagique est un frein à la prise en charge des patientes (je n'ai pas de CO testeur par exemple...) »

« Je conseille parfois l'acupuncture ou l'hypnose, mais sans pouvoir dire aux patientes à qui s'adresser »

3) Proposition de formation (Q 28-29)

76,6% (n=219) des professionnels seraient intéressés par une formation sur le sevrage tabagique.

Ils pouvaient ensuite s'exprimer sur leur préférence du format de la formation :



4) Comparaison des résultats pour les professionnels fumeurs et les professionnels non-fumeurs.

a. Caractéristiques de la population

Seulement un fumeur a une formation en addictologie/tabacologie contre 56 non-fumeurs ($p=0,07$).

95,7% des fumeurs incitent leurs patientes à réfléchir sur leur tabagisme versus 99,7% des non-fumeurs ($p=0,14$).

La notion de tabagisme est référencée dans les dossiers chez 56,5% des fumeurs versus 74,7% des non-fumeurs ($p=0,11$).

b. Motivation des professionnels

73% des fumeurs demandent à la patiente si elle a déjà arrêté de fumer versus 85% des non-fumeurs ($p=0,22$). La consommation du conjoint est demandée par 65,2% des fumeurs versus 71,1 des non-fumeurs ($p=0,54$).

82,6% des fumeurs modifient leur prise en charge si la patiente est enceinte contre 78,3% des non-fumeurs ($p=0,63$).

91,3% des fumeurs explorent le tabagisme lors de la grossesse contre 96,2% des non-fumeurs ($p=0,24$).

Pour les fumeurs, l'incitation à stopper le tabagisme vient de la patiente dans 82,6% des cas alors que pour le non-fumeur elle vient dans 89% des cas du professionnel de santé.

Le fumeur aborde le tabagisme à chaque consultation dans 52,1% des cas contre 61,2% pour le non-fumeur ($p=0,39$).

En cas de poursuite du tabagisme, le statut du professionnel n'entraîne pas de modification de la prise en charge. Les professionnels proposent les mêmes méthodes d'aides au sevrage peu importe leur statut.

Les freins à proposer un sevrage tabagique chez le professionnel fumeur :

- quelques fois des connaissances insuffisantes pour 50% d'entre eux contre 35,9% des non-fumeurs ($p=0,4$)

- **quelques fois un désintérêt de leur part pour 20% d'entre eux contre 5,4% des non-fumeurs ($p<0,05$)**

- la plupart du temps un manque de temps pour 35% d'entre eux contre 24,3% des non-fumeurs ($p=0,45$)

- quelques fois un manque de réceptivité de la patiente pour 55% d'entre eux contre 49,1% des non-fumeurs ($p=0,84$)

- rarement une peur de culpabiliser la patiente pour 35% d'entre eux contre 31,9% des non-fumeurs ($p=0,84$)

- jamais le taux de rechute pour 45% d'entre eux contre 42,8% des non-fumeurs ($p=0,9$)

- jamais le prix des substituts nicotiques pour 60% d'entre eux contre 41,6% des non-fumeurs ($p=0,33$)

- quelques fois les difficultés de mise en place de l'exploration et du sevrage tabagique au cours de la consultation pour grossesse pour 40% d'entre eux contre 33,7% d'entre eux ($p=0,69$)

5) Comparaison des résultats entre les différentes professions.

Vous trouverez en Annexe 3 un tableau reprenant chaque question pour chaque classe de profession.

On remarque que les sages-femmes sont plus formées en tabacologie que les autres professionnels ($p < 0,05$).

Les sages-femmes mettent en avant des difficultés techniques pour noter la présence de tabagisme dans leur dossier ; contrairement aux autres professionnels qui accusent un manque de temps.

On retrouve une disparité dans les aides proposées aux patientes : les médecins généralistes et les internes en SASPAS proposent les traitements substitués nicotiques, les gynécologues une consultation dédiée et les sages-femmes un rendez-vous avec un tabacologue.

En cas de poursuite du tabagisme, les gynécologues vont avoir plus tendance à réexpliquer les risques encourus alors que les autres professionnels restent à l'écoute.

L'argument le plus utilisé par les professionnels pour proposer un sevrage tabagique est l'hypotrophie. Seuls les médecins généralistes utilisent le plus souvent la prématurité.

Concernant les freins que peuvent rencontrer les professionnels, on notera que les sages-femmes trouvent que le prix est quelques fois un frein versus jamais pour leurs collègues. Les sages-femmes trouvent aussi que la plupart du temps,

elles ont des difficultés de mise en place de l'exploration du tabagisme et de la proposition au sevrage.

Concernant la formation, les médecins généralistes et les internes en SASPAS préféreraient une formation présentielle ; les gynécologues et sages-femmes non présentielle.

DISCUSSION

I. POPULATION

Selon les recueils du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la région Normandie compte 6172 médecins généralistes au 1er janvier 2018.

L'âge moyen des médecins en Normandie est de 57,4 ans et 43,6% des médecins sont des femmes.(28)

Nous retrouvons dans nos résultats un âge moyen pour les gynécologues et les médecins généralistes de 44,5 ans et 52,9% de femmes.

Nous n'avons pas de résultats équivalents pour les sages-femmes et ne n'avons pas la possibilité d'identifier les gynécologues spécifiquement parmi les médecins sur le site du Conseil de l'ordre.

La majorité exerçait en groupe, en milieu semi-rural (>2000 et <20 000).

D'autre part, très peu de professionnels ont déclaré être fumeurs (7,3%, n=23). Ce taux est largement inférieur aux taux retrouvés dans d'autres études, bien que celles-ci soient plus anciennes : le dernier baromètre santé des médecins et pharmaciens s'étant intéressé à leur statut tabagique date de 2003, il mettait en évidence un taux de fumeurs de 28,8% (29).

