



HAL
open science

Grossesse et tabac : l'accompagnement au sevrage des femmes enceintes fumeuses

Maïté Bertini

► **To cite this version:**

Maïté Bertini. Grossesse et tabac : l'accompagnement au sevrage des femmes enceintes fumeuses. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02180052

HAL Id: dumas-02180052

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02180052>

Submitted on 11 Jul 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le 20 juin 2019

par

Maité BERTINI

Née le 19 septembre 1995

**Grossesse et tabac :
l'accompagnement au sevrage des
femmes enceintes fumeuses**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme AUBOURG Frédérique

Médecin généraliste experte en addictologie,
Hôpital Cochin

JURY :

Mme MAREST Cécile

Sage-femme enseignante et Présidente de l'Ordre départemental des
sages-femmes, Ecole de sages-femmes de Paris Baudelocque

Mme VEROT Christèle

Sage-femme enseignante, Ecole de sages-femmes de Paris Baudelocque

Mme BETMALLE Cécile

Sage-femme experte en addictologie, Maternité de Port-Royal

Mémoire N° 2019PA05MA04

© Université Paris Descartes - ESF Baudelocque

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à remercier l'ensemble des patientes ayant accepté de participer à cette étude, pour leur disponibilité et pour la confiance qu'elles m'ont accordée en me confiant leur histoire lors des entretiens. Leur rencontre a été un enrichissement pour ce mémoire ainsi que pour la future sage-femme que je suis.

J'aimerais également remercier tous les professionnels de santé qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Ensuite, je remercie le Dr. Frédérique AUBOURG, directrice de ce mémoire et médecin tabacologue, pour sa confiance, ses encouragements et son aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaiterais remercier l'équipe enseignante de l'Ecole de sages-femmes de Paris Baudelocque ainsi que l'ensemble des intervenants, pour l'accompagnement dans ces deux dernières années d'étude de sage-femme, et pour la qualité réelle de leur enseignement.

Puis, j'aimerais remercier chaleureusement l'ensemble de ma promotion de SMA5 pour m'avoir accueillie en début de quatrième année et m'avoir intégrée au groupe dès mon arrivée, rendant ces deux années inoubliables. Je remercie notamment Noa-Lyse, mon binôme de promo, pour tous les beaux moments partagés, les rires et les voyages.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma mère pour son soutien indéfectible, malgré l'éloignement, et son aide considérable. Je remercie tout autant mon père et ma sœur, pour leurs encouragements depuis toujours.

J'aimerais également remercier mon compagnon pour sa patience depuis toutes ces années, son soutien et l'aide précieuse qu'il m'a apportée.

Aussi, je remercie Livia et Elena, pour leur amitié inestimable.

Enfin, je souhaiterais remercier les sages-femmes de l'unité de suites de couche de la maternité de Port-Royal ainsi que les infirmières des consultations obstétricales, pour leur aide dans le recrutement des sujets.

Résumé

Le tabagisme actif et passif durant la grossesse, par ses nombreuses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant, constitue un véritable enjeu de santé publique. Depuis 2010, la situation de consommation tabagique pendant la grossesse n'a pas évolué : bien que la majorité des femmes parvienne à arrêter de fumer en début de grossesse, 17 % des femmes enceintes déclarent fumer quotidiennement au troisième trimestre de leur grossesse.

Une étude qualitative menée à la maternité de Port-Royal du groupe hospitalier Cochin à Paris s'est intéressée aux raisons concourant à un non-arrêt du tabac pendant la grossesse. Au cours de cette étude, 15 femmes, ayant fumé au moins jusqu'au troisième trimestre de leur grossesse ou ayant réalisé un sevrage tabagique pendant leur grossesse, ont été interrogées au cours d'entretiens individuels semi-directifs, pendant leur hospitalisation en unité de suites de couche.

Les résultats obtenus ont contribué à mettre en évidence différentes raisons expliquant les difficultés de prise en charge de ces patientes. Les femmes enceintes tabagiques souhaitant réaliser un sevrage pendant leur grossesse ne sont pas toujours informées des possibilités qui s'offrent à elles, et souhaitent être davantage accompagnées et conseillées. De plus, les professionnels de santé les prenant en charge pendant leur grossesse et dans le post-partum n'utilisent pas systématiquement les outils disponibles pour dépister et évaluer la dépendance, ainsi que les thérapeutiques existantes pour accompagner le sevrage de leurs patientes fumeuses.

Une prise de conscience générale est nécessaire afin d'assurer une prise en charge rigoureuse et adaptée des femmes enceintes tabagiques pendant leur grossesse et la période postnatale.

Mots-clés : *Tabagisme, Grossesse, Sevrage, Cigarette, Addiction, Dépendance*

Abstract

Active and passive smoking during pregnancy, with its many consequences for mother and child's health, is a serious public health issue. Since 2010, the situation of smoking during pregnancy has not progressed : although most of women manage to stop smoking in the early stages of pregnancy, 17% of pregnant women report smoking daily in the third trimester of their pregnancy.

A qualitative research conducted in the maternity ward of the hospital complex Cochin in Paris, was interested in the reasons for a non-cessation of smoking during pregnancy. Over this study, 15 women, who had smoked at least until the third trimester of pregnancy or had stopped smoking during their pregnancy, were questioned during semi-directional and individual interviews, over their hospitalization in the maternity ward.

The results obtained contributed to highlight various reasons accounting for the difficulty to take care of these patients. Smoking pregnant women wishing to give up their consumption are not always informed of the possibilities available to them, and wish for being more guided and advised. In addition, health professionals taking charge of them during pregnancy and postpartum do not systematically use the tools available to detect and assess addiction, as well as the existing therapies to guide the smoking withdrawal of their patients.

A general awareness is necessary to ensure a thorough and appropriate care of smoking pregnant women during their pregnancy and the postnatal period.

Keywords : *Smoking, Pregnancy, Withdrawal, Cigarette, Addiction, Dependence*

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract.....	5
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures	9
Liste des annexes	9
Introduction	10
PREMIERE PARTIE : Grossesse et tabac, la situation aujourd’hui.....	12
I. Epidémiologie.....	13
II. Risques liés au tabagisme	14
A. <i>Risque maternel et obstétrical</i>	14
1. Fertilité et tabagisme	14
2. Fausse couche spontanée (FCS)	15
3. Grossesse extra-utérine (GEU).....	15
4. Hématome rétro-placentaire (HRP)	15
5. Anomalie d’insertion placentaire	16
6. Rupture prématurée des membranes.....	16
7. Complications de l’accouchement	16
B. <i>Risque fœtal</i>	17
1. Retard de croissance intra-utérin (RCIU)	17
2. Malformations	17
3. Prématurité	18
4. Mort fœtale in utero (MFIU).....	18
5. Score d’APGAR.....	18
C. <i>Risque néonatal</i>	19
1. Hypotrophie.....	19
2. Mort inattendue du nourrisson (MIN)	19
3. Troubles du développement cognitif	19
4. Complications infantiles	20
5. Allaitement maternel	20
III. Dépendance et sevrage tabagique	20
A. <i>Composition de la fumée de tabac</i>	20
B. <i>Le mécanisme de la dépendance</i>	21
C. <i>Les méthodes de sevrage pendant la grossesse</i>	22

1.	Les marqueurs d'exposition au tabac	22
2.	Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	23
3.	Les traitements de substitution nicotinique (TSN).....	24
IV.	Les moyens de lutte contre le tabagisme	24
A.	<i>Les grandes lois françaises</i>	24
B.	<i>Plans Cancer</i>	25
C.	<i>Le Programme National de Réduction du Tabagisme</i>	25
D.	<i>Dans les maternités</i>	26
DEUXIEME PARTIE : Matériels et Méthode.....		28
I.	Problématique, hypothèses et objectifs	29
A.	<i>Problématique</i>	29
B.	<i>Hypothèses</i>	29
C.	<i>Objectifs de l'étude</i>	29
II.	Type d'étude et méthode d'enquête.....	30
III.	Population d'étude et recrutement de l'échantillon	31
A.	<i>Population 1 : les patientes</i>	31
1.	Recrutement	31
2.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	31
3.	Nombre de sujets nécessaires	32
B.	<i>Population 2 : les professionnels de santé</i>	32
1.	Recrutement et critères d'inclusion.....	32
2.	Nombre de sujets nécessaires	33
IV.	Déroulement de l'étude	33
A.	<i>Recueil d'informations utiles à l'étude</i>	33
B.	<i>Les entretiens avec les patientes</i>	34
1.	Organisation et déroulement	34
2.	Données recueillies	35
C.	<i>Les questionnaires destinés aux praticiens</i>	35
1.	Données recueillies	35
2.	Organisation et distribution.....	36
V.	Considérations éthiques et réglementaires	36
VI.	Dates et lieu d'étude	37
VII.	Stratégie d'analyse	37
TROISIEME PARTIE : Résultats et Discussion.....		38
I.	Description de l'échantillon d'étude	39
A.	<i>Généralités</i>	39
B.	<i>Grossesse et accouchement</i>	41

C.	<i>Profession et niveau d'étude</i>	41
D.	<i>Origine géographique</i>	42
II.	Résultats	42
A.	<i>L'histoire tabagique des femmes et les freins à leur sevrage</i>	42
1.	Une histoire qui commence tôt	42
2.	Avant la grossesse	43
3.	Les facteurs favorisant la consommation	44
4.	La motivation	46
5.	Les représentations	48
6.	Consommation de toxiques et dépendance	49
B.	<i>L'accompagnement au sevrage tabagique</i>	52
1.	Accompagnement au sevrage et conseils reçus en pré et post-partum	52
2.	Attentes et besoins	53
C.	<i>L'importance de l'entourage</i>	55
1.	Le conjoint	55
2.	Famille et amis	56
D.	<i>Résultats complémentaires</i>	57
1.	Culpabilité et pression sociale	57
2.	Les bénéfices du sevrage	58
3.	Professionnels de santé et accompagnement au sevrage tabagique	59
III.	Discussion	62
A.	<i>Confrontation des résultats avec la littérature</i>	62
1.	L'adolescence	62
2.	La dépendance	62
3.	La motivation	64
4.	Les représentations	65
5.	L'accompagnement au sevrage tabagique	66
6.	Entourage et culpabilité	68
7.	Les bénéfices rapportés	68
8.	Les besoins des patientes en termes d'accompagnement au sevrage	69
B.	<i>Points forts de l'étude</i>	70
C.	<i>Limites et biais de l'étude</i>	70
D.	<i>Implications et perspectives</i>	71
	Conclusion	73
	Bibliographie	74
	Annexes	79

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : GESTITE ET PARITE DES FEMMES INTERROGEES	40
--	----

Liste des figures

FIGURE 1 : ÂGE DES FEMMES INTERROGEES.....	40
FIGURE 2 : EVOLUTION DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE DES FEMMES INTERROGEES	49
FIGURE 3 : NIVEAU DE DEPENDANCE A LA NICOTINE (MESURE PAR LE TEST DE FAGERSTRÖM LE JOUR DE L'ENTRETIEN)	50
FIGURE 4 : ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE ET INFORMATION DELIVREE EN CONSULTATION PRENATALE.....	60
FIGURE 5 : DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE.....	61

Liste des annexes

ANNEXE 1 : TRAME D'ENTRETIEN	80
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM	82
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE.....	83
ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS PAR THEMATIQUE	85

Introduction

L'Enquête nationale périnatale de 2016 constate que depuis 2010 la situation de consommation tabagique pendant la grossesse n'a pas évolué : bien que la majorité des femmes parvienne à arrêter de fumer en début de grossesse, 17 % des femmes enceintes déclarent fumer quotidiennement au troisième trimestre de leur grossesse (1). Ces résultats sont d'autant plus préoccupants si l'on considère que le tabac est actuellement la première cause évitable de complications périnatales (mort subite du nourrisson, asthme, otites, troubles du comportement), ainsi que de morbi-mortalité associée à la grossesse.

La diminution de la consommation du tabac au cours de la grossesse s'inscrit donc dans les objectifs prioritaires de la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), qui vise à obtenir en 2019 une part de femmes enceintes fumeuses au cours du troisième trimestre de grossesse inférieure à 15 % (2).

La fumée de cigarette comprend plus de 4 000 composés parmi lesquels le monoxyde de carbone (CO), la nicotine, des hydrocarbures poly-aromatiques et des métaux lourds. Le CO est le responsable majeur de la toxicité entraînée par la fumée pendant la grossesse, avec une diminution de l'apport d'oxygène au fœtus via le placenta.

Ainsi, la consommation de tabac a une influence aussi bien sur l'obtention d'une grossesse que sur le déroulement de celle-ci, en causant notamment :

- Une diminution de la fertilité (aujourd'hui plus de 27 % des femmes fument pendant toute leur période de fécondité)
- Un risque augmenté de retard de croissance intra-utérin et d'hypotrophie fœtale
- Un risque augmenté de grossesse extra-utérine (environ 35 % des GEU seraient attribuables au tabac)
- Un risque augmenté d'hématome rétro-placentaire (25 % des HRP seraient attribuables au tabagisme) et de placenta bas inséré (risque multiplié par deux)
- Un risque augmenté de rupture prématurée des membranes (risque multiplié par deux) et donc de prématurité (3).

Une prise de conscience de la part des couples ainsi que des professionnels de santé des bénéfices de l'arrêt du tabac semble importante. En effet, les professionnels de santé peuvent jouer un rôle clé dans la prise en charge du sevrage tabagique, à travers l'information qu'ils délivrent à leurs patientes et leur soutien pendant cette période. Tous les intervenants amenés à rencontrer des femmes fumeuses au cours

de leur grossesse (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, médecins...) se trouvent au premier plan de l'accompagnement au sevrage tabagique. Cependant, la question du tabac n'est pas systématiquement abordée lors des consultations prénatales, et lorsqu'elle est abordée elle n'est pas toujours accompagnée d'une sensibilisation à l'arrêt ou à la diminution du tabac. D'après l'Enquête nationale périnatale de 2016, bien que 80 % des femmes rapportent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac, plus de la moitié des fumeuses (53,7 %) déclare ne pas avoir reçu d'informations ou de conseils pour réduire cette consommation tabagique pendant la grossesse (1).

Le sevrage tabagique dans la période périnatale est un véritable enjeu de santé publique, dans la mesure où sa prise en charge permettrait de diminuer les nombreuses complications évitables connues.