Une étude portant sur 332 médecins généralistes en 2008 retrouvait un taux de tabagiques actifs de 18,3% (30). Le travail de thèse sur une population proche de la nôtre (31) retrouve un nombre de fumeur faible 4,3%. En revanche, dans notre étude, beaucoup de répondants se sont déclarés anciens fumeurs (20,7%, n=65). On pourrait penser que le taux de fumeurs actifs est sous-estimé dans notre travail du fait du caractère déclaratif de cette information et du biais de

désirabilité sociale, phénomène qui était suspecté également pour les résultats du dernier baromètre santé (29).

On peut également avancer l'hypothèse que les professionnels les plus intéressés par le sevrage tabagique sont les non-fumeurs et les tabagiques sevrés. Cependant nous n'avons pas trouvé d'étude récente concernant le taux de tabagisme chez les professionnels de santé, alors que l'on sait que le taux de fumeurs en Europe a globalement tendance à diminuer (32).

Le taux de réponses à notre enquête est 10,6%. On peut considérer ce taux de réponse comme faible mais au-dessus des taux habituels.

Si l'on regarde pour chaque profession, les médecins généralistes ont répondu à 12,4% / les sages-femmes à 7,7% / les gynécologues à 14% / les internes en SASPAS à 5,3%.

Une étude (33) comparant une population équivalente dans les Hauts de France en dehors des internes en SASPAS obtient une participation bien supérieure de 47% mais ils avaient contacté les professionnels de santé un par un pour obtenir leurs adresses électroniques et avaient réalisés 3 relances.

II. FORCES ET LIMITES

1) Forces

Nous avons inclus dans notre étude plusieurs professionnels de santé effectuant des consultations prénatales et notamment les médecins généralistes, ce qui est rarement effectué dans ce type d'étude. Cela est donc un point positif car cela nous permet d'avoir un échantillon plus représentatif des professionnels de santé.

De plus, notre étude regroupe 5 départements, ce qui couvre une surface importante et rend notre échantillon plus conséquent.

Ensuite, notre étude s'intéresse au sevrage tabagique chez la femme enceinte. Les études concernant cette population sont peu nombreuses car la grossesse est un facteur d'exclusion dans de nombreux essais cliniques. Pourtant, une bonne prise en charge est essentielle à ce moment où les conséquences du tabagisme vont au-delà de la seule patiente.

Le questionnaire lors de notre étude a préalablement été testé, ce qui a permis de modifier les questions pouvant porter à confusion ou bien d'ajouter des items lors des questions à choix multiples.

La dernière force de notre étude est de s'intéresser au statut tabagique du professionnel.

Ce travail de thèse vient compléter un travail qualitatif sur le même thème chez des médecins généralistes, maîtres de stage.(26)

2) Limites et biais

Il existe dans notre travail plusieurs biais :

- biais de sélection avec l'utilisation du réseau de périnatalité pour les sages-femmes et gynécologues et l'URML pour les médecins généralistes

Comme pour toute enquête d'opinion par réponse libre, seuls les professionnels intéressés par le sujet d'étude répondent. Pour éviter ce biais, il aurait fallu faire une enquête dirigée, par contact direct, avec randomisation de médecins généralistes sur une liste exhaustive pour recueil de réponse immédiate.

- biais de recrutement avec un questionnaire long ayant pu freiner certains professionnels à le remplir entièrement

Le mode de recrutement a été choisi par souci pragmatique (seule voie de communication disponible aux heures et jours non ouvrables). En effet, le contact par voie électronique semblait moins gênant, laissant le choix au professionnel du moment pour lire et remplir le questionnaire.

L'envoi par voie électronique seule a un taux de réponse inférieur que l'appel téléphonique OR = 3,6 (IC95 = 3-4,5). Les questionnaires de moins de 2 pages aussi : OR = 2,2 (IC95 = 2-2,4).(34) Ici le questionnaire fait 10 pages.

- biais de déclaration, en effet nous ne pouvons pas savoir si les réponses recueillies dans notre questionnaire sont représentatives de ce qui est réalisé en pratique lors des consultations. Malgré tout, le fait même d'avoir reçu ce questionnaire sur la problématique du tabac chez la femme enceinte les a sensibilisés sur le sujet.

III. RESULTATS PRINCIPAUX

1) Objectif principal

Les facteurs qui influencent l'implication des professionnels dans le sevrage tabagique des femmes enceintes selon notre étude sont :

- dans 79% des cas les professionnels considèrent que la grossesse est un moment propice au sevrage

Selon un travail de thèse réalisé dans 2 maternités du département des Yvelines, 72,3% des patientes déclarent qu'un professionnel de santé leur a posé la question du statut tabagique durant leur grossesse.

- 61% des professionnels abordent le sevrage tabagique à chaque consultation. Dans une population professionnelle proche (35), les professionnels posent de manière systématique les questions du « conseil minimal » dans 54% des cas.

- dans 88% des cas la proposition de sevrage tabagique vient du professionnel de santé lui-même

- en cas d'échec au sevrage, dans 76% des cas les professionnels écoutent les difficultés et les craintes de la patiente. Ils ne cherchent pas à culpabiliser la patiente mais ne restent pas passifs pour autant

- parmi les 20 fumeurs interrogés, 6 d'entre eux considèrent que leur statut de fumeur entraîne une modification de leurs pratiques. Selon eux, ils sont plus à même à proposer un sevrage car ils connaissent les difficultés que la patiente rencontre, les bénéfices qu'elle pourra tirer d'un arrêt de la

consommation, et les risques de rechute inconnu du professionnel non-fumeur. Un professionnel a aussi abordé qu'il était difficile d'aider une patiente à entreprendre un sevrage qu'on est soit même incapable de faire.

- leur implication est modifiée quelques fois par des connaissances insuffisantes, jamais par un désintérêt de leur part, quelques fois par manque de temps, quelques fois par un manque de réceptivité de la patiente, quelques fois par une peur de culpabiliser la patiente, jamais par le taux de rechute qui est connu comme important après la grossesse, jamais par le prix des substituts nicotiques.

2) Objectifs secondaires

Techniques de prise en charge

- 84% des professionnels demandent si la patiente a déjà cessé de fumer auparavant.

Cette information peut être importante pour le professionnel, en identifiant avec la patiente les difficultés rencontrées lors du précédent sevrage, la cause de l'échec du sevrage.

- 71% des professionnels demandent si le conjoint est fumeur. Il est connu que le sevrage tabagique sera d'autant plus difficile pour la femme enceinte si son conjoint et/ou son entourage est fumeur. Le fait que le conjoint soit fumeur entraîne aussi une intoxication au monoxyde de carbone pour la patiente. D'après un travail de thèse (36), 93% des femmes enceintes considèrent que leur conjoint fumeur peut avoir une influence sur la réussite de leur sevrage.

- dans 59% des cas les professionnels proposent les substituts nicotiniques dans le sevrage tabagique.

Les Traitements Nicotiniques Substitutifs (TNS) sont autorisés chez la femme enceinte depuis 1997. Ils sont recommandés par les autorités nationales de santé, même si à ce jour les études n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait du nombre restreint d'études et du faible taux d'observance des patientes.(23)

Les 3 autres grandes propositions dans le sevrage des professionnels sont une consultation dédiée, un suivi par un tabacologue (mais grande difficulté de mise en place dans la région) et l'acupuncture. Dans les autres propositions de sevrage non citées dans notre questionnaire, certains professionnels proposent l'application « tabac info service, l'appli », les infirmières ASALEE (Action de santé libérale en équipe) et la mésothérapie.

La revue systématique Cochrane de Lumley et Al. en 2009 a montré que les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse et réduisent les petits poids de naissance (<2500 kg) (RR=0,83 ; IC 95% [0,73-0,95]), et les naissances avant terme (RR=0,86 ; IC 95% [0,74-0,98])(19)

La thérapie cognitivo- comportementale est associée à un arrêt du tabac significativement plus élevé par rapport aux patientes ne bénéficiant que d'un conseil bref ou d'aucun conseil concernant le tabac.(37)

Une thèse de médecine générale soutenue en 2010 avait montré que les médecins généralistes sont 2 fois plus sceptiques que leurs confrères spécialistes quant à l'innocuité totale des TNS au cours de la grossesse (27% des MG vs 51% des gynécologues obstétriciens (GO), $p<0,01$)(38) Dans cette étude, 61%

des MG et 64% des GO pensaient que le TNS avait un rapport bénéfice-risque positif chez la femme enceinte.

Dans notre étude, 63% des médecins généralistes /42% des gynécologues / 44% des sages-femmes et 76% des internes en SASPAS utilisent les substituts nicotiques (avec un $p < 0,05$ entre les médecins généralistes et les sages-femmes)

Il est cependant rassurant de constater que pendant la grossesse, les professionnels proposent en premier lieu les méthodes qu'ils jugent les moins dangereuses. Dans une étude grecque publiée en mai 2016, 17,1% des médecins et infirmiers considéraient que les traitements nicotiques substitutifs étaient au moins aussi dangereux que le fait de fumer (39).

Au Royaume-Uni en 2010, 31,1% des médecins spécialisés dans le sevrage tabagique pensaient que l'utilisation de substituts nicotiques parallèlement à la poursuite du tabagisme était délétère pour la santé, et 16,1% d'entre eux considéraient que leur utilisation pour une durée prolongée de plus d'un an était délétère pour la santé (40).

Dans une autre étude réalisée auprès des praticiens (obstétriciens et gynécologues à Ohio), 26% des médecins interrogés prescrivent régulièrement des substituts nicotiques (41). 62% se disent incertains en ce qui concerne l'efficacité des substituts pendant la grossesse. Parmi les raisons qui empêchent les médecins de prescrire les substituts nicotiques, la majorité évoquent le manque d'études réalisées durant la grossesse.

Nous n'avons pas à ce jour retrouvé de publication ayant étudié les perceptions des professionnels de santé sur l'utilisation des traitements nicotiques substitutifs au cours de la grossesse.

Une revue de la littérature actualisée en 2015 (42) s'est intéressée aux essais contrôlés randomisés comparant l'utilisation des différents traitements d'aide au sevrage tabagique (substituts nicotiques, buprobion, varénicline, autres thérapeutiques et e-cigarette) chez les femmes enceintes. La revue a porté sur 9 essais incluant un total de 2210 femmes enceintes. Aucune de ces études n'étudiait l'effet de l'e-cigarette ni de la varénicline. Une seule concernait le bupropion, et n'incluait que 11 femmes. Les huit études comparant l'utilisation de substituts nicotiques et celle de placebo ou d'autres techniques ont retrouvé un effet statistiquement significatif des substituts nicotiques (RR 1.41, IC 95% 1.03 à 1.93, 8 20 études, 2199 femmes). Cependant, l'analyse des études comparant les substituts nicotiques au placebo uniquement n'a pas permis de conclure quant à leur efficacité (RR 1.28, IC 95% 0.99 à 1.66, 5 études, 1926 femmes).

Si nous nous appuyons sur le centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT), l'utilisation du bupropion est rassurante sur le plan malformatif mais il est préférable de ne pas l'utiliser lors de la grossesse. Concernant la varénicline, les données publiées chez des femmes enceintes sont peu nombreuses mais aucun élément inquiétant n'a été signalé. La varénicline n'est pas tératogène chez l'animal.

En octobre 2017 sont entrés en vigueur les pictogrammes « danger/interdit femme enceinte » sur les boîtes de médicaments dont les substituts nicotiques. Le CRAT n'est pas en accord avec cette interdiction. Aucun effet foetotoxique n'est observé à ce jour chez des femmes utilisant une substitution nicotique en

deuxième partie de grossesse, quel que soit son mode d'administration (patchs, gommes...).