PREMIERE PARTIE : Grossesse et tabac, la situation aujourd'hui

I. Epidémiologie

Au cours des cinquante dernières années, le tabagisme féminin régulier a subi un véritable essor. Le début de la consommation tabagique féminine se situe vers les années 1960 à 1970, lorsqu'une femme sur dix fumait. En 1980, ce chiffre s'élevait à une femme sur cinq, pour atteindre presque une femme sur trois dans les années 90. Cette tendance, qui s'était vue décliner à partir des années 2000, a augmenté à nouveau à partir de 2010, avec 26% de femmes fumeuses régulières entre 15 et 75 ans (4), pour ensuite diminuer légèrement jusqu'à atteindre 24,2% en 2017 (5).

La tranche de population qui concerne cette étude est la population en âge de procréer. On observe une augmentation de la consommation tabagique chez les femmes entre 20 et 34 ans, allant de 34% en 2005 à 37% en 2010 (4). D'après le baromètre santé 2017, 27,9% des mères d'enfant de 5 ans ou moins fumaient pendant leur grossesse. De plus, parmi les femmes ayant arrêté la cigarette pendant la grossesse, 84,7% reprennent une consommation tabagique après l'accouchement (5).

Selon la dernière enquête publiée en 2018 par l'INSERM sur la santé périnatale en Europe, *European perinatal health report*, la France se place parmi les pays européens avec la plus grande proportion de femmes enceintes fumeuses. On retrouve en effet, parmi les pays européens ayant participé à cette enquête, le plus haut taux de tabagisme pré-conceptionnel (29,8% des femmes enceintes) avec au deuxième rang l'Espagne (22,8%). Ce taux reste élevé également en fin de grossesse, avec 16,3% de femmes enceintes fumeuses, ce qui place la France à la deuxième place après l'Espagne (18,3%) (6).

L'Enquête nationale périnatale de 2016 a conclu que la consommation tabagique pendant la grossesse n'a pas diminué, malgré les différentes mesures mises en place. La prévalence de femmes fumeuses en pré-conceptionnel est stable à 30% depuis 2010, et 17% des femmes enceintes ont déclaré avoir fumé au moins une cigarette par jour pendant leur troisième trimestre de grossesse. De plus, il est important de noter que parmi les femmes enceintes consommatrices de tabac, 60% ont une consommation supérieure à dix cigarettes par jour (1).

Or, le pourcentage de fumeuses parmi les femmes enceintes est souvent sous-estimé. En effet, la consommation tabagique n'est pas toujours déclarée avant et pendant la grossesse, et les moyens utilisés pour dépister le tabagisme actif et passif ne sont pas toujours fiables. Selon l'Enquête nationale périnatale de 2016, bien que 80% des femmes rapportent avoir été interrogées sur leur consommation de tabac,

presque la moitié des fumeuses (46,3%) déclare ne pas avoir reçu d'informations ou de conseils pour réduire cette consommation tabagique pendant la grossesse (1).

Les conséquences non négligeables de cette évolution de la consommation tabagique se retrouvent dans la forte augmentation des troubles de la fertilité, ainsi que dans les complications maternelles, obstétricales, fœtales et néonatales.

II. Risques liés au tabagisme

A. *Risque maternel et obstétrical*

1. Fertilité et tabagisme

La Conférence de consensus de 2005 a conclu à une association statistiquement significative du tabagisme actif et d'une augmentation du délai de conception (hors infertilité tubaire). Ce délai est augmenté de 60% chez les femmes fumeuses (7). Les hypothèses expliquant cette association qui ont été retenues sont une action anti-oestrogénique de la nicotine causant une altération de la glaire cervicale, ainsi qu'une atteinte des ovaires et de la fonction ciliaire des trompes. Ainsi, le tabagisme est responsable de dysménorrhées, de cycles irréguliers ou courts, d'hypofertilité (8), et diminue de plus de 40% les chances de réussite des procréations médicalement assistées (PMA) (9). Il s'agit d'une relation dose-effet, dépendante de la durée et de la quantité de consommation tabagique avec une réversibilité possible de l'effet à l'arrêt du tabac.

Un avancement de l'âge de la ménopause a également été observé en cas de consommation tabagique, ainsi qu'une diminution statistiquement significative de la fécondité des filles exposées au tabac in utero (10). L'exposition in utero des garçons au tabagisme maternel est lui lié à une diminution du volume des testicules et de la concentration des spermatozoïdes (9).

2. Fausse couche spontanée (FCS)

De nombreuses études ont montré une augmentation statistiquement significative du risque de fausse couche spontanée chez les femmes en cas de tabagisme actif (11), mais également de tabagisme passif. Ce risque est augmenté de 47% en cas de tabagisme per-gravidique, et est dose-dépendant : il est augmenté de 9% lors d'une consommation maternelle inférieure ou égale à neuf cigarettes par jour, et de plus de 52% lors d'une consommation supérieure ou égale à dix cigarettes par jour (12).

3. Grossesse extra-utérine (GEU)

La grossesse extra-utérine est la première cause de mortalité maternelle en début de grossesse. Son nombre a doublé, voire plus, dans la plupart des pays industrialisés. Sa prévalence en France est de 2% des grossesses.

Les études concluent que la consommation tabagique est associée de manière statistiquement significative à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (GEU), avec un risque de GEU multiplié par 5,4 chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses (13), et environ 35% des grossesses extra-utérines qui seraient attribuables au tabac (10).

4. Hématome rétro-placentaire (HRP)

La consommation tabagique est impliquée dans l'augmentation des risques de survenue d'hématome rétro-placentaire et de décollement marginal du placenta. La principale étiologie retrouvée est l'effet vasoconstricteur des composants de la cigarette, ainsi que l'augmentation de la fragilité des vaisseaux, causant la rupture d'une artère utéro-placentaire.

Il est estimé que 20 à 50% des hématomes rétro-placentaires sont attribuables au tabac, et seraient évitables avec une prise en charge du sevrage tabagique et un sevrage au premier trimestre de la grossesse (9).

5. Anomalie d'insertion placentaire

Le risque de placenta prævia est multiplié par deux à trois en cas de tabagisme actif pendant la grossesse (14).

6. Rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes (avant 37 semaines d'aménorrhée) est la principale cause d'accouchement prématuré chez les femmes fumeuses. Son risque est doublé, passant à 2% en cas de consommation tabagique, contre 1% dans la population générale. Les mécanismes évoqués sont une augmentation des infections vaginales bactériennes chez les femmes fumeuses, ainsi qu'une stimulation de la sécrétion de progestérone, causant des contractions utérines.

Un sevrage tabagique au premier trimestre de la grossesse permet de faire chuter ce risque à 1,6%, et un sevrage en pré-conceptionnel égalise ce risque avec la population générale (14).

7. Complications de l'accouchement

On retrouve une augmentation de la fréquence d'hémorragies de la délivrance et de délivrances artificielles lors d'une consommation tabagique pendant la grossesse (10).

En ce qui concerne la surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail, une augmentation d'anomalies du RCF est retrouvée chez les femmes ayant un taux de CO expiré maternel élevé (taux multiplié par 2,5 pour des valeurs de CO expiré entre 6 et 10ppm¹, et par 4 pour une valeur supérieure à 10ppm) (15).

¹ 1ppm = 1 partie par million

B. Risque fœtal

1. Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Le tabagisme maternel augmente de façon statistiquement significative le risque de retard de croissance intra-utérin harmonieux (avec poids, taille et périmètre crânien proportionnellement inférieurs au dixième percentile de croissance). Celui-ci est multiplié par 2,5 en cas de consommation supérieure à dix cigarettes par jour. De plus, la diminution du périmètre crânien (PC) peut atteindre 15 à 20mm en cas de consommation tabagique importante (16).

La sévérité du RCIU est directement liée au risque d'intoxication par le monoxyde de carbone (CO). On retrouve en effet chez les nouveau-nés issus de mère ayant un taux de CO expiré normal un poids de naissance supérieur de 350g en moyenne au poids de naissance des nouveau-nés issus de mère dont le taux de CO expiré est compris entre 6 et 10ppm. Cette différence se creuse lorsque le taux de CO expiré maternel est supérieur à 20ppm, avec un poids de naissance inférieur de 690g en moyenne à la normale (15). Les effets délétères sur la croissance fœtale sont observés également en cas de tabagisme passif.

Les mécanismes principaux expliquant cet effet sont les vasoconstrictions des artères utérine et ombilicale engendrées par les composants de la fumée inhalée, ainsi que la fixation du monoxyde de carbone (composant de la fumée de cigarette) à l'hémoglobine fœtale, entraînant une diminution de l'oxygénation du fœtus. L'hypoxie chronique qui en résulte explique le retard de développement du fœtus exposé.

2. Malformations

Concernant les malformations fœtales, les études sont contradictoires. Le tabac n'est pas considéré comme tératogène car il n'augmente pas l'incidence globale des malformations. Cependant,

certain auteurs ont mis en évidence une augmentation des fentes oro-faciales et des craniosténoses (10), notamment en cas de consommation maternelle supérieure à 20 cigarettes par jour.

3. Prématurité

Le tabagisme de la femme enceinte multiplie en moyenne par deux le risque d'accouchement prématuré (17), indépendamment des autres facteurs de risque de prématurité. Cette prématurité est majoritairement expliquée par l'augmentation des complications de la grossesse vues précédemment.

4. Mort fœtale in utero (MFIU)

Il existe une association entre le tabagisme maternel et l'augmentation des morts fœtales in utero (MFIU) au troisième trimestre de grossesse. En effet, le risque de MFIU est doublé, et 10% des morts fœtales tardives sont attribuables à une consommation tabagique maternelle (16).

Cette association est en partie liée aux retards de croissance intra-utérins, à l'hypoxie fœtale (due à l'intoxication oxycarbonée) ainsi qu'aux complications placentaires favorisées par la consommation tabagique maternelle. Plusieurs auteurs ont démontré que ce facteur de risque était indépendant des autres facteurs de risque existants, tels que l'âge maternel et la parité.

5. Score d'APGAR

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative du score d'Apgar (score permettant d'évaluer l'état de santé du nouveau-né à la naissance) d'un enfant de mère fumeuse versus non fumeuse. On notera cependant que ce score évalue l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, mais ne permet pas d'évaluer l'hypoxie chronique rencontrée in utero (10).

C. Risque néonatal

1. Hypotrophie

Le tabagisme maternel est le plus important facteur de risque reconnu d'hypotrophie néonatale. Son risque est de 1,5 à 2,9 fois plus important chez les femmes fumeuses que chez les femmes non fumeuses (18). L'hypotrophie néonatale est d'autant plus marquée que la mère est âgée (16). Or, les nouveau-nés hypotrophes ont un risque accru de morbi-mortalité en péri-partum (détresse respiratoire, entérocolite, paralysie cérébrale) et à l'âge adulte (hypertension artérielle, maladie coronarienne, diabète).

2. Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Le risque de mort inattendue du nourrisson (MIN) est multiplié par deux en cas de tabagisme maternel pendant la grossesse ou dans le post-partum. L'exposition anténatale du fœtus au monoxyde de carbone peut induire des lésions du système nerveux central, le prédisposant à la MIN. De plus, une analyse des poumons de nourrissons décédés de MIN a permis de constater des altérations de la structure des bronches, ainsi qu'une diminution du diamètre des bronches chez les enfants issus d'une grossesse avec consommation tabagique maternelle (16).

3. Troubles du développement cognitif

Le retard de croissance, l'hypoxie cérébrale et la prématurité sont des facteurs de risque majeurs de séquelles cérébrales chez l'enfant. En effet, ils ont un retentissement non négligeable sur le développement du cerveau in utero et sa maturation extra-utérine, avec un risque augmenté de troubles neuro-comportementaux et de handicaps psychomoteurs (19).

4. Complications infantiles

Lors d'une consommation tabagique maternelle au troisième trimestre de grossesse, le risque d'asthme infantile est augmenté de 46%. De plus, une altération de la réponse immunitaire chez les fœtus exposés au tabac majore le risque d'allergie et d'atopie chez l'enfant. Les risques d'otites, d'infections respiratoires et de bronchites sont également augmentés (20).

Une augmentation de la prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité a également été prouvée de façon statistiquement significative chez les enfants de femmes fumeuses, avec un effet dose-dépendant (21).

5. Allaitement maternel

Le lait maternel d'une femme fumeuse contient les dérivés de la nicotine, ainsi que les toxiques inhalés par la fumée de cigarette. Ces composants peuvent donc être retrouvés chez le nourrisson allaité. Cependant, on ne retrouve pas de modification de la croissance ni des autres paramètres de développement chez les enfants concernés. La fréquence des pathologies respiratoires se voit même diminuée chez les enfants de mère tabagique allaités, par rapport aux enfants de mère tabagique non allaités (22).

III. Dépendance et sevrage tabagique

A. Composition de la fumée de tabac

La fumée de cigarette est un mélange de gaz et de particules contenant environ quatre mille composés toxiques, dont plus de quarante sont cancérogènes. La cigarette, principalement constituée de tabac, de nicotine et de produits modifiant sa saveur et sa texture, libère au moment de sa combustion des substances toxiques tels que le monoxyde de carbone (CO), des goudrons (hydrocarbures, benzène), et des métaux lourds.

Les goudrons sont considérés comme les principaux responsables des cancers liés au tabagisme, ayant un effet nocif sur les poumons, les tissus et les muqueuses. D'autres substances, comme l'acétone, les phénol et l'acide cyanhydrique s'attaquent aux muqueuses respiratoires, aux bronches et aux parois alvéolaires, favorisant l'inflammation des bronches et la toux (23).

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz toxique qui agit au niveau des globules rouges en se fixant sur l'hémoglobine, prenant ainsi la place de l'oxygène. L'hypoxémie qui en résulte induit une augmentation de la pression artérielle ainsi que de la fréquence cardiaque, pour pallier à la diminution de l'apport d'oxygène aux organes, et donc une augmentation du risque cardio-vasculaire.

La nicotine est une substance psychoactive retrouvée naturellement dans la plante de tabac, dont le dosage est ajusté par les industriels du tabac lors de la fabrication des cigarettes. Elle agit sur le cerveau en procurant une sensation de plaisir et de détente, et en entraînant une addiction.

B. Le mécanisme de la dépendance

La nicotine se répand dans l'organisme en passant par les muqueuses buccale, nasale et pulmonaire. Au niveau cérébral, elle stimule les neurones dopaminergiques du système de récompense et mime l'action de l'acétylcholine avec une action renforcée (10). Ceci conduit à la sensation de plaisir et de détente recherchée par les fumeurs, et est à l'origine de la dépendance. Plus la consommation de tabac se prolonge, plus les récepteurs nicotiques se désensibilisent, ce qui entraîne une augmentation de la production du nombre de récepteurs pour compenser cette perte de sensibilité, et explique les phénomènes d'accoutumance et les symptômes de sevrage à l'arrêt (23).