Durant le premier trimestre de grossesse, de nombreuses femmes arrêtent de fumer. Par conséquent, celles qui n'y arrivent pas et qui optent pour les substituts nicotiques sont fortement dépendantes à la nicotine ce qui constitue un important biais de sélection.

Certains auteurs suggèrent que le métabolisme de la cotinine et de la nicotine est augmenté pendant la grossesse. Il faudrait donc utiliser des doses plus fortes pour obtenir la même efficacité que dans la population générale. Dempsey et al (43) ont étudié le métabolisme de la cotinine chez 10 femmes enceintes fumeuses en bonne santé après l'administration intraveineuse de nicotine. Il a trouvé que la nicotine et la cotinine sont métabolisées plus rapidement pendant la grossesse qu'en postpartum (de 60 et 140% respectivement soit une clairance moyenne de nicotine de 26 ml/kg/min pendant la grossesse et 16 ml/kg/min en postpartum et une clairance moyenne de cotinine de 1,5 ml/kg/min pendant la grossesse et 0,5 ml/kg/min en postpartum). Ainsi la demi-vie de la cotinine est de seulement 9 h pendant la grossesse contre 17h en postpartum. Nous ne savons pas à partir de quel moment de la grossesse le métabolisme de la nicotine s'accélère.

Un travail de thèse (31) montre que chez la femme enceinte, les moyens utilisés le plus fréquemment en première intention par les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et sage-femme) pour le sevrage tabagique sont, dans l'ordre : les méthodes psycho-comportementales, les médecines alternatives, et les TNS sous forme de patchs .

Dans notre étude, on retrouve les mêmes résultats pour nos professionnels. Mais les professionnels interrogés utilisent en première intention les substituts nicotiques en patch alors que les recommandations de l'HAS proposent en première intention les méthodes psycho-comportementales.

Nous n'avons pas à ce jour trouvé d'étude dans la littérature qui s'est intéressée à la place des médecines alternatives en général dans le sevrage tabagique chez la femme enceinte par rapport aux autres méthodes.

La méta analyse de Stead & al, publiée en mars 2016, a en effet montré qu'en population générale l'association de pharmacothérapies et de soutien comportemental (bref conseil ou soutien psychologique) augmente le taux de sevrage tabagique comparativement aux patientes recevant les traitements habituels, ou recevant un bref conseil ou un suivi psychologique moins intensif (44).

Une étude prospective réalisée en Angleterre a démontré que 44,7% des fumeuses souhaitant arrêter ont exprimé leur intérêt pour le traitement nicotinique de substitution (45). Dans une autre étude britannique (46) réalisée sous forme de questionnaire auprès de 145 femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse, 68% des femmes souhaitant arrêter accepteraient le traitement de substitution nicotinique.

- dans 88% des cas les professionnels proposent un suivi et apportent des conseils au sevrage.

Chaque professionnel à ses habitudes pour proposer un sevrage mais ils ont aussi bien insisté sur le fait que leur discours était modifié en fonction du profil de chaque patiente et de ses propres motivations.

L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2011 propose la méthode des 5A pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer.

Cette méthode inclut les étapes suivantes :

- **Ask** (renseigner l'usage du tabac) : la patiente n'a jamais fumé, est une ancienne fumeuse, fume, ou il y a une notion de tabagisme passif.
- **Advise** (conseiller d'arrêter de fumer) : donner un conseil d'arrêt et expliquer la nocivité du tabac.
- **Assess** (évaluer la motivation à l'arrêt du tabac).
- **Assist** (soutenir la tentative d'arrêt, renforcer la motivation) : informer la patiente sur les bénéfices de l'arrêt, les signes de manque.
- **Arrange** (organiser le suivi) : orienter la patiente vers un professionnel de santé spécialisé dans la tabacologie.

Ils proposent un flyer explicatif pour les professionnels de santé pour mettre en pratique au mieux cette méthode.(47)

Une revue systématique de la littérature publiée en 2016 s'est intéressée à l'utilisation en pratique des méthodes comportementales selon la technique des « 5A » par les médecins en soins premiers (majoritairement les médecins généralistes) (48) : 65% demandaient le statut tabagique de leurs patients, 63% conseillaient le sevrage tabagique. En revanche seuls 36% évaluaient la motivation à l'arrêt, 44% aidaient au sevrage et 22% mettaient en place un suivi. Une étude australienne a montré que les médecins généralistes et gynécologues obstétriciens prenaient peu en charge le sevrage tabagique de leurs patientes enceintes selon la méthode de référence des « 5A »(49). Leur performance dans ce domaine était majoritairement liée à des facteurs « internes » tels que leur confiance dans les techniques de counseling et leur optimisme. D'où

l'importance pour les médecins généralistes d'être informés sur ces techniques, ou mieux, formés à les pratiquer.

- l'analyseur de CO est très peu utilisé, probablement du fait de son coût, pourtant on le retrouve dans plusieurs études comme aide au sevrage. Chez les patientes fumant occasionnellement ou subissant un tabagisme passif, les valeurs se situent entre 5 et 10 ppm. Dans le cadre d'un tabagisme actif, les valeurs obtenues sont supérieures à 10 ppm : 10 entre 15 et 25 ppm pour 20 cigarettes par jour, et entre 50 et 80 ppm pour 60 cigarettes par jour.(50)

Cette mesure permet de concrétiser la nocivité du tabagisme pour la patiente, elle déclenche ou renforce la motivation pour l'arrêt lors du suivi prénatal. La normalisation des mesures répétées valorise le sentiment d'efficacité personnelle de la mère après l'arrêt du tabac. D'après les recommandations de la HAS concernant la grossesse et le tabac, la mesure du CO expiré semble pertinente à utiliser (17).