Certains spécialistes font la différence entre les dépendances physique (pharmacologique), psychologique et comportementale. La dépendance physique est liée dans un premier temps aux propriétés psychotropes de la nicotine. Elle est ensuite renforcée par la recherche d'une sensation positive, ou renforcement positif (apaisement, coupe-faim, plaisir, anti-dépresseur) ou par une pulsion, ou renforcement négatif (anxiété, frustration, irritabilité, dépression). Les dépendances psychologique et comportementale sont liées à d'autres facteurs impliquant l'environnement, l'entourage et l'habitude.

Le but serait donc de chercher à pallier cette sensation de récompense procurée par la nicotine qui favorise le renouvellement du comportement tabagique. La prise en charge pharmacologique fait appel aux substituts nicotiniques qui apportent uniquement de la nicotine et évitent donc la toxicité des autres composants.

C. Les méthodes de sevrage pendant la grossesse

L'anamnèse est un moment essentiel à la prise en charge d'un sevrage tabagique. Elle permet de connaître le statut tabagique de la patiente, sa (ses) consommation(s) et d'évaluer sa motivation à l'arrêt. Cette anamnèse peut être complétée par différents tests qui, en quelques questions, permettent d'évaluer le degré de dépendance à la nicotine (test de Fagerström) ou la motivation de la personne à l'arrêt de la cigarette (test de Lagrue et Légeron).

1. Les marqueurs d'exposition au tabac

La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré est un moyen rapide d'évaluer le degré d'intoxication au monoxyde de carbone, et donc la qualité de l'oxygénation fœtale. Après une apnée de quinze secondes, la femme expire lentement dans l'embout de l'analyseur. Ce dernier affiche alors un chiffre indiquant la concentration de CO expiré en parties par million (ppm). La mesure obtenue renseigne sur l'exposition des heures précédant la mesure. Elle permet une prise de conscience de la nocivité du tabac et peut ainsi contribuer à renforcer la motivation à l'arrêt de la femme. En multipliant les mesures du CO expiré, la patiente pourra éventuellement observer les bienfaits de son sevrage tabagique.

Il existe d'autres marqueurs, moins utilisés en routine, pouvant renseigner sur le statut tabagique d'un patient, tels que la concentration en carboxyhémoglobine (qui diminue 8h après la dernière cigarette), le dosage urinaire, sanguin ou salivaire de la cotinine (métabolite de la nicotine ayant une demi-vie plus longue que la nicotine), le dosage urinaire ou dans le liquide amniotique des thiocyanates (reflet de la consommation des 8 jours précédents), ou le dosage urinaire de cadmium (reflet de la consommation sur le très long terme) (24).

2. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

La thérapie cognitivo-comportementale permet de prendre en charge à la fois l'aspect cognitif du tabagisme (la cigarette vue comme une amie/ennemie) et son aspect comportemental (comportement habituel associé à l'envie et la prise de la cigarette) qui sont intrinsèquement liés. D'après une récente revue de la Cochrane publiée en 2017, l'accompagnement cognitivo-comportemental est reconnu efficace pour l'aide à l'arrêt du tabac ; il s'agit même d'une des seules approches non médicamenteuses dont l'efficacité a été statistiquement prouvée (25).

L'entretien motivationnel est une méthode de communication développée dans le champ de l'addiction, qui est la base de toute thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Son efficacité repose sur l'empathie, le soutien du désir de changement, l'écoute active (par questions ouvertes), le renforcement des motivations intrinsèques ainsi que l'identification des pièges à éviter, comme le déni et la confrontation. Cet entretien est essentiel dans la mesure où il conditionne l'adhésion à la thérapeutique choisie (26).

La méthode des 5 « A » est une méthode applicable au cours de l'entretien motivationnel, pour le repérage du tabagisme et la motivation à l'arrêt et au maintien des efforts fournis. Elle se déroule en cinq étapes (27):

- *Ask* : renseigner sur le statut tabagique (n'a jamais / a arrêté de / continue de fumer), et sur le tabagisme passif
- *Advise* : conseiller l'arrêt de la cigarette
- *Assess* : évaluer la motivation (estime de soi, capacité d'arrêt)
- *Assist* : renforcer la motivation (entretien motivationnel)
- *Arrange* : organiser le suivi et la thérapie cognitivo-comportementale

Cette méthode permet un accompagnement dans le sevrage tabagique adapté au degré de motivation de la patiente. Elle peut être utilisée en routine par tous les professionnels de santé lors de la prise en charge d'une patiente tabagique.

3. Les traitements de substitution nicotinique (TSN)

Les traitements de substitution nicotinique (TSN) sont autorisés chez la femme enceinte depuis 1997, et étaient remboursés à la hauteur de 150 euros par an et par femme depuis novembre 2016. Depuis mai 2018, le remboursement à 65% par l'Assurance Maladie a pu être mis en place pour les timbres nicotiniques (patchs) et s'est généralisé à tous les substituts nicotiniques en fin d'année 2018. Ces traitements permettent d'éviter l'absorption des 4 000 composés du tabac, dont le monoxyde de carbone (CO), et d'améliorer l'oxygénation fœtale, tout en évitant les signes de manque. Il existe des formes orales (gomme ou comprimé orodispersible, inhaleur), qui peuvent être associées à des patchs en cas de forte dépendance. Leur posologie doit être adaptée à l'intensité de la dépendance. Une étude menée en 2009 rapporte que lors d'une substitution nicotinique par des gommes ou des patchs, les concentrations de cotinine urinaire (principal métabolite de la nicotine) sont deux fois inférieures aux concentrations induites par la cigarette (28). De plus, la nicotémie (concentration sanguine de nicotine) sous TSN est 2 à 3 fois plus faible que la nicotémie liée au tabagisme (3).

IV. Les moyens de lutte contre le tabagisme

A. Les grandes lois françaises

Dès 1976, Simone Veil s'engage dans la lutte contre le tabagisme et ses méfaits et permet alors une stabilisation de la consommation tabagique. L'instauration de la loi Veil prévoit la mention « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes, des interdictions de fumer dans certains lieux publics ainsi que des mesures concernant la publicité.

En 1991, la loi Evin s'inscrit dans la continuité de la lutte contre le tabagisme principalement en favorisant une augmentation du prix de la cigarette, en interdisant les publicités pro-tabac ainsi que les distributions gratuites, et en limitant l'usage de la cigarette uniquement dans les lieux publics prévus à cet effet. Le décret voté le 15 novembre 2008 a permis d'étendre cette interdiction à tous les espaces publics

fermés ou couverts accueillant du public et aux lieux de travail (écoles, collèges, lycées, établissements de santé, transports en commun) (29).

B. Plans Cancer

Les Plans *Cancer* sont un ensemble de mesures prévues afin de lutter contre le cancer et améliorer la prise en charge des malades. Trois plans d'une durée de cinq ans se sont succédés : le premier Plan *Cancer* (2003-2007) prévoyait notamment une augmentation du prix de la cigarette, une prévention ciblée chez les femmes et les adolescents, une interdiction de la vente aux moins de 16 ans, ainsi que le développement d'aides au sevrage tabagique (30). A présent, la lutte contre les cancers liés au tabac (poumon, vessie et autres) figure dans les objectifs prioritaires du Plan Cancer 2014-2019.

C. Le Programme National de Réduction du Tabagisme

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a été lancé en 2014. Il a permis de rénover le cadre juridique autour du tabagisme et de mettre en place de nouvelles mesures visant à réduire la consommation des français : l'introduction du paquet de cigarette neutre, l'élargissement de la prescription des traitements de substitution nicotinique (TSN) et leur remboursement par l'Assurance Maladie, l'organisation de la campagne annuelle « *Moi(s) sans tabac* » (2). Les démarches mises en place sont poursuivies et développées dans le nouveau Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 qui prévoit de réduire la part de fumeurs quotidiens entre 18 et 75 ans à moins de 24% d'ici 2020, à moins de 22% d'ici 2022 (moins de 20% chez les adolescents), et à moins de 16% d'ici 2027. L'objectif de ce programme est de faire des enfants nés depuis 2014 la première génération d'adultes non-fumeurs (avec un taux de fumeurs inférieur à 5%) (31). Le plan « *Priorité de prévention* » de ce programme prévoit depuis le 1^{er} janvier 2019 une évolution de la prise en charge des substituts nicotiques qui n'est désormais plus soumise au plafonnement annuel de 150 euros par an, et qui permet aujourd'hui un remboursement à 65% par l'Assurance Maladie obligatoire.

Le « *Moi(s) sans tabac* » est une campagne nationale de sensibilisation, organisée par Santé publique France et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie. Depuis 2016, cette campagne se déroule en novembre dans la France entière et encourage l'arrêt du tabac pendant 30 jours, avec un soutien et un accompagnement au sevrage. En effet, après 30 jours d'arrêt, la

dépendance est moindre et les chances d'arrêt définitif sont multipliées par 5 (2). Le succès de cette campagne a permis, lors de sa troisième édition en 2018, une hausse du nombre d'inscrits, soit 242 000 contre 158 000 en 2017 (32).

D. Dans les maternités

Un réseau « *Maternité sans tabac* » a été créé afin de faciliter la mise en place des recommandations de la Conférence de consensus « *Grossesse et tabac* » en améliorant la prévention et la qualité de la prise en charge du tabagisme dans les maternités (33). La signature de la « *Charte maternité sans tabac* », qui comporte 10 points à respecter, est possible pour toute maternité publique ou privée souhaitant s'engager à se mettre en conformité avec la législation en vigueur et les recommandations de la Conférence de consensus. Les maternités adhérant à cette charte s'engagent donc à faire de leur établissement un lieu non-fumeur, avec une prise en charge possible des patientes, de leurs conjoint(e)s, ainsi que du personnel.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) recommandent que le coût des traitements de substitution nicotinique (TSN) soit pris en charge pour les femmes enceintes fumeuses. Ainsi, depuis le 1^{er} novembre 2016, les TSN (patchs, gommes, pastilles, inhaleurs) étaient remboursés par l'Assurance Maladie, sur prescription, à la hauteur de 150 euros par an et par femme (3). Ils sont désormais remboursés comme les autres spécialités pharmaceutiques à hauteur de 65% depuis mai 2018.

Malgré les nombreuses études sur le sujet prouvant la nocivité du tabagisme actif et passif pendant la grossesse, ainsi que la mise en place de différents moyens de lutte contre le tabac, on n'observe pas de réelle diminution de la consommation tabagique maternelle. Or, par ses nombreuses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant, le tabagisme durant la grossesse constitue un véritable enjeu de santé publique. Il s'agit d'un facteur de risque commun dans une grande majorité de pathologies, pour lequel les solutions apportées jusqu'à présent pour le réduire sont insuffisantes. Par exemple, on compte aujourd'hui moins de 6% des femmes enceintes fumeuses bénéficiant d'un traitement nicotinique substitutif (9).

Quelles sont les raisons pour lesquelles les moyens mis en place ne suffisent pas à une amélioration de la situation ?

Quelle est la meilleure façon de prendre en charge les femmes enceintes tabagiques et de les accompagner dans leur sevrage ?

Quels sont les besoins de ces femmes et des professionnels de santé les prenant en charge afin d'assurer un accompagnement au sevrage plus efficace ?

Notre étude a pour but d'évaluer la qualité de l'information et de l'accompagnement apportés aux femmes enceintes tabagiques par les professionnels de santé, la connaissance qu'elles-mêmes ont de l'addiction et ses conséquences obstétricales et materno-foetales, et de déterminer les difficultés rencontrées par les professionnels dans l'accompagnement et par les patientes dans leur parcours de sevrage.

DEUXIEME PARTIE : Matériels et Méthode

I. Problématique, hypothèses et objectifs

A. Problématique

Quelles sont les raisons d'un non-arrêt du tabac pendant la grossesse et quels sont les besoins des femmes enceintes fumeuses en termes d'accompagnement au sevrage tabagique ?

B. Hypothèses

Les hypothèses émises pour répondre au problème posé étaient :

- Les femmes enceintes fumeuses ne déclarent pas leur consommation tabagique réelle, de peur d'être jugées, ce qui limite la prise en charge possible.
- Les femmes enceintes fumeuses dans la demande d'un sevrage tabagique souhaitent un accompagnement plus personnalisé pendant la grossesse.
- Les professionnels de santé prenant en charge des patientes fumeuses au cours de leur grossesse ne sont pas suffisamment formés à l'accompagnement au sevrage tabagique pour proposer un suivi et délivrer des conseils adaptés.

C. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité et la qualité de l'accompagnement au sevrage tabagique proposé aux femmes pendant leur grossesse.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer les freins à l'arrêt du tabac, rencontrés par les femmes enceintes ;
- Apprécier les besoins des femmes enceintes tabagiques en termes d'accompagnement au sevrage ;

- Evaluer la communication autour du sevrage et l'information reçue par les patientes fumeuses durant leur grossesse et dans les premiers jours du post-partum (en matière d'addiction et de ses conséquences obstétricales, fœtales et maternelles) ;
- Apprécier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans l'accompagnement des patientes dans leur parcours de sevrage tabagique.

Les résultats obtenus pourraient contribuer à mettre en évidence les différentes raisons expliquant les difficultés de prise en charge de ces patientes, et à améliorer le suivi et l'accompagnement des patientes à venir.

II. Type d'étude et méthode d'enquête

Il s'agit d'une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens individuels semi-directifs. La méthode de recueil d'information choisie semblait la plus adaptée, permettant d'accorder aux participantes un temps privilégié en face-à-face, et d'obtenir des réponses centrées sur le sujet de l'étude, tout en laissant place à l'expression de leurs doutes, pensées et questionnements.

Afin de répondre au mieux aux questions soulevées précédemment, notre volonté était de recueillir l'information à la fois auprès des femmes et des professionnels de santé. Cependant, le temps à disposition étant limité pour réaliser un nombre élevé d'entretiens auprès des deux groupes, nous avons pensé qu'un petit nombre d'entretiens dans les deux groupes aurait affaibli cette étude. Nous avons donc choisi de baser notre étude sur un recueil d'informations sous forme d'entretiens auprès des patientes. Cela a permis d'en réaliser un nombre plus important auprès des patientes, et donc d'apporter une réponse plus complète à la problématique. En supplément, nous avons décidé de fournir un complément d'information par la distribution de questionnaires auprès des professionnels de santé.

III. Population d'étude et recrutement de l'échantillon

Nous allons détailler le recrutement et les critères de sélection de la population principale de cette étude, les patientes, ainsi que de la population à laquelle le questionnaire complémentaire était adressé, les professionnels de santé.

A. Population 1 : les patientes

1. Recrutement

La première population cible était composée de femmes hospitalisées dans l'unité de suites de couche de la maternité de Port-Royal. L'information de la consommation tabagique était renseignée dans chaque dossier de grossesse et pouvait donc être vérifiée rapidement. Tous les dossiers d'hospitalisation étaient ainsi consultés, ce qui permettait de réaliser un premier recrutement. Par la suite, une information était donnée à chaque femme sur les modalités de l'étude et l'anonymisation de ses résultats, et leur consentement oral était recueilli pour l'intégration à l'échantillon d'étude. Afin de respecter l'anonymat des participantes, une lettre était attribuée à chaque femme incluse dans l'étude, et chaque entretien était enregistré puis nommé avec cette même lettre. Cette lettre était attribuée dans l'ordre alphabétique (A pour le premier entretien enregistré, B pour le deuxième...) et ne correspondait pas à l'initiale du nom ou du prénom de la femme interrogée.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons choisi d'inclure dans l'enquête les femmes primipares ou multipares, hospitalisées en suites de couche. Ce choix a été déterminé par la plus grande disponibilité de ces femmes en comparaison avec d'autres unités, et par l'espace privilégié que représente la chambre d'hospitalisation pour la réalisation d'un entretien. De plus, cela donnait la possibilité de recueillir des informations à la fois sur le déroulement de la grossesse et sur les premiers jours du post-partum. Afin de s'assurer que toutes les

femmes interrogées aient reçu les conseils de retour à domicile (délivrés par les sages-femmes du service vers J2 pour les accouchements voie basse et J4 pour les césariennes), elles étaient incluses à partir du deuxième jour d'hospitalisation pour les accouchements par voie basse et du quatrième jour d'hospitalisation pour les césariennes. Les femmes incluses avaient une consommation journalière de tabac au moins jusqu'au troisième trimestre de grossesse ou avaient réussi le sevrage tabagique en cours de grossesse. Enfin, ces femmes devaient avoir été en consultation prénatale à la maternité de Port-Royal. En effet, le but était, entre autres, de confronter les informations recueillies au cours des entretiens avec les réponses obtenues auprès des professionnels de santé.

La barrière de la langue rendant l'entretien difficile voire impossible, les femmes ne parlant pas français ont été exclues de l'étude. Ont été également exclues les femmes ayant fumé avant, mais jamais pendant leur grossesse. Par souci de respect et d'éthique, les femmes hospitalisées à la suite d'un accouchement de grand prématuré ou ayant subi une fausse couche tardive ont été exclues de l'étude.

3. Nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires retenu pour un mémoire de type qualitatif est de 10 à 20. Une enquête de faisabilité a été réalisée au préalable dans le service de suites de couche de la maternité de Port-Royal, afin d'estimer le nombre de jours qui seraient requis pour réaliser le nombre souhaité d'entretiens. Nous avons comptabilisé le nombre de femmes susceptibles d'être incluses dans l'étude à partir de nos critères de sélection, en nous rendant dix fois à la maternité. Nous avons ainsi pu sélectionner 5 femmes en 10 jours. Le temps nécessaire estimé pour inclure 15 femmes était donc de 30 jours.

B. Population 2 : les professionnels de santé

1. Recrutement et critères d'inclusion

La deuxième population cible était représentée par les professionnels de santé réalisant les consultations prénatales à la maternité de Port-Royal. Nous avons donc inclus tous les praticiens en

consultation de grossesse : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, internes en gynécologie-obstétrique et médecins généralistes. Les participants au questionnaire étaient recrutés avec l'aide des infirmières du service qui nous donnaient accès au planning hebdomadaire des consultants. Le questionnaire était ensuite délivré en main propre à chaque consultant ayant accepté de participer à l'étude. Afin de respecter l'anonymat des professionnels de santé ayant participé à l'étude, leur nom n'était pas recueilli, et seule leur fonction était demandée dans les questions (sage-femme, gynécologue-obstétricien ou médecin généraliste).

2. Nombre de sujets nécessaires

Au cours d'une semaine dans le service de consultations de la maternité de Port-Royal, environ vingt professionnels de santé différents réalisaient les consultations prénatales. Cette estimation a été obtenue par comptage du nombre de praticiens prévus sur trois plannings hebdomadaires de consultations prénatales. Le recueil de 15 à 20 questionnaires était donc un bon objectif pour obtenir des réponses de la part d'une grande majorité de praticiens.

IV. Déroulement de l'étude

A. Recueil d'informations utiles à l'étude

La maternité de Port-Royal est un service du groupe hospitalier Cochin, adhérent au réseau « Hôpital sans Tabac ». Ceci signifie qu'une politique de prévention est mise en place dans l'établissement, et le service est doté d'un médecin expert en tabacologie réalisant des consultations spécialisées au sein de la maternité.

L'observation du déroulement de plusieurs consultations de tabacologie réalisées par le Dr Frédérique AUBOURG dans la maternité de Port-Royal a permis d'approfondir les connaissances sur le sujet et de connaître la prise en charge et les solutions qui peuvent être proposées à la femme enceinte tabagique.

A l'occasion du « Moi(s) sans tabac », en novembre 2018, une formation en tabacologie sur '*Comment aborder le tabagisme avec les patients ?*' a été organisée à l'hôpital Cochin, et était accessible aux

praticiens hospitaliers. La participation à des ateliers de soutien à l'arrêt du tabac animés par des spécialistes en tabacologie, a apporté un précieux supplément d'information sur les méthodes de sevrage tabagique.

De plus, la participation à un séminaire organisé par la sage-femme Marie-Josée FALEVITCH² sur le dépistage des addictions et l'intégration du tabac dans la pratique quotidienne des sages-femmes, a permis de découvrir certaines difficultés rencontrées par les sages-femmes dans le dépistage du tabagisme et l'accompagnement au sevrage tabagique lors des consultations prénatales.

Les nombreuses informations recueillies au cours de ces participations et observations ont contribué à la réalisation et au développement de la trame d'entretien et du questionnaire.

B. Les entretiens avec les patientes

1. Organisation et déroulement

Nous avons réalisé des entretiens auprès des femmes sélectionnées dans l'unité de suites de couche de la maternité de Port-Royal. Après recrutement, une information était donnée à la patiente sur le thème de l'étude, la durée moyenne de l'entretien et son enregistrement. La disponibilité de la patiente était ensuite vérifiée et son consentement oral recueilli. Les entretiens se déroulaient dans la chambre d'hospitalisation avec la femme seule et son enfant.

Une trame d'entretien (*Annexe 1*) a été réalisée au préalable, avec la supervision du Dr Frédérique AUBOURG, médecin spécialisée en tabacologie/addictologie et référente experte de ce mémoire. La trame d'entretien était composée de questions ouvertes et de questions plus spécifiques qui pouvaient être posées si la femme présentait des difficultés à s'exprimer librement. La trame d'entretien a été testée à deux reprises : sur une personne de l'entourage puis sur une patiente de la maternité. La durée de ces deux entretiens étant de 25 et 30 minutes, des modifications ont été apportées à la trame, afin d'augmenter le temps de parole des femmes interrogées et d'allonger ainsi la durée de l'entretien.

Les entretiens étaient suivis du test de Fagerström (*Annexe 2*), permettant d'évaluer le degré de dépendance à la nicotine au moment de l'entretien. La valeur obtenue à l'issue du test était notée dans un tableau (*Annexe 1*), dans la colonne correspondant à lettre attribuée à la patiente.

² Sage-femme formatrice et directrice d'un centre de formation pour sages-femmes à Nîmes

2. Données recueillies

L'enregistrement des entretiens à l'aide d'un enregistreur vocal permettait d'assurer le recueil de toutes les informations fournies par les participantes. Ceci donnait la possibilité, entre autres, d'instaurer un dialogue attentif avec la femme interrogée, car non-entrecoupé de prises de notes.

Chaque entretien enregistré a ensuite été retranscrit sur ordinateur afin de procéder à l'analyse des données recueillies.

Les variables recueillies auprès des femmes interrogées concernaient des informations personnelles (âge, profession, origine géographique, situation matrimoniale), leurs antécédents médicaux et obstétricaux, le déroulement et le vécu de leur grossesse, leur histoire tabagique (âge de début de consommation, arrêts précédents, méthodes utilisées), leur consommation tabagique (avant, pendant et après la grossesse, la valeur obtenue par le test de Fagerström), les objectifs de diminution personnels et/ou fixés par les professionnels de santé, l'information reçue en consultation et en suites de couche au sujet du tabac, les supports d'information sur le sevrage tabagique délivrés en consultation (brochures, fiche informative, adresses utiles), les autres addictions (alcool, cannabis, drogues), la position de l'entourage (conjoint, famille, collègues), les démarches entreprises, les difficultés rencontrées et les résultats obtenus.

C. Les questionnaires destinés aux praticiens

1. Données recueillies

Le questionnaire (*Annexe 3*) était composé de questions à choix multiples ainsi que de questions ouvertes. Le critère de jugement principal était le type d'information au sevrage délivrée aux femmes enceintes fumeuses au cours des consultations prénatales. Le questionnaire portait notamment sur le(s) type(s) de support(s) utilisés pour délivrer cette information, les tests ou grilles d'évaluation éventuellement utilisés pour évaluer le degré de dépendance et de motivation à l'arrêt, l'orientation vers une consultation spécialisée (tabacologue, addictologue, diététicien), ainsi que le temps total (en minutes) consacré à l'accompagnement au sevrage.

Le critère de jugement secondaire était la réalisation du dépistage du tabagisme actif mais également du tabagisme passif lors des consultations prénatales.

Une information concernant la fonction du professionnel de santé réalisant la consultation (sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste) était également requise.

Enfin, une question ouverte permettait au professionnel de santé de s'exprimer sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement au sevrage tabagique de la femme enceinte.

2. Organisation et distribution

Nous avons distribué le questionnaire dans le service de consultations obstétricales à tout praticien réalisant des consultations prénatales. La plupart des questionnaires étaient récupérés en main propre à la fin des consultations. Une enveloppe avait été placée dans le bureau des infirmières afin que les consultants étant dans l'impossibilité de rendre le questionnaire en main propre puissent l'y déposer.

V. Considérations éthiques et réglementaires

Avant de débiter la distribution des questionnaires et la réalisation des entretiens, nous avons obtenu les accords du Chef de service de la maternité de Port-Royal, ainsi que de la sage-femme cadre du service de suites de couche.

Nous nous sommes présentés à chaque personne susceptible de participer à l'étude et l'avons informée du déroulement de celle-ci. Le consentement libre et éclairé des personnes souhaitant participer était ensuite recueilli.

Une lettre était attribuée à chaque enregistrement d'entretien, et un numéro à chaque questionnaire afin de respecter l'anonymat des participants. Une information concernant l'anonymisation des réponses était délivrée à toute patiente interrogée et dans une lettre d'information précédent le questionnaire (*Annexe 3*), ceci avant de procéder au recueil du consentement.

Le questionnaire était distribué en main propre aux professionnels de santé participant à l'étude, mais restait anonyme.

VI. Dates et lieu d'étude

Le lieu choisi pour la réalisation de cette étude est la maternité de Port-Royal de l'Hôpital Cochin, à Paris. Il s'agit d'un établissement de type 3, adhérent, comme indiqué plus haut, au réseau « Hôpital sans Tabac », et se trouvant parmi les maternités de France métropolitaine réalisant le plus d'accouchements³.

Les entretiens se sont déroulés sur une période déterminée de deux mois : du 1^{er} octobre au 29 décembre 2018. Lors de cette période, nous nous sommes rendus dans les différents étages de l'unité de suites de couche de la maternité de Port-Royal, pour un total de 28 déplacements.

Une période additionnelle a été déterminée pour la distribution des questionnaires. Lors de cette période, nous nous sommes rendus dans le service de consultations de la maternité de Port-Royal, tous les matins et après-midis pendant deux semaines, afin de distribuer et recueillir le maximum de questionnaires.

VII.Stratégie d'analyse

Les entretiens enregistrés ont été entièrement retranscrits sur un document Word. Lors de la relecture des retranscriptions, nous avons procédé à une analyse thématique : cinq grands thèmes ont été mis en évidence, et une couleur leur a été attribuée. Toute information renseignant un thème était ainsi associée à sa couleur correspondante (*Annexe 4*).

Un document Word supplémentaire a été créé afin de recueillir les données de tous les entretiens en un tableau. Les informations concernant les cinq grands thèmes étaient renseignées pour chaque entretien (numérotés de 1 à 15) à l'aide du code couleur mis en place : les généralités et antécédents médicaux, les grossesses passées et actuelle, les conduites addictives pendant la grossesse ainsi que l'histoire tabagique, la position de l'entourage et les informations et conseils reçus pendant la grossesse et en post-partum concernant le sevrage tabagique.

Les données recueillies par les questionnaires ont été saisies sur le logiciel Excel. Une analyse quantitative n'étant pas réalisable sur un nombre faible de questionnaires, il a été décidé d'utiliser les informations obtenues comme complément des entretiens.

³ On comptait 5316 accouchements en 2017.

TROISIEME PARTIE : Résultats et Discussion

Dans un premier temps, nous allons procéder à une description de l'échantillon étudié dans les entretiens. Nous effectuerons ensuite une analyse thématique des entretiens, en nous arrêtant sur les thèmes qui ont été mis en évidence. Ensuite, nous présenterons les résultats complémentaires obtenus lors de cette étude. Enfin, une partie sera réservée à la présentation des résultats des questionnaires remplis par les praticiens en consultation, qui seront utilisés comme complément d'information à l'étude.

Une discussion sur les résultats et le déroulement de l'étude sera développée dans un deuxième temps, où nous reviendrons sur les hypothèses de départ.

I. Description de l'échantillon d'étude

Nous avons sélectionné au total 18 femmes répondant aux critères d'inclusion. Parmi ces femmes, 3 n'étaient pas disponibles pour réaliser l'entretien. Il n'y a pas eu de refus d'entretien. Nous avons donc réalisé au total 15 entretiens dans l'unité de suites de couche de la maternité de Port-Royal.

La durée moyenne des entretiens était d'environ 35 minutes, le plus court ayant duré 10 minutes et le plus long 1h40 minutes.

L'ensemble des questions a été abordé avec les femmes interrogées, hormis deux. En effet, ces femmes étaient les seules de l'échantillon ayant réussi le sevrage tabagique au cours de sa grossesse, certaines questions ne s'appliquaient donc pas à leur situation.