Et selon les recommandations de 2014 sur le tabac : « La mesure du CO expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes (accord d'experts)»(51) . En 2012, seulement 5% des maternités avaient un équipement optimal en CO testeurs (un CO testeur pour 200 accouchements) et 41% des maternités n'en avaient aucun(52) .

Il a été établi que le taux de CO expiré est inversement proportionnel au poids de naissance, au périmètre crânien, à l'âge gestationnel, au score d'APGAR et est proportionnel au pourcentage de RCF anormaux pendant le travail. Ces résultats concordent avec les résultats cités précédemment(53) .

Cette mesure du CO expiré a montré qu'une patiente qui diminue son nombre de cigarettes fumées pendant la grossesse ne diminue pas forcément son taux de

CO car il existe un phénomène d'auto-compensation et d'auto-titration en nicotine. Elle garde donc le même niveau d'intoxication pour elle-même et son fœtus(54) .

- 56% des professionnels abordent le sevrage tabagique lors du désir de concevoir.

Discuter du sevrage tabagique en amont de la grossesse permet de protéger au maximum le fœtus d'une exposition prolongée.

Savoirs mis en jeu

Les arguments que les professionnels de santé utilisent le plus souvent sont la prématurité et l'hypotrophie du nouveau-né.

Le poids diminue de 150 à 200g chez un nouveau-né dont la mère était fumeuse tout au long de sa grossesse par rapport à un nouveau-né dont la mère ne fumait pas. Il existe une relation entre la quantité de tabac consommée pendant la grossesse et la restriction de poids du nouveau-né.

Le tabagisme passif possède les mêmes effets mais de façon plus modérée. En effet, un nouveau-né dont la mère était exposée passivement au tabac pendant sa grossesse a un poids diminué d'environ 30 à 50g par rapport à un nouveau-né dont la mère ne l'était pas.(55)

Concernant l'accouchement prématuré, le tabac est identifié comme un facteur de risque (OR=1,9 IC 95% [1,6-2]) par rapport aux patientes non-fumeuses(56) . Le CNGOF a identifié la consommation de tabac comme seul facteur de risque modifiable de la prématurité spontanée.

En effet, le sevrage tabagique est associé à une diminution de la prématurité spontanée (Niveau de Preuve 1 (NP1)). Il est donc recommandé chez les femmes enceintes fumeuses (grade A)(57).

Une étude parue dans le Lancet avait déjà identifié le tabac comme facteur de risque de l'accouchement prématuré dans une analyse ayant pour objectif la planification de réduction du taux de prématurité(58) .

De nombreux professionnels utilisent comme argument les problèmes liés au nouveau-né. Nous avons volontairement centré notre travail sur la femme enceinte. Bien-sur les conséquences du tabagisme chez le nouveau-né sont de forts arguments à utiliser.

Difficultés lors de la prise en charge

- 75% des professionnels considèrent que mettre en place un sevrage tabagique est difficile. 77% des professionnels seraient intéressés par une formation.

Le facteur temps est mis en avant par 85% des professionnels.

88% des professionnels considèrent avoir plus ou moins des connaissances insuffisantes.

70% des professionnels ont peur de culpabiliser la patiente lors de leur prise en charge.

Pour 67% des professionnels, le risque de rechute (40% des femmes reprennent leur consommation 2 semaines après l'accouchement et 72% entre 12 et 22 mois après l'accouchement (59)) n'est pas un frein à proposer le sevrage tabagique.

- dans 29% des cas, le professionnel n'a pas noté que la patiente était fumeuse dans son dossier informatisé.

Dans 58% des cas, l'information est manquante par manque de temps ; dans 45% des cas les professionnels décrivent une difficulté technique liée à leur logiciel ; seulement 3% considèrent que ce n'est pas utile. Pour nous, le fait d'avoir noté que la patiente est fumeuse, est un point important dans la proposition du sevrage. Cela permet de revoir avec la patiente où elle en est dans son sevrage à chaque consultation, de noter ses difficultés, ses motivations, etc.

IV. PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Les études sur le sevrage tabagique pendant la grossesse manquent du fait de la spécificité de cette population. Les méthodes psycho-comportementales notamment, indiquées en première intention, pourraient être étudiées individuellement et comparées, afin que des recommandations claires pour les praticiens puissent être établies.

La formation à ces techniques devrait concerner tous les médecins car les effets du tabagisme ne se limitent évidemment pas aux femmes enceintes, mais concernent toutes les spécialités médicales.

Les données sur la place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique pendant la grossesse sont à ce jour trop peu nombreuses pour pouvoir la conseiller.

Les méthodes alternatives mériteraient également de plus amples études quant à leur efficacité et leurs risques, notamment chez la femme enceinte. Il est essentiel que les professionnels de santé puissent guider au mieux leurs patientes dans leur démarche d'arrêt du tabac en se basant sur des données validées.

CONCLUSION

Notre travail de recherche a permis de déterminer certains facteurs qui influencent la prise en charge du sevrage tabagique des professionnels de santé. Leur statut tabagique est pour eux le plus souvent une aide à la prise en charge qu'une difficulté.

Le profil des patientes engendrent des prises en charge différentes. Il me semble complexe de proposer un modèle de consultation type dans le cadre du sevrage tabagique.

Tous les professionnels sont en accord pour dire que la grossesse est le moment propice pour proposer un sevrage. Une consultation pré-conceptionnelle pourrait permettre de sensibiliser les femmes au sevrage.

Une autre proposition, qui pourrait motiver les professionnels de santé (notamment en secteur 1) à réaliser cette consultation, serait une prise en charge de la consultation par la Sécurité sociale dans le cadre d'un forfait de prévention. Cela permettrait au médecin de prendre le temps pour cette consultation au cours de laquelle un grand nombre de thèmes doit être abordé et de répondre aux questions des patientes. Ce forfait pourrait même se décomposer en deux consultations, la deuxième aurait lieu après la réalisation des examens biologiques. Cette proposition paraît cependant utopique au vu des restrictions du budget alloué à la Sécurité sociale.