A. Généralités

La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 31,2 ans, avec des extrêmes à 21 ans et 42 ans. On peut observer que la série obtenue est bimodale, puisque deux âges sont représentés en majorité, soit 30 et 31 ans.

La totalité des femmes était en concubinage, mariée ou pacsée avec le père de l'enfant lors de la réalisation des entretiens.

Figure 1 : Âge des femmes interrogées

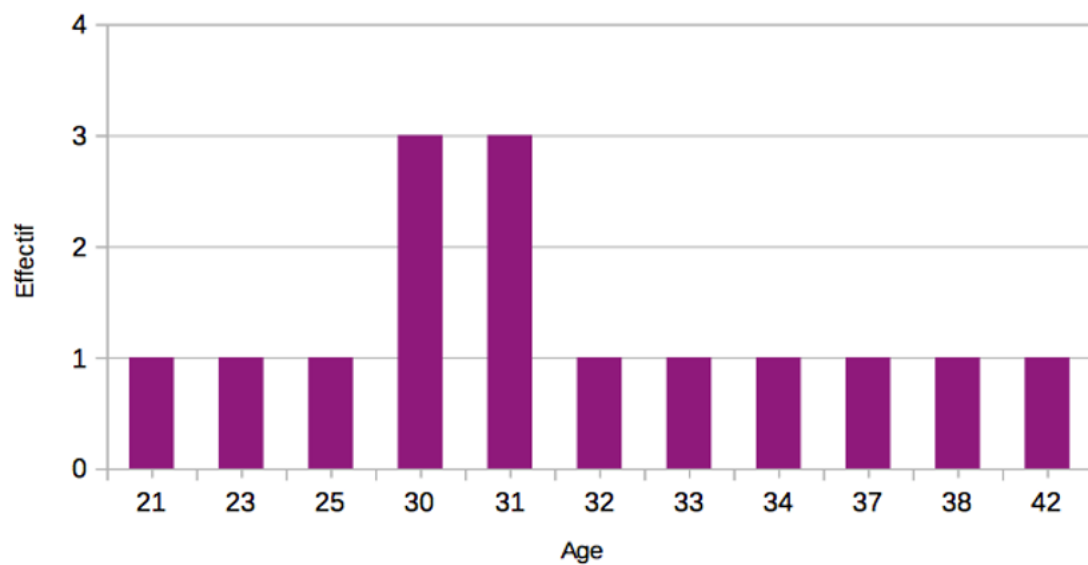


Tableau 1 : Gestité et parité des femmes interrogées

	Primigeste	Deuxième geste	Troisième geste	Quatrième geste	Cinquième geste	EFFECTIF TOTAL
Primipare	3	2	1	0	0	6
Deuxième pare	1	5	0	1	1	8
Troisième pare	0	0	1	0	0	1
EFFECTIF TOTAL	4	7	2	1	1	15

- La gestité des femmes interrogées varie d'une à cinq grossesses.
- Leur parité varie d'un à trois accouchements. On note un accouchement gémellaire (femme primigeste, deuxième pare) parmi les femmes interrogées.
- 7 femmes sur 15 étaient deuxièmes gestes, soit la quasi-moitié des femmes interrogées. Parmi les femmes restantes, la moitié était primigeste, et l'autre moitié était troisième, quatrième ou cinquième geste.
- 8 femmes sur 15 étaient deuxièmes paires, soit plus de la moitié des femmes interrogées. Parmi les femmes restantes, on retrouve 6 primipares et une troisième pare.

B. Grossesse et accouchement

- La grossesse était de déroulement normal pour 10 femmes sur 15. Pour les 5 femmes restantes, 3 grossesses étaient marquées par un diabète gestationnel sous régime, et 2 grossesses par un retard de croissance intra-utérin (RCIU).
- Le terme des accouchements variait de 37 semaines d'aménorrhée (SA), à 41 SA et 4 jours pour 14 femmes sur 15. Il y a eu un accouchement prématuré après un déclenchement pour RCIU à 35 SA et 3 jours.
- Concernant le mode d'accouchement, 2/3 des femmes avait eu un accouchement par voie basse normal. Aucune femme interrogée n'avait eu d'accouchement par voie basse avec extraction instrumentale.
- Parmi le tiers restant, 3 femmes ont bénéficié d'une césarienne programmée : une pour utérus bicicatriciel, une pour grossesse gémellaire avec RCIU sur le second jumeau (J2), et une pour demande maternelle suite au décès du nouveau-né lors du précédent accouchement. 2 femmes ont bénéficié une césarienne en urgence en cours de travail pour bradycardie fœtale.
- Parmi les nouveau-nés, qui étaient au nombre de 16, on a noté 13 nouveau-nés eutrophes (dont 1 issu de la grossesse gémellaire, hospitalisé en Unité mère-enfant) et 2 nouveau-nés hypotrophes (dont 1 issu de la grossesse gémellaire hospitalité en néonatalogie, et 1 né à 35 SA + 3 jours, hospitalisé en Unité mère-enfant).

Toutes les femmes ont été interrogées entre J2 et J5 de leur hospitalisation.

C. Profession et niveau d'étude

Le niveau d'étude ainsi que la profession des femmes interrogées étaient très hétérogènes. Le plus haut niveau d'étude retenu était Bac+11 pour une participante. On a également noté 3 femmes avec un niveau d'étude équivalent à Bac+5, une femme titulaire d'un Bac+3, cinq femmes d'un Bac+2 ainsi que deux femmes titulaires d'un CAP. Trois femmes sur les quinze interrogées, soit un cinquième du total, étaient sans emploi et avaient un niveau d'étude équivalent au baccalauréat.

D. Origine géographique

Plus de 2/3 des femmes interrogées, soit 11 sur 15, étaient françaises. Parmi les quatre autres femmes, nous retrouvons deux femmes originaires des pays d'Europe de l'Est, et deux originaires de pays du Maghreb.

II. Résultats

A. L'histoire tabagique des femmes et les freins à leur sevrage

1. Une histoire qui commence tôt

- Lors de l'entretien, il était demandé aux femmes de raconter leur histoire avec le tabac. Cette histoire a commencé pendant l'adolescence pour quasiment toutes les femmes interrogées. Cela s'est passé à l'époque du collège (11-14 ans) pour un tiers d'entre elles (5 femmes sur 15), au lycée (15-18 ans) pour presque 2/3 d'entre elles (9 femmes sur 15), et à l'université à 21 ans pour l'une d'entre elles.
- On retrouve des raisons classiques ayant poussé les femmes à commencer leur consommation de tabac à cette époque. Toutes ont énoncé une envie d'imiter les autres camarades, de paraître plus grande, de ne pas s'écarter d'un groupe d'amis :

Mme I⁴ : « *C'était pour faire la grande. J'aimais pas ça du tout en plus. Mais je faisais très jeune donc avec la cigarette je faisais un petit peu plus mature. »*

⁴ Les lettres attribuées aux patientes ne correspondent pas aux initiales de leurs noms ou prénoms.

Mme H : « *Quand j'étais petite et bête. J'avais... je sais pas... 15 ans. J'ai commencé parce que les autres fumaient et je voulais voir qu'est-ce que ça donnait. Comme les jeunes d'aujourd'hui, j'ai fait les mêmes bêtises. Mais pour commencer de fumer il faut le vouloir bein !* »

2. Avant la grossesse

- Plus d'un tiers des femmes interrogées n'avait jamais envisagé un sevrage tabagique avant l'obtention de la grossesse, soit 6 femmes sur 15.
- Les femmes ayant déjà tenté un sevrage tabagique précédemment étaient au nombre de 6 sur 15. Il n'y a pas de méthode particulière faisant consensus parmi ces femmes (motivation personnelle, gommes, patchs, cigarette électronique, acupuncture, hypnose). Cependant bien qu'un arrêt ait été rapporté chez certaines d'entre elles, celui-ci a été de courte durée pour la plupart.

Mme L : « *J'ai été faire des séances d'acupuncture. Là, carrément ça vous donne un vrai dégoût de la cigarette... En fait, il m'a fait un truc qui fait que quand tu fumes, t'as tous les... enfin tu ne sens plus que les goûts monstrueux que c'est... enfin tu sens vraiment les goûts horribles de la cigarette. Ça avait marché, mais comme j'avais pas décidé, je lui avais dit 'je veux ralentir', je ne lui avais pas dit 'je veux arrêter'. Et dans mon esprit... c'était trop. Et du coup, si tu combats en fait ce mauvais goût que te fait ressentir la cigarette, ben, à un moment, ce mauvais goût, tu t'y réhabitues et en fait, ça passe. Donc ça n'a pas marché... parce que j'avais pas envie d'arrêter définitivement.* »

- Plusieurs femmes ont fait part d'une certaine méfiance envers l'efficacité des traitements de substitution nicotinique (TSN), préférant un travail personnel et autonome sur leur motivation :

Mme K : « *A un moment j'ai essayé d'arrêter. C'était juste avec ma motivation parce que j'y crois pas trop aux trucs patchs, machins... Non, quand on veut on peut... Quand on le décide et que vraiment y'a de la volonté... voilà après j'ai repris.* »

- Une volonté de réaliser un sevrage tabagique est née avec le désir de grossesse chez 3 femmes sur les 15 interrogées. Celles-ci se sont renseignées sur le sevrage tabagique, mais n'ont pas fait de démarches pour consulter un spécialiste ou un professionnel de santé. Bien qu'aucune n'ait réussi à arrêter sa consommation avant l'obtention de la grossesse, certaines ont réduit leur consommation en s'imposant des objectifs personnels.

Mme L : « *Et puis, j'ai quand même réalisé avec le temps, quand j'ai eu envie, ce désir d'enfant et tout, qu'il fallait quand même que je diminue. Et donc, euh... il y a eu un moment où j'ai commencé à compter le nombre de cigarettes que je fumais et peut-être qu'on va dire qu'un peu avant de tomber enceinte, j'avais déjà diminué un peu. Je voulais absolument arriver à 10... enfin... pas dépasser les 10. Ça, je n'y arrivais pas, donc j'allais systématiquement vers 12, 14, des fois 15. Mais quand même, c'était pour moi déjà un petit début, une petite victoire. Voilà, et après je suis tombée enceinte. »*

D'autres femmes, ont adopté de nouveaux comportements en prévision de la grossesse et de l'arrivée de leur bébé :

Mme B : « *Déjà nous, on fume pas dans la maison... ça, par contre, c'est moi qui avais pris la décision, j'ai dit ça serait bien qu'on ne fume plus dedans. J'ai beaucoup réfléchi. »*

3. Les facteurs favorisant la consommation

- Un facteur revenant régulièrement dans les entretiens comme déclencheur de la consommation tabagique est l'**habitude**, le réflexe et la gestuelle associée à cette consommation.

Mme J : « *Il y a l'habitude... Quand on s'ennuie, qu'on est là au téléphone en train de parler, on va s'allumer une clope alors que non... on n'a pas forcément l'envie de fumer cette cigarette-là. En diminuant j'ai vraiment gardé celles que j'appréciais vraiment, et c'est là, que je me suis rendue compte qu'au final je fumais des cigarettes qui servaient vraiment à rien. »*

Mme I : « *Je bois mon café et après j'allume ma cigarette. »*

Mme L : « *En fait, c'était pas la nicotine qui me manquait, pour le coup c'était plus le geste, le goût aussi. »*

- Globalement, les entretiens rapportent que le **stress** est un facteur majeur de recherche de la consommation. Le stress subi au travail est énoncé chez plus de la moitié des femmes interrogées. La cigarette est alors un moyen d'évasion et d'apaisement, un temps accordé à soi-même pour reprendre le contrôle de certaines situations et un moyen de s'offrir une **récompense**.

Mme D : « *Bon je dis pas que c'est ça mais quand on fait un boulot stressant, c'est vrai que ça fait du bien une cigarette.*

Mme E : « *C'est pas les 20 clopes par jour qui me font craquer, et c'est pas la clope tous les jours qui me fait craquer. C'est la clope de détente, un jour où j'ai vraiment... je me suis énervée et je suis fatiguée où j'ai beaucoup travaillé et je me dis que j'ai le droit de l'avoir. C'est le bonheur, c'est du temps qu'on s'accorde, une coupure dans*

vosre quotidien, c'est un moment de détente. Vous êtes en train de vous tuer, mais vous avez l'impression que c'est une récompense de rentrer à la maison et avoir enfin le droit à votre petite clope. Okay, le travail est fini, j'ai le droit de me reposer. »

- L'aspect social du tabagisme est récurrent. Comme nous l'avons vu précédemment à l'adolescence, la cigarette est également un moyen d'intégration à un **groupe** à l'âge adulte. Un grand nombre de femmes énonçait le refus de compléter leur sevrage par peur de s'éloigner de leur cercle social.

Mme E : *« J'ai dû laissé mes parents, je suis partie toute seule et quand même, je faisais pas les clubs, boîtes de nuit, j'étais assez sage ! Mais la plupart des filles dans le campus où je restais, fumaient. Donc c'est un truc social et c'est vrai qu'à l'école, c'est très souvent un cercle social et puis ça devient un cercle vicieux. Parce-que dès qu'on termine l'école ou on va dans une université ou un nouveau lieu de travail, la première chose, c'est sortir à la première pause, aller fumer une clope et les gens qu'on rencontre, les premières personnes qu'on rencontre, ce sont des fumeurs. Et donc, ça devient notre cercle. Donc, ensuite même si on veut s'arrêter de fumer, on est toujours entouré d'une manière ou autre par des fumeurs et c'est très, très difficile. Toute ma journée était devenue calibrée par rapport à la clope. »*

Mme I : *« Je me disais je vais diminuer un peu... et de toute façon, j'allais plus sortir, donc forcément quand on ne sort plus, on diminue. J'étais enceinte, donc je sortais dix fois moins, et quand on sort dix fois moins, on fume dix fois moins. L'alcool appelle la cigarette, la sortie aussi... Donc en général, j'en fumais une dizaine. Si je sortais, je pouvais fumer un paquet. »*

- Environ 1/3 des femmes interrogées a employé le terme « **amie** » ou « copine » en se référant à la cigarette. Même si les autres femmes n'ont pas prononcé ces termes exacts, on peut déceler à travers les entretiens qu'il existe une véritable relation entre la cigarette et la personne qui fume depuis plusieurs années.

Mme B : *« La cigarette pour certaines personnes, c'est une amie. »*

Mme E : *« La clope c'est une très bonne copine hein. Faut savoir que ça tient compagnie quand on est seul. Elle est un peu partout : pendant la pause déjeuner, ou avec les amis, à la station de bus, en sortant du métro, ou à la maison... C'est la clope, elle est présente partout, même si n'y a pas des publicités. Elle est présente à chaque instant de votre vie. Une fois que vous avez fumé assez longtemps, au bout d'un moment, elle est liée à toutes les habitudes quotidiennes. Et même un an après avoir arrêté de fumer, vous pouvez continuer à lier certaines habitudes... comme un souvenir. »*

4. La motivation

- Sur les 15 femmes interrogées, 8 femmes se disaient non motivées pour un arrêt complet de leur consommation tabagique au cours de leur grossesse, mais elles l'étaient toutes pour une diminution.

Mme I : *« J'ai toujours aimé fumer et j'avais pas envie d'arrêter. Surtout qu'en plus, au moment où je me retrouve à la maison – je ne travaillais plus donc – j'ai pas l'esprit occupé par le travail en permanence, donc... je savais que ça allait pas être trop possible. Donc au lieu de me l'interdire, je me suis dit de réduire. »*

- Presque la moitié des femmes interrogées, soit 7 sur 15, se disait très motivée à réaliser leur sevrage tabagique. Parmi elles, deux sont parvenues à se sevrer entièrement pendant la grossesse (une par l'hypnose, l'autre sans aucun moyen particulier). Les autres ont toutes diminué leur consommation, mais ont rencontré des difficultés qu'elles n'avaient souvent pas anticipées et qui ont concouru à l'échec de leur sevrage.

Mme G : *« Je suis devenue une fumeuse régulière très rapidement, et euh... en moyenne j'étais à 1 paquet, 1 paquet et demi. J'avais jamais essayé d'arrêter avant... parce que j'étais pas prête, parce que j'en n'avais pas envie. Je me considérais comme une vraie fumeuse, j'étais un peu dans le besoin. Et le jour où j'ai appris que j'étais enceinte, je suis passée tout de suite à 3 cigarettes, naturellement, du jour au lendemain. Alors, mon compagnon étant fumeur, j'ai quand-même tiré une fois sur sa cigarette 3-4 jours après être sortie du cabinet et... je me suis sentie mal, j'ai eu l'impression d'avoir pris un poison... et du coup ça m'a calmé et j'ai pas eu envie d'y retourner. Voilà, l'hypnose m'a vraiment permis de me dire que c'est sûr je ne fumerai pas, même pas une cigarette. Mais je pense que si j'avais fait de l'hypnose sans avoir la grossesse j'aurais peut-être pas réussi. »*

Mme C : *« Je me suis réveillée un matin et je me suis dit 'aujourd'hui, je vais pas fumer'... et j'ai pas fumé une journée. Mais j'ai repris juste après. Chaque mois, je me disais 'je vais arrêter, je vais arrêter'. J'avais des objectifs, mais en fait, j'ai jamais arrêté de fumer. C'était pas facile. Mais il y a des cigarettes que j'ai réussi à arrêter hein. Par exemple, je fumais trois cigarettes avant d'aller me coucher et là j'en fumais plus que deux. Mais vraiment déjà à des intervalles plus espacés, et surtout à des moments où j'étais sûre que j'allais me coucher. Voilà... On dit que c'est la volonté, mais vraiment, malgré la volonté, c'est compliqué. Et je peux vous dire que ça ne m'apporte rien la cigarette, c'est juste une habitude en fait. »*

Mme H : *« J'aime pas fumer. J'avais des nausées, j'avais mal, et tout ça parce que je sentais que c'était dégueulasse, mais j'avais besoin de fumer. Il faut pas commencer parce que c'est sale, c'est vraiment sale. Quand j'allume une cigarette je trouve ça sale, sale, sale. C'est dommage que j'aie commencé. [...] Tu peux pas supporter*

l'odeur, tu peux pas rester à côté de quelqu'un qui fume, tu sens la fumée, même si la fenêtre est ouverte ; tellement, que tu mets ton parfum. Mais par contre il faut que tu fumes. C'est pas le cerveau, c'est ton corps qui te le demande. »

Mme E : *« Je ne me rendais pas compte que ça allait être mentalement, physiquement, pas possible. Moi je vois toutes mes copines qui fument, si elles veulent arrêter de fumer, je leur explique que arrêter de fumer pendant la grossesse, c'est pas forcément évident. Donc, qu'elles s'imaginent pas que, onais demain j'ai le test positif et d'un coup je vais... non, juste ne pas vivre dans ce nuage. Je ne leur dis pas, il faut qu'elles arrêtent tout de suite, mais si un jour, tu décides d'avoir des enfants, sache que c'est pas forcément le moment où tu seras enceinte, où ce sera le plus facile d'arrêter... [silence] J'aimerais bien qu'elles n'aient pas à vivre ce que j'ai vécu. »*

- Certaines femmes, 4 sur les 15 interrogées, se fixaient des objectifs et mettaient en place des stratégies pendant leur grossesse, afin de réduire au maximum leur consommation.

Mme L : *« Maintenant, j'ai compris ce qu'il ne fallait plus que je fasse, genre emmener tout le paquet de cigarettes, genre, quand tu sors la journée, tout ça. Parce-que je le prenais pas, moi, quand j'étais enceinte. En fait, je laissais les cigarettes à la maison. Et même quand je travaillais, ce qui était pas mal, parce qu'au moins je baissais, mais après quand j'étais en congé de maternité, c'était terminé, je laissais mon paquet de cigarettes au travail, et je prenais juste genre deux cigarettes pour le soir. Comme ça, je m'interdisais de... voilà, je rentrais avec deux clopes. Et du coup, ça marchait bien, et je ne fumais pas de la journée. Et puis après, du coup ce truc-là, je pense que je vais le garder. Ben, tu te dis 'c'est vrai qu'au fond j'avais pas vraiment besoin de fumer'. »*

Mme E : *« Dès que le bus il venait dans plus de 5 minutes, j'en allumais une. Donc, comme j'ai le bus le matin, puis le bus le soir, puis la pause déjeuner, et tout... j'ai décidé d'arrêter. J'ai arrêté au déjeuner, je commençais à marcher entre les stations... si je vois que c'est plus de 5 minutes d'attente, ben, je marche vite jusqu'à l'autre, la station suivante, juste histoire de ne pas avoir des moments où je... Le café le matin ! Ben, j'ai arrêté le café le matin parce que le café sentait la clope. Voilà. J'ai supprimé tout ce qui était lié comme activités à la clope. On s'est même forcé à laisser les clopes dans la boîte aux lettres. »*

- Une question était posée aux femmes lors de l'entretien concernant ce qu'elles envisageaient à plus ou moins long terme pour leur retour à la maison, et si elles prévoyaient de continuer les efforts pour réussir leur sevrage tabagique. 9 femmes sur 15 ont dit ne pas avoir réfléchi à cela, et qu'il ne s'agissait pas d'une priorité pour elles. 6 femmes sur 15 ont exprimé le souhait de poursuivre leurs efforts.

Mme N : *« J'aimerais vraiment réussir à arrêter. Après, j'aimerais trouver le bon moment. Après, j'espère réussir à ne pas reprendre ma consommation d'avant... j'aimerais rester à 5 ou 7 cigarettes par jour. »*

Mme E : *« On espère beaucoup que la rupture complète de la routine qu'est la naissance nous aide à arrêter. »*

5. Les représentations

Les représentations et fausses croyances autour du tabagisme et du sevrage tabagique pendant la grossesse sont nombreuses. Certaines sont revenues plusieurs fois dans les entretiens.

- Presque un tiers des femmes interrogées, soit 4 sur 15, nous ont fait part des raisons qui les ont poussées à arrêter le traitement de substitution nicotinique qui avait été mis en place. On a pu remarquer qu'il s'agissait du patch nicotinique dans les quatre cas, et qu'il existait une désinformation autour de ce moyen de sevrage, qui avait concouru à l'arrêt de son utilisation.

Mme J : *« Psychologiquement je me suis dit que d'avoir un patch toute la journée qui diffuse de la nicotine alors que je fume pas toute la journée... je me disais que j'avais plus de nicotine qu'avec la cigarette. »*

Mme B : *« Ils m'avaient re-prescrit des patchs pendant la grossesse. Mais vu que quand j'avais arrêté la dernière fois avec le patch, j'ai jamais mélangé cigarettes et patch... ça me faisait un peu peur. Au départ, je me disais 'ouais c'est bien parce que comme ça je peux quand-même continuer à fumer tout en ayant réduit'... mais j'ai jamais osé mélanger en fait. À cause de la grossesse, et aussi parce qu'on me disait qu'il fallait jamais fumer avec le patch. »*

Mme L : *« La nicorette, c'est vraiment très étrange, et en plus là, après j'ai regardé et puis je voyais qu'il y avait... enfin je sais plus... je me suis dit, c'est pire, c'est la même chose que de fumer une clope. Bon, après, peut-être que je me suis mal renseignée. Pareil, j'ai fait une tentative de cigarette électronique, mais je voyais que dans les produits, il y avait de l'alcool, on ne sait pas ce qu'il y a dedans, donc, est-ce-que finalement, c'est pas, euh, l'un dans l'autre, je me suis dit 'laisse tomber'. »*

- Sur les 15 femmes interrogées, 5 ont énoncé la crainte que le stress engendré par le sevrage soit plus nocif à la grossesse que la consommation-même de tabac. Parmi ces femmes, 4 rapportent que cette crainte a été validée par un ou plusieurs professionnels de santé rencontrés au cours de leur grossesse.

Mme D : *« Je me suis dit qu'il valait mieux de fumer plutôt qu'il y ait un manque. »*

Mme L : *« Elle m'a dit 'vous allez transmettre au bébé tout votre stress et limite, vaut mieux continuer à fumer que d'arrêter'. »*

Mme J : *« Ma gynéco qui me faisait les échos... elle me disait qu'il valait mieux fumer peu, que d'arrêter la cigarette et d'être stressée. Elle m'avait dit de fumer maximum 5 cigarettes. »*

Mme E : « J'ai eu la permission de ne pas arrêter de fumer. Mon obstétricien, il dit, 'écoutez, si vous arrivez à fumer 5 clopes par jour, c'est mieux de faire ça, que de vous intoxiquer avec des chewing-gums, des patchs' et euh... il a dit que c'est moins bien. »

- Nos représentations sur la femme enceintes tabagiques ont également été bousculées par ces entretiens.

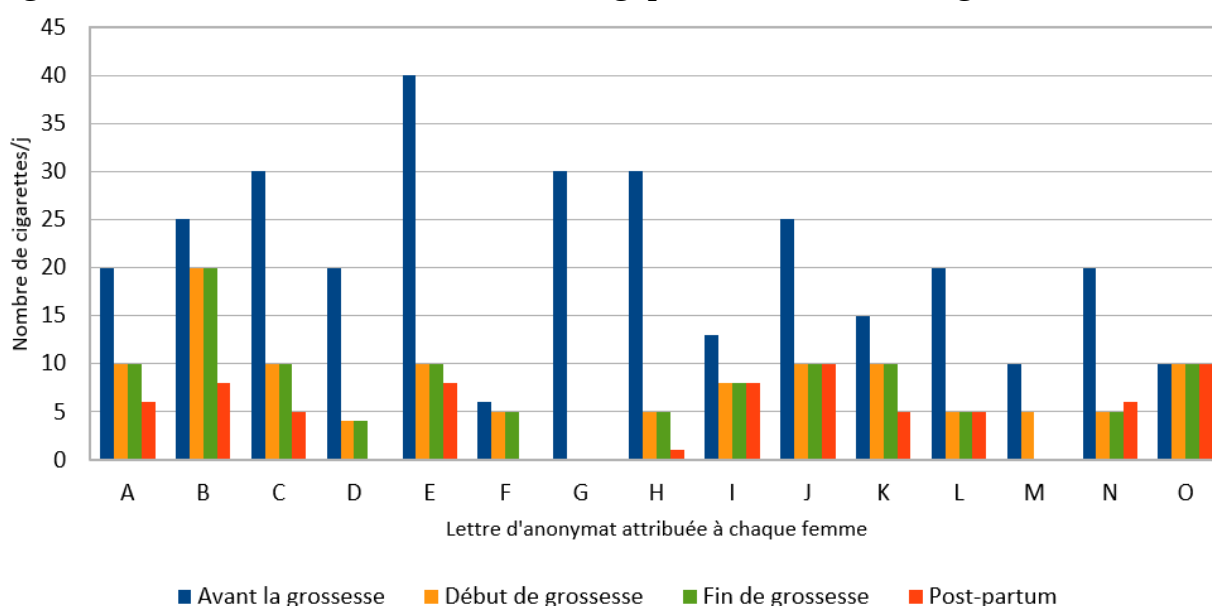
Nous pensions, par exemple, que le tabagisme serait un des freins à la volonté d'allaiter. Or, 12 femmes sur les 15 interrogées avaient choisi l'allaitement maternel. Les 3 femmes ayant choisi l'allaitement artificiel ne l'avaient pas fait pour cette raison, mais par préférence personnelle. Le tabagisme n'influait donc pas sur le choix d'allaitement des femmes interrogées.

Nous pensions également que la crainte de prendre du poids lors de l'arrêt du tabac se trouverait parmi les raisons principales d'un refus de sevrage tabagique. Or, une seule femme sur les 15 interrogées a soulevé ce facteur comme étant un frein potentiel à son sevrage tabagique.

6. Consommation de toxiques et dépendance

- L'évolution de la consommation tabagique (en cigarettes par jour) avant la grossesse, pendant celle-ci et dans les premiers jours de post-partum était demandée aux femmes au cours des entretiens.