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

Au cours de leurs études, les médecins ont peu de cours en rapport avec le sevrage tabagique. Il serait intéressant de développer les différentes techniques de sevrage, de hiérarchiser la proposition thérapeutique et d'aborder les conséquences ou non sur le fœtus des traitements de substitution.

Dans notre étude, les professionnels expriment un désir de formation. La formation pourrait être axée tant sur le contenu scientifique que sur les méthodes relationnelles permettant de convaincre la patiente.

Un travail sur l'efficacité des méthodes alternatives de sevrage pourrait apporter de nombreuses informations. Nous pourrions aussi interroger les patientes sur leurs attentes en matière de conseils et de prise en charge d'un sevrage tabagique.

ANNEXES

Annexe 1 – Test de Fagerström

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Annexe 2 – Questionnaire



Bonjour, je m'appelle Céline COLLING LAENEN.

Je suis interne en 3eme année de médecine générale à Rouen. Lors de ma formation, j'ai pu réaliser des stages en service de gynécologie. Le sujet de la femme enceinte m'intéresse tout particulièrement. J'ai choisi de travailler sur un thème auquel vous êtes confronté régulièrement : le TABAC.

Ma thèse cherche à explorer auprès des professionnels de santé leurs représentations du sevrage tabagique, plus particulièrement chez la patiente enceinte fumeuse.

Quelles sont vos motivations à proposer un sevrage tabagique ?

Quelles difficultés rencontrez-vous ? Quelles solutions proposez-vous pour un sevrage ?

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à mon travail, recevez mes sincères salutations.

Partie A: PROFIL DU PROFESSIONNEL DE SANTE

A1. Vous êtes :

médecin généraliste

interne en SASPAS

gynécologue

sage-femme

A2. Sexe :

Féminin

Masculin

A3. Age :

A4. Lieu d'activité :

si vous êtes interne, décrivez celui de votre maître de stage

milieu rural (<2000 habitants)

milieu semi-rural (2000-20 000 habitants)

milieu urbain (>20 000 habitants)



difficulté technique de l'informatique <input type="checkbox"/>	
B4. Demandez-vous à la patiente si elle a déjà arrêté de fumer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B5. Demandez-vous si le conjoint est fumeur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B6. Modifiez-vous votre prise en charge vis-à-vis du tabac si la patiente est enceinte ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B7. Explorez-vous systématiquement le tabagisme lors de la grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
B8. A quel moment de la grossesse discutez-vous pour la première fois du sevrage tabagique ?	dès l'annonce du désir de concevoir un enfant <input type="checkbox"/> lors du bilan pour confirmer la grossesse <input type="checkbox"/> 1er mois <input type="checkbox"/> 2ème mois <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="text"/>
B9. Si vous ne proposez pas de sevrage tabagique, explicitez pourquoi ?	<input type="text"/>
B10. L'incitation à stopper le tabac vient-elle :	de la patiente <input type="checkbox"/> du professionnel de santé <input type="checkbox"/> des médias <input type="checkbox"/>



	de la famille <input type="checkbox"/>
	du conjoint <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
Autre	
<input type="text"/>	
B11. Abordez-vous le tabac à chaque consultation de grossesse ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
B12. Lorsque la question du tabac est abordée, comment le faites vous ?	
	proposition de suivi, et conseils pour l'arrêt <input type="checkbox"/>
	discours sur les risques encourus <input type="checkbox"/>
	analyseur du CO expiré <input type="checkbox"/>
	test de Fagerström <input type="checkbox"/>
	méthode des 5AAsk (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir), et Arrange (organiser) <input type="checkbox"/>
	conseil minimal <input type="checkbox"/>
	Entretien motivationnel <input type="checkbox"/>
B13.	
Trouvez-vous cette méthode intéressante pour proposer un sevrage au femme enceinte ?	
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
B14. Décrivez votre méthode : à quel moment de la consultation, termes utilisés, comment introduisez vous les méthodes décrites ci-dessus ?	
<input type="text"/>	
B15. Quelles aides proposez-vous ?	
	Consultation dédiée <input type="checkbox"/>
	Bupropion/Zyban® <input type="checkbox"/>



C2. Pourquoi ?

C3. Utilisez-vous comme argument pour proposer le sevrage :

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| la prématurité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l'hypotrophie du nouveau-né (poids, périmètre crânien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| les anomalies congénitales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| la mort subite du nourrisson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| les risques lors de l'accouchement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| les maladies cardio-vasculaires chez la mère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| le diabète | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| les maladies aiguës (pneumopathie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| un autre argument | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C4. Si vous avez d'autres arguments, explicitez les :

C5. Le sevrage tabagique vous paraît-il simple à mettre en place ?

- Oui
- Non



C6. Qu'est ce qui vous freine à proposer un sevrage ?

	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
Connaissances insuffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désintérêt de votre part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de réceptivité de la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur de culpabiliser la patiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taux de rechute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prix des substituts nicotiniques mal remboursés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés de mise en place de l'exploration et du sevrage tabagique au cours de la consultation pour grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C7. Avez-vous d'autres freins, explicitez les :

C8. Avez-vous l'impression qu'ils vous manquent des éléments pour bien proposer un sevrage tabagique ?

Oui

Non

C9. Explicitez :



C10. Souhaitez-vous aborder d'autres éléments non retrouvés dans le questionnaire ?

Partie D: FORMATION

D1. Seriez-vous intéressé par une formation sur le sevrage tabagique chez la femme enceinte ?

Oui

Non

D2. Sous quelle forme préféreriez-vous cette formation ?

formation présentielle (DPC , DIU, enseignement facultaire durant les études, groupe de pairs)

formation non présentielle (eDPC, chaine vidéo, livres, articles sélectionnés)

Autre

Autre

Merci de votre participation.