Figure 2 : Evolution de la consommation tabagique des femmes interrogées



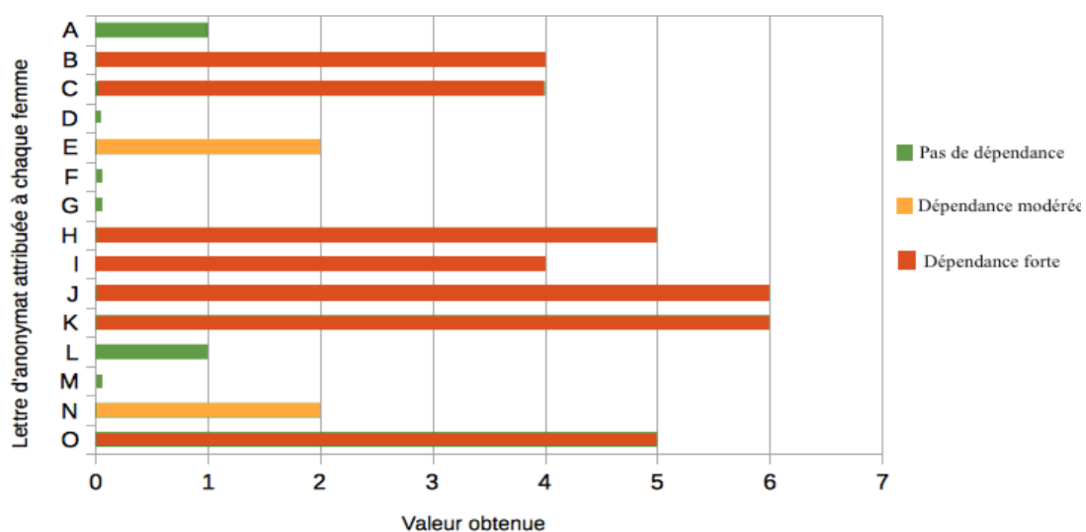
On peut observer que la tendance globale est à la baisse, hormis une femme qui n'a pas modifié sa consommation. Une chute rapide de la consommation tabagique est notée en début de grossesse. Celle-ci est le plus souvent liée aux nausées et vomissements du premier trimestre, qui sont d'autant plus importants avec la cigarette. La consommation au cours de la grossesse est stable pour toutes les femmes (hormis les deux ayant réussi le sevrage), il n'y a donc pas de réelle diminution observée pendant la période de la grossesse. Dans le post-partum (pour rappel, les femmes ont été interrogées entre J2 et J5 du post-partum) la consommation tabagique a baissé dans plus de la moitié des cas (8 femmes sur les 13 non sevrées) ; elle a stagné chez 4 femmes et augmenté chez une.

Mme N : « Par exemple, j'étais malade pendant la grossesse. J'avais pas envie, mais il fallait que j'essaie de fumer un peu pour voir si ça ne me dégoûtait pas trop. Même si c'était juste tirer deux tafs, ben il fallait que je le fasse. »

Mme K : « Je me suis dit tiens 'je vais arrêter'. Bon, y'a des jours où je fume pas hein, mais y'a des jours où je fume 10 cigarettes quoi. Je trouve que je suis quand-même dépendante – mais je peux arrêter quand-même – parce que je fume beaucoup... Je me dis 'aller, j'en fume une ou deux' et je me retrouve parfois à en fumer, surtout si je suis au téléphone, 4-5-6 cigarettes... A un certain moment, je fumais même un paquet par jour. Et parfois j'ai pas de voix et tout, et je me lève et je vais fumer quand-même, alors que ça fait mal ! Même quand ça fait mal ! »

- La réalisation du test de Fagerström lors de chaque entretien permettait d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine des patientes.

Figure 3 : Niveau de dépendance à la nicotine (mesuré par le test de Fagerström le jour de l'entretien)



On remarque que 6 femmes sur 15 n'avaient pas de dépendance à la nicotine, 2 femmes avaient une dépendance moyenne et 7 femmes sur 15, soit une majorité, avaient une dépendance forte à la nicotine. On notera qu'il s'agit du niveau de dépendance au moment de l'entretien, soit dans les 2 à 5 jours de post-partum, pendant le séjour en maternité.

Les femmes énonçaient régulièrement la contrainte de devoir faire surveiller leur enfant par une personne de confiance afin de se rendre à l'extérieur de la maternité pour fumer. La consommation tabagique du post-partum en maternité ne représenterait donc pas la consommation qu'elles auraient à leur retour à domicile.

Mme I : « Rien que le fait de descendre en bas, de devoir emmener le petit à la garderie, déjà ça, c'est tout un combat, faut bien la [la cigarette] fumer quoi ! Limite on se dit, on va en fumer une deuxième sur le champ là direct ! [rire]. Donc forcément, quand j'ai pas le droit, j'ai moins envie, parce que je me mets dans la tête que je vais pas pouvoir le faire facilement. »

- La question de la consommation d'autres toxiques pendant la grossesse était abordée dans les entretiens. Parmi les 15 femmes interrogées : 1 femme avait consommé du cannabis et réussi son sevrage pendant la grossesse, et 5 femmes avaient consommé de l'alcool. L'une d'entre elles avait une réelle dépendance à l'alcool et avait réussi à s'en sevrer en début de grossesse.

Mme L : « Ça m'a fait un bien, mais alors fou, d'arrêter de boire. Surtout que je buvais beaucoup trop, et n'importe comment. Je ne faisais pas du tout attention à moi... Des black-out, tout ça, enfin c'est une autre histoire... Je pense que c'était mon Lexomil à moi, mon exutoire, mais qui n'était pas sain. Et j'étais en train de me faire vraiment du mal... et du coup, [silence] du coup c'est pour ça que ça a été super, enfin je dis pas que je suis tombée enceinte pour ça, mais c'est tombé à pic quoi ! Donc, sevrage. Et maintenant j'ai vraiment pas envie de faire n'importe quoi. J'ai un petit garçon, ça fait aussi prendre conscience et devenir – fin, j'espère pour la plupart des mamans – responsable quoi, ça te responsabilise. Là, je n'ai plus envie d'être malade, parce que j'ai un enfant. »

B. L'accompagnement au sevrage tabagique

1. Accompagnement au sevrage et conseils reçus en pré et post-partum

- Seulement 7 femmes sur les 15 interrogées disent avoir été informées des risques du tabac pendant la grossesse par les professionnels de santé rencontrés en prénatal.

Concernant les traitements de substitution nicotinique (TSN), une information à ce sujet a été délivrée à 6 femmes sur 15, et la prescription de TSN a été proposée à 8 femmes sur 15. Parmi ces 8 femmes, 4 n'ont pas souhaité utiliser de TSN pendant la grossesse.

Pendant les consultations prénatales, 5 femmes sur les 15 interrogées, soit un tiers des femmes, ne se sont pas vues proposer de rencontrer un tabacologue ou addictologue. Parmi les 10 femmes à qui cela a été proposé, 4 ont accepté de le rencontrer.

Il a été demandé aux femmes interrogées si, au cours de leur grossesse, avait été réalisé un test de Fagerström et/ou une mesure de CO expiré lors d'une ou plusieurs consultations, afin d'évaluer leur dépendance à la nicotine. Sur un total de 15 femmes, 2 se sont vues proposer la mesure du CO expiré, et 3 se sont vues poser des questions type du test de Fagerström en consultation.

Mme L : *« Nada. Vraiment rien. Il n'y avait pas du tout de... j'ai pas du tout eu l'impression d'être, euh... accompagnée. Elle ne m'a pas du tout donné l'impression de vouloir m'aider à arrêter. Peut-être parce-que que moi, ce que j'ai montré aussi, c'est quelqu'un qui lui dit 'j'ai essayé de diminuer la cigarette, mais je ne sais pas si je suis capable d'arrêter'... et tout de suite du coup, elle passe à autre chose. Voilà... Et en même temps, je m'en tenais un peu à ce que me disaient les médecins, pour le coup, et je me disais, bon ben, s'ils me disent pas, 'non arrêtez tout ça'... bon ben voilà, je peux continuer. [...] Et la tabacologue, non pas du tout, on ne m'a pas proposé. Pourquoi pas ? Enfin, j'aurais peut-être été intriguée, j'aurais peut-être été voir, j'aurais peut-être aimé discuter avec quelqu'un, un professionnel. »*

Mme K : *« Moi, je sais pas... j'ai jamais testé, je sais pas comment ça marche... est-ce que... je vais voir qui ? Un tabacologue ? C'est quoi ? Je sais même pas ce que c'est... »*

Mme C (concernant la mesure du CO expiré) : *« Non, mais ça j'aurais bien aimé l'avoir ouais. J'aurais bien aimé l'avoir mais on ne me l'a pas proposé. »*

Mme B : « *Il y avait un questionnaire, il me semble. Après elle m'a plus dirigée et elle me demandait à chaque fois mon évolution, et j'étais honnête, si j'avais arrêté, diminué... Et donc elle m'a dirigée vers le tabacologue. [...]* On a été très bien suivis, très bien accompagnés. Et donc du coup ben, malgré leur investissement pour essayer de me faire arrêter... »

Mme F : « *La gynéco m'avait dit 'n'en parlez pas, si vous fumez, vu que vous fumez très peu, n'en parlez pas. Parce-que en fait, ça va vous rajouter une culpabilité et voilà'. Et après, par contre ici, c'était la première fois qu'on me disait 'même si vous fumez très peu, on ne sait pas ce que ça peut occasionner, et donc on peut vous aider si vous voulez'.* »

- Le sujet de la consommation tabagique a été abordé très rarement dans le post-partum.

Seules 2 femmes sur les 13 ayant continué leur consommation ont reçu des conseils concernant les précautions à avoir au retour à la maison et en cas d'allaitement maternel (pour rappel, 12 femmes sur 15 ont choisi l'allaitement maternel).

Concernant le tabagisme passif, 12 conjoints sur 15 étaient fumeurs. Or, le tabagisme passif n'a jamais été abordé lors des conseils de suites de couche.

Mme C : « *On va éviter dans la maison. Après je sais que ma mère fume, donc elle fumera dans sa chambre, moi sur la terrasse... La sage-femme m'a donné des conseils justement sur ça, qu'il fallait vraiment qu'il n'y ait aucune nicotine dans la maison, qu'il fallait fumer sur le balcon, fenêtre fermée – même pas entre-ouverte, vraiment fermée – et après les tétées de préférence... Donc j'ai dit que pour elle bien sûr je vais essayer de faire un maximum. Voilà, donc c'est sûr que je vais faire ça.* »

Mme L : « *Et même là, quand j'ai repris, je suis allée fumer une clope et j'ai appelé les gens et... et là j'étais contente de fumer deux clopes. Mais par contre là, je ne l'ai dit qu'à vous, personne ne m'a posé la question en dehors de vous.* »

2. Attentes et besoins

Lors des entretiens, nous nous sommes intéressés aux besoins qu'avaient les patientes en termes d'accompagnement au sevrage tabagique.

- Concernant la satisfaction de l'accompagnement au sevrage, 11 femmes sur 15 ont déclaré que l'information et l'accompagnement dont elles avaient pu bénéficier pendant la grossesse était suffisante, ou qu'elles ne souhaitent pas avoir d'informations supplémentaires.

Mme I : « Ça allait comme ça. Après, c'est à nous de décider, il faut pas non plus que ça devienne... si à chaque rendez-vous on m'attaque avec la cigarette, c'est trop. Evidemment on vous en parle une fois au moins... mais quand on en a discuté une fois on va pas en discuter 40 fois. On me propose un tabacologue, et puis voilà on me laisse le choix de... en m'informant mais sans être saoulant non plus. »

Mme A : « Disons que pour moi, il y a pas eu énormément d'informations, mais après j'en n'ai pas vraiment voulu non plus... 'fin ils ont considéré que... 'fin que je connaissais les risques et bien la notion de ce qu'il fallait faire ou pas faire. Puis après, est-ce que j'ai bien fait ou pas ? Ça je ne saurais pas le dire mais... donc je vais pas dire que le suivi est inexistant puisque c'est plutôt moi qui ai pas forcément demandé. »

Mme F : « Franchement, à la limite, j'aurais préféré qu'on me dise rien, quoi. »

- Cependant, 4 femmes sur les 15 interrogées ont émis le souhait d'avoir davantage d'informations et d'accompagnement dans leur sevrage tabagique. Elles supposent qu'elles auraient pu avoir de meilleurs résultats avec un suivi plus adapté et personnalisé.

Mme N : « J'aurais aimé qu'elle me suive un peu plus par rapport à ça, me demander où j'en étais etc. Ça m'aurait aidé puisque je... comme pour mon premier je me suis dit, ben il y a quelqu'un derrière moi, donc euh... Je pense que si ma sage-femme avait été un peu plus derrière moi, j'aurais peut-être pas réussi à arrêter totalement, mais à diminuer encore plus. »

Mme H : « Je n'ai pas reçu d'informations, de conseils... Si le patch est une alternative oui pourquoi pas... bien sûr j'aurais aimé essayer. »

Mme E : « Je pense qu'il faudrait juste laisser des portes à des démarches différentes qu'une femme enceinte peut faire. Pas seulement lui dire 'vous arrêtez l'alcool, vous arrêtez le tabac, vous arrêtez le sucre, vous arrêtez les produits non pasteurisés, vous arrêtez la viande'... genre reste à la maison, fais rien, respire pas et dans neuf mois on se reverra. Ça sert absolument à rien de culpabiliser les femmes de cette manière-là. Explique-lui quelles sont les conséquences, explique-lui à quel degré elle peut se permettre certaines choses sans que ça soit des conséquences... Juste donner plus d'options et pas dire 'NON' à absolument tout... Les femmes sont pas des débiles. C'est pas d'un jour à l'autre on a bac+5 et demain on est enceinte et on est conne. Il faut considérer qu'une femme, elle a géré son corps jusqu'à aujourd'hui, elle peut prendre ses propres décisions. Il faut juste plutôt l'informer que lui

faire peur. Ça évite que tu les caches ces choses, ça garde une confiance. Et vous pouvez les aider beaucoup plus si elles vous disent la vérité. »

Mme L : *« C'est bien que vous soyez venue parce que ça m'a... ça m'aide un peu au moins qu'on prenne du temps, qu'on puisse discuter, et puis en plus que je puisse lâcher des trucs... Ça me permet de lâcher des trucs que j'ai pas dit. »*

C. L'importance de l'entourage

1. Le conjoint

- Le rôle et l'implication du conjoint semble déterminant dans le vécu du sevrage tabagique des patientes. Parmi les 15 conjoints des femmes interrogées, on comptait 11 fumeurs réguliers, 1 fumeur occasionnel, 1 ancien fumeur, et 2 non-fumeurs. La difficulté de réaliser un sevrage tabagique tout en vivant dans un environnement fumeur a été évoquée au cours de plusieurs entretiens. Les tentations sont nombreuses et les femmes n'ont pas toujours bénéficié du soutien de leur conjoint.

Mme F : *« Lui, par-contre, c'est un gros fumeur. D'ailleurs, je pense que c'est aussi... je pense que s'il ne fumait pas... ça serait certainement moins difficile pour moi. »*

Mme L : *« Ouais, il fume. Il m'a soutenue, mais en même temps, de le voir fumer ou quand je voyais des gens qui fumaient – parce que j'ai quand même continué à sortir – ça me faisait quand même envie. Donc, ça c'était difficile. Au tout début il ne s'en rendait pas compte que c'était... Enfin, je lui en ai parlé, je lui ai dit, Vincent⁵, j'aimerais bien que tu te mettes à mon rythme de cigarettes, parce-que ce serait plus facile. Au début, il ne l'entendait pas trop, enfin, il ne comprenait pas trop ce que je voulais, mais, euh... dans l'ensemble quand même il a été bien, parce-que... ben, parce-qu'il a quand même arrêté pour moi, quoi... pour un moment. Même si après il a repris comme pas possible. »*

- La question du sevrage tabagique du conjoint se pose au vu du nombre élevé de conjoints fumeurs. Parmi les 13 conjoints fumeurs, 6 ont entamé un sevrage tabagique pendant la grossesse

⁵ Les prénoms des conjoints cités ont été changés.

pour soutenir leur femme dans cette initiative. Deux d'entre eux ont arrêté de fumer pendant la grossesse, puis ont repris leur consommation peu avant l'accouchement. Dans tous les cas, les patientes ont souligné qu'elles avaient apprécié de réaliser le parcours de sevrage à deux, et que la motivation que cela leur apportait était grande.

Mme M : « *Il fumait, il a arrêté et il vient de reprendre un petit peu... 'fin il a repris une consommation assez légère. Mais il avait arrêté avec moi pendant la grossesse, du coup c'est vrai que c'est un point positif qui a stimulé mon arrêt aussi parce qu'il vaut mieux être deux que... voilà, puis avoir un fumeur à côté de soi alors qu'on vient d'arrêter de fumer c'est pas... c'est pas non plus l'idéal, c'est super dur, hein.* »

Mme H : « *Il a diminué. Et en plus c'est lui qui a dit qu'il faut qu'on arrête les cigarettes maintenant. Il est motivé, mais c'est difficile d'arrêter d'un coup. Pour moi ça pas été difficile de diminuer puisque je sentais... ça sentait mauvais et tout ça... mais pour lui c'était plus difficile parce qu'il avait pas mes nausées, il avait pas toutes les hormones qui jouaient.* »

2. Famille et amis

La famille et les amis ont également un impact non négligeable sur la motivation des femmes enceintes tabagiques dans l'arrêt du tabac. 10 femmes sur 15 ont déclaré avoir une famille de fumeurs et/ou des fumeurs parmi leurs amis les plus proches (avec des mères, sœurs et amies ayant fumé pendant leurs grossesses), et que cela représentait la plupart du temps une difficulté supplémentaire dans leur tentative de sevrage.

Mme D : « *Après, j'ai une famille de fumeurs aussi. Mon père a toujours fumé, dans la voiture quand j'étais petite il y avait l'odeur du tabac, voilà... j'étais un peu baignée dedans. Ma maman ne fume plus, mais elle fumait et a fumé pendant ses grossesses, les parents d'Alex fument, et sa mère a fumé pendant les grossesses... donc j'ai pas du tout eu de... justement j'ai plutôt eu des 'oh c'est bon, nous tout le monde allait bien!'. Et après, moi j'ai une maman qui a fumé pendant toutes ses grossesses aussi... et on allait bien... donc je me dis que bon voilà... je me suis peut-être persuadée de quelque chose mais... Après, ce que j'ai remarqué aussi, et je l'ai remarqué pendant la grossesse, c'est – donc je travaille à l'hôpital, aux urgences – et j'ai quasiment tous mes collègues qui fument. Et en fait, à l'hôpital je fume beaucoup plus qu'à la maison... 'fin mon taux de la journée je veux dire il est... les trois quarts doivent être fumées à l'hôpital. Et puis le fait de dire 'ben on fait une pause dehors'... Je dis pas que c'est de leur faute, mais c'est plus... tentant. C'est vraiment à l'hôpital que j'avais du mal à supprimer.* »

Mme L : « *J'ai pas maintenu les efforts parce-que quand j'ai été en congé de maternité et que là, tout de suite j'ai été propulsée dans la famille de Vincent, tout ça, avec des clopeurs de malade. Donc, euh... bon, voilà, tous mes efforts ont été anéantis, réduits à 0.* »

Mme J : « *Après, mon entourage... ben ma mère elle a fumé pendant ses trois grossesses donc... mes sœurs pareil : j'en ai une qui est enceinte et pareil, elle fume. Elle par contre elle a pas réussi à diminuer, et mon autre sœur pareil elle a fumé pendant toutes ses grossesses.* »

D. Résultats complémentaires

1. Culpabilité et pression sociale

La problématique de la culpabilité est revenue spontanément dans 10 entretiens sur 15.

- Cette culpabilité vient tout d'abord de la femme, elle-même, qui est consciente des risques du tabagisme pendant la grossesse. Elle est, dans certains cas, le moteur de la diminution de leur consommation pendant la grossesse, dans d'autres elle engendre un stress qui conduit à augmenter cette consommation.

Mme C : « *Chaque cigarette fumée, on se dit euh... 'fin moi je m'imaginai comment c'était dans mon ventre, comment elle ressentait la fumée, les substances, tout... donc pour moi, chaque cigarette fumée, je culpabilisais. Maintenant, je continue à fumer, mais je culpabilise pas, parce qu'elle est pas dans mon ventre.* »

Mme B : « *C'était pas très bien, je sais. Officiellement parlant, je sais bien que c'est pas bon, j'ai pensé un peu qu'à moi et puis pas forcément à mon bébé... J'étais pas à féliciter.* »

Mme L : « *Après, en même temps, tu as quand même quelque chose dans ton corps qui, euh... de qui tu dois déjà prendre soin, quoi. Déjà que je savais, je culpabilisais quand même, et des fois, même maintenant, je me dis 'putain, j'espère...' – enfin je pense à des trucs horribles, hein, faut pas que je pense à des trucs comme ça, mais je me dis – j'espère que je ne vais pas favoriser la mort subite du nourrisson, ou, euh... des trucs comme ça.* »

- La culpabilité des femmes interrogées a également pour origine l'entourage. Il existe une réelle pression sociale sur les femmes enceintes tabagiques. La peur du jugement des autres ainsi que la peur de l'échec du sevrage constituent des facteurs de stress supplémentaires qui obligent souvent à cacher la consommation. Sur les 15 femmes interrogées, 3 cachaient leur consommation à leur entourage (belle-famille, collègues), et 9 déclaraient éviter de fumer dans la rue de peur d'être jugées ou regardées.

Mme D : « *En tout cas, j'ai pas du tout senti de pression [de la part de l'entourage proche]. Après par contre une pression sociale beaucoup plus... alors quand j'étais pas trop enceinte et que ça se voyait pas, ça allait, mais là même très enceinte, si je fumais ma cigarette de la journée, je la fumais chez moi 'fin... j'assumais pas de la fumer dans la rue ou au restaurant, quoi.* »

Mme L : « *Quand j'étais au travail... et il y avait aussi peut-être la pression quand j'étais au boulot et que les gens savaient que j'étais enceinte – sauf mes collègues proches et tout, qui s'en foutaient – je ne voulais pas qu'on voie que je fumais, que j'avais pas arrêté de fumer. Si, il y a quand même une pression sociale et tout... même moi, avant d'être enceinte, je regardais les femmes enceintes qui fumaient. Voilà. Donc aussi c'est pour ça que je ne fumais jamais quand j'étais dans la rue.* »

Mme F : « *Je ne me suis pas exposée... Après voilà, c'est vrai que par contre je... en fait on habite dans un immeuble qui a une petite cour, donc clairement il y a eu des moments où ça m'est arrivé de croiser un voisin, c'est hyper gênant. Les regards insistants... Je sais que mon frère m'a vu fumer et bon, c'est quand même mal quoi.* »

Mme E : « *Le regard des gens, c'est quelque chose, je peux vous dire. Parce qu'ils se disent oui, elle s'en fout, elle est en train de tuer son bébé, alors que la nana je la vois avec son McDo en train de bouffer et de lui donner du diabète. Dans 18 ans, l'enfant il sera avec des risques de maladie cardiovasculaire et tout. Et je me dis dans ma tête : 'mais c'est toi qui me regardes ? Mais regarde-toi !' C'est juste la société qui culpabilise tellement. [...] Le plus grand problème pour les gens qui essayent d'arrêter de fumer, c'est la culpabilité. La pression qu'on se met. Si on annonce aux gens autour de nous qu'on arrête, on est dans l'obligation de réussir. Les fumeurs, on a l'obligation de tenir notre parole. L'échec de ne pas réussir à arrêter de fumer est très mal vu dans la société. Maintenant, je dis 'j'essaye', je ne dis plus 'j'arrête de fumer'. [silence] La clope c'est pas un cadavre qu'on a mis quelque part loin, qu'on a oublié. Non, c'est un truc qui nous suit tous les jours, tous les jours... Un fumeur reste un fumeur, même si ça fait 25 ans qu'il n'a pas fumé. Il a toujours le petit risque de recommencer. Ça reste une personne qui a goûté à la clope, qui a eu une relation, on va dire, avec la clope... et ça, ça part jamais. Les gens qui arrivent à arrêter de fumer sont des héros, c'est juste la société qui s'en rend pas compte.* »

2. Les bénéfices du sevrage

Les bénéfices du sevrage tabagique ou de la diminution pendant la grossesse ont été évoqués par 5 femmes sur 15. Certaines ont observé une modification du goût, devenu plus agréable, d'autres ont vu leur toux et leur fatigue diminuer, ont trouvé qu'elles investissaient mieux dans leur allaitement, ou

appréciaient davantage les quelques cigarettes gardées. Trois d'entre elles se sentaient fières de leur parcours.

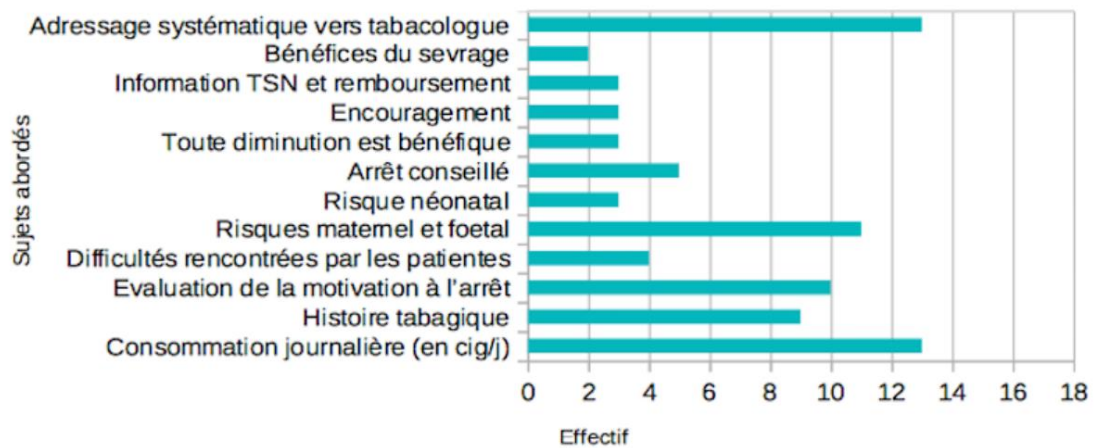
Mme N : « Le fait d'être avec mon aîné chez moi, ça m'a aidé, parce-que j'ai arrêté, pendant quoi, 5 jours. Je ne ressentais pas le besoin... au contraire, je trouvais que j'arrivais à faire plus de choses et j'étais moins fatiguée. »

3. Professionnels de santé et accompagnement au sevrage tabagique

Nous avons vu par les entretiens que l'information au sujet du sevrage tabagique n'était pas toujours délivrée aux femmes enceintes fumeuses pendant leur grossesse, et que de grandes incertitudes et des fausses croyances persistaient après l'accouchement. Nous avons donc trouvé utile de nous intéresser aux professionnels de santé de la même maternité réalisant les consultations prénatales, afin de compléter l'information recueillie par les entretiens et mettre en évidence les freins à cette prise en charge. Nous avons recueilli au total 18 questionnaires remplis : 9 par des gynécologues-obstétriciens, 7 par des sages-femmes et 2 par des médecins généralistes.

- Les professionnels de santé questionnés ont tous déclaré réaliser de manière systématique le dépistage du tabagisme actif des femmes qu'ils rencontraient en consultation prénatale. Concernant le dépistage du tabagisme passif, il était réalisé systématiquement par 6 praticiens sur 18, parfois par 6 d'entre eux, rarement par 3 d'entre eux, et jamais par 3 d'entre eux.
- Une question ouverte permettait aux praticiens de s'exprimer sur les différents sujets en rapport avec le sevrage tabagique abordés pendant la consultation.

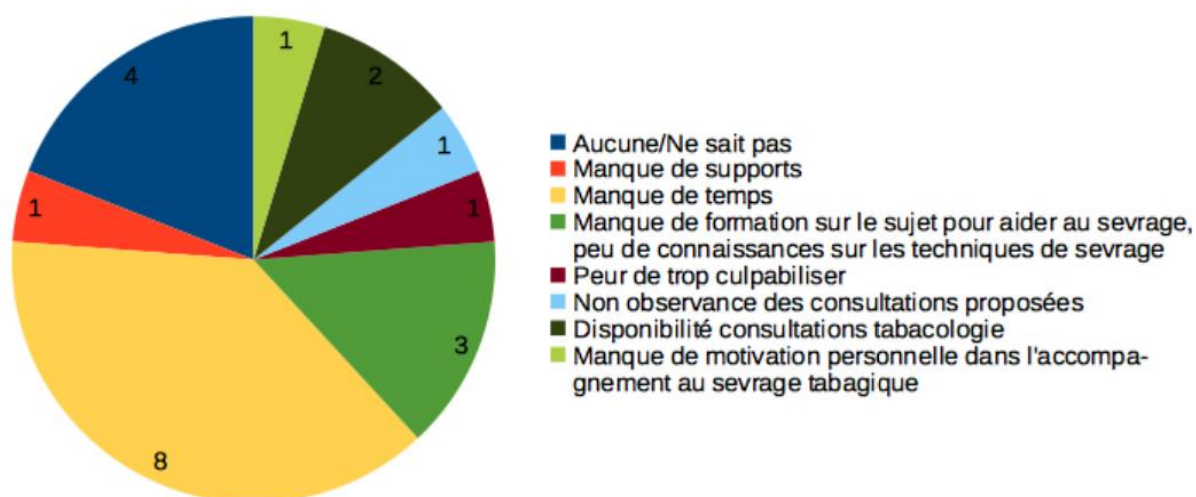
Figure 4 : Accompagnement au sevrage et information délivrée en consultation prénatale



- 13 praticiens sur 18 ont déclaré se renseigner sur la consommation tabagique de leurs patientes (en cigarettes par jour) et les adresser systématiquement