Annexe 3 – Résultats interprétés selon la classe professionnelle

	Total	Médecin généraliste	Interne en SASPAS	Gynécologue	Sage-femme
DU tabacologie	18%	11%	8%	21%	31% (p<0,05)
Réflexion sur le tabac	99%	100%	96%	100%	99%
Dossier médical :	71%	64%	50%	74%	90%
- cause	Manque de temps	Manque de temps	Manque de temps	Pas de réponse	Difficultés techniques
Arrêt antérieur	84%	92%	85%	63%	71%
Conjoint fumeur	71%	70%	35%	58%	86%
Femme enceinte	79%	80%	85%	68%	76%
Exploration systématique	96%	95%	92%	95%	100%
Temps de prise en charge	56% /désir de concevoir	56% /désir de concevoir	50% /désir de concevoir + bilan	53% /désir de concevoir	41% / autre
Incitation à stopper	88% / professionnel	88% / professionnel	92% / professionnel	84% / professionnel	82% / professionnel
A chaque consultation	61%	60%	50%	68%	62%
Méthode	88% / suivi	88% / suivi	92% / suivi	84% / suivi	95% / suivi
Aides proposées	78% / TSN	78% / TSN	96% / TSN	84% / consultation dédiée	77% / tabacologue
En cas de poursuite	76% / écoute	75% / écoute	85% / écoute	53% / réexplication	83% / écoute
Statut fumeur	70% /NON	73% /NON	100% / OUI	33% / NON	75% /NON
Argument utilisé	90% / hypotrophie	91% / prématurité	88% / hypotrophie	94% / hypotrophie	91% / hypotrophie
Sevrage simple	75% / NON	71% / NON	84% / NON	75% / NON	83% / NON

	Total	Médecin généraliste	Interne en SASPAS	Gynécologue	Sage-femme
Freins :					
- connaissances	37% / qq fois	37% / rarement	60% / qq fois	38% / rarement	41% / qq fois
- désintérêt	66% / jamais	63% / jamais	56% / jamais	63% / jamais	75% / jamais
- manque de temps	39% / qq fois	39% / qq fois	56% / qq fois	44% / qq fois	34% / qq fois
- réceptivité	49% / qq fois	51% / qq fois	52% / la plupart du temps	44% / qq fois	47% / qq fois
- culpabiliser	32% / rarement	30% / qq fois	48% / rarement	63% / rarement	39% / qq fois
- taux de rechute	43% / jamais	44% / jamais	40% / jamais	50% / jamais	45% / jamais
- prix	43% / jamais	49% / jamais	36% / qq fois	50% / jamais	31% / qq fois
- difficultés	34% / qq fois	36% / qq fois	48% / qq fois	38% / jamais	38% / la plupart du temps
Éléments manquants	60% / NON	73% / NON	52% / NON	50% / NON	64% / OUI
Formation	77%	70%	92%	69%	87%
Forme de la formation	46% / présentielle	47% / présentielle	64% / présentielle	44% / non présentielle	45% / non présentielle

BIBLIOGRAPHIES

1. WHO report on the global tobacco epidemic 2013. 2013.
2. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 1 oct 2015;25(5):824-8.
3. Braillon A, Dubois G, Bernady-Prud'homme A. Tabac, grossesse et consultations de tabacologie. /data/revues/12979589/v38i3/S1297958910000093/ [Internet]. 24 mars 2010 [cité 30 juin 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/247207>
4. Béatrice Blondel, Jennifer Zeitlin. Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.inserm.fr/content/download/72413/561246/file/cp_sante_perinatale_270513.pdf
5. Fabrice Gasperini, Anthony Chapron, Pascal Boulet, David Darmon. Sevrage tabagique : du conseil minimal au conseil d'arrêt.
6. Braillon A, Lansac J, Delcroix M, Gomez C, Dubois G. Tabac et grossesse : la France toujours mauvaise élève ? /data/revues/03682315/v39i1/S0368231510000049/ [Internet]. 5 févr 2010 [cité 10 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/243038>
7. Braillon A. Violence during pregnancy. What about smoking? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1 avr 2010;89(4):597-597.
8. Nabet C, Lelong N, Ancel P-Y, Saurel-Cubizolles M-J, Kaminski M. Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity: results of the EUROPOP study. *Eur J Epidemiol*. 1 oct 2007;22(10):715-21.
9. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP, The EuroNatal International Audit Panel, The EuroNatal Working Group, et al. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1 févr 2003;110(2):97-105.
10. Marc A. Beala,b, , Carole L. Yaukb, , Francesco Marchettib,, *. From sperm to offspring: Assessing the heritable genetic consequences of paternal smoking and potential public health impacts. 22/02/2017. *Jul*;773:26-50.
11. Andrew Hyland,1 Kenneth Piazza,1 Kathleen M Hovey,2 Hilary A Tindle,3, JoAnn E Manson,4 Catherine Messina,5 Cheryl Rivard,1 Danielle Smith,1, Jean Wactawski-Wende2. Associations between lifetime tobacco exposure with infertility and age at natural menopause: the Women's Health Initiative Observational Study. *Tobacco Control* 2016;25:706-714.
12. C. Dechanet1,* , T. Anahory1, J.C. Mathieu Daude2, X. Quantin3,, L. Reyftmann1, S. Hamamah1, B. Hedon1, and H. Dechaud1. Effects of cigarette smoking on reproduction. *Human Reproduction Update*, Vol.17, No.1 pp. 76–95, 2011.
13. L.Marpeau. Tabagisme et complications gravidiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 (Hors série n° 1) : 3S130-3S134.

14. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK, et al. Nicotine Replacement and Behavioral Therapy for Smoking Cessation in Pregnancy. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 oct 2007;33(4):297-305.
15. Marpeau L. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? - Tabagisme et complications gravidiques. <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/00340HS1/130/> [Internet]. 10 avr 2008 [cité 9 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/138479/resultatrecherche/5>
16. Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. *Preventive Medicine*. janv 2005;40(1):10-5.
17. Haute autorité de santé - conférence de consensus « grossesse et tabac » [Internet]. 2004. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
18. Dolan-Mullen P, Ramirez G, Groff JY. A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1994;171(5):1328–1334.
19. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1999 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001055>
20. Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin ? - Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôles des professionnels de santé. </data/revues/03682315/00340HS1/326/> [Internet]. 10 avr 2008 [cité 10 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/138504>
21. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 23 oct 2013;10:CD001055.
22. Haute Autorité de Santé - Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS. Questions/Réponses : sevrage tabagique [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf
23. Haute Autorité de Santé - Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-dela-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinenceen-premier-recours
24. Blanchon B, Parmentier M, Colau J-C, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse: étude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Île-de-France. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2004;33(1):21–29.

25. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement: Exposition, connaissances et perceptions des risques. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire-BEH. 2015;(17-18).
26. REVY Elsa-Line. La prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les médecins généralistes Maîtres de Stage Universitaires de l'Université Claude Bernard Lyon 1. 2016.
27. Justin Papin-Grozeil. L'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux.
28. démographie médicale [Internet]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr>
29. Lamoureux P. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. :269.
30. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice in 2008. A survey of 332 general practitioners in Maine-et-Loire. Rev Mal Respir. mai 2010;27(5):431-40.
31. Sami JOHNSTON. Évaluation de l'efficacité et de la dangerosité des outils du sevrage tabagique chez la femme enceinte perçues par les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de Midi-Pyrénées. 2017.
32. Union PO of the E. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes : report. [Internet]. 2018 [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/2f01a3d1-0af2-11e8-966a-01aa75ed71a1/language-en>
33. Christina Ferreira. État des lieux des modalités de dépistage et d'orientation des femmes présentant des conduites addictives pendant la grossesse dans la région Hauts-de-France. 2017.
34. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? exercer 2012;100:31-2.
35. Justin Papin-Grozeil. L'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux. 2010.
36. Blandine Dérolez. Tabac et grossesse : facteurs majeurs de poursuite du tabagisme gravidique et représentations du tabagisme par le couple lors de la grossesse et des suites de couches : étude au CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 2 décembre 2013 au 17 janvier 2014. 2014.
37. Motivational interviewing for smoking cessation - Lindson-Hawley, N - 2015 | Cochrane Library [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>
38. PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE DES FEMMES ENCEINTES EN SEINE-SAINT-DENIS. :110.
39. Moysidou A, Farsalinos KE, Voudris V, Merakou K, Kourea K, Barbouni A. Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and

Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 20 2016;13(5).

40. Beard E, McDermott M, McEwen A, West R. Beliefs of stop smoking practitioners in United Kingdom on the use of nicotine replacement therapy for smoking reduction. *Nicotine Tob Res*. juin 2012;14(6):639-47.
41. Price JH, Jordan TR, Dake JA. Obstetricians and gynecologists' perceptions and use of nicotine replacement therapy. *J Community Health*. juin 2006;31(3):160-75.
42. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [cité 2 sept 2018];(12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010078.pub2/abstract>
43. Dempsey D, Jacob P, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther*. mai 2002;301(2):594-8.
44. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23076944>
45. Ussher M, West R. Interest in nicotine replacement therapy among pregnant smokers. *Tobacco Control*. 1 mars 2003;12(1):108-9.
46. Griffiths AN, Woolley JL, Avasarala S, Roy M, Wiener JJ. Survey of antenatal women's knowledge of maternal and fetal risks of tobacco smoking and acceptability of nicotine replacement products in pregnancy. *J Obstet Gynaecol*. juill 2005;25(5):432-4.
47. Smoking Cessation During Pregnancy A Clinician's Guide to Helping Pregnant Women Quit Smoking [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.acog.org/-/media/Departments/Tobacco-Alcohol-and-Substance-Abuse/SCDP.pdf?dmc=1&ts=20160117T1001162141>
48. Bartsch A-L, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLOS ONE*. 21 déc 2016;11(12):e0168482.
49. Zeev YB, Bonevski B, Twyman L, Watt K, Atkins L, Palazzi K, et al. Opportunities Missed: A Cross-Sectional Survey of the Provision of Smoking Cessation Care to Pregnant Women by Australian General Practitioners and Obstetricians. *Nicotine Tob Res*. 1 mai 2017;19(5):636-41.
50. Le CO Testeur Le mesureur de monoxyde de carbone [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: http://www.icm.unicancer.fr/sites/default/files/le_co_testeur.pdf
51. HAS-Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014;562.
52. Delcroix M-H, Gomez C, Dautzenberg B, Marquis P, Dognin C. Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles. *avr 2012;11(2):81-6*.

53. Delcroix M, Gomez C. Grossesse et tabac ; évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré : résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement. *La Revue Sage-Femme*. 1 sept 2006;5(3):119-24.
54. Delcroix M, Chuffart M. La grossesse et le tabac [Internet]. Presses universitaires de France; 1999 [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: http://www.appa-alsace.fr/_docs/7/fckeditor/file/Revue/AirPur/Airpur_70_Delcroix.pdf
55. Billaud N. Quelles sont les autres conséquences à long terme du tabagisme in utero ? *2005*;34:7.
56. Mei-Dan E, Walfisch A, Weisz B, Hallak M, Brown R, Shrim A. The unborn smoker: association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes. *J Perinat Med*. sept 2015;43(5):553-8.
57. Sentilhes L, Sénat M-V, Ancel P-Y, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mars 2017;210:217-24.
58. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S, et al. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*. 19 janv 2013;381(9862):223-34.
59. Xu H, Wen LM, Rissel C, Baur LA. Smoking status and factors associated with smoking of first-time mothers during pregnancy and postpartum: findings from the Healthy Beginnings Trial. *Matern Child Health J*. août 2013;17(6):1151-7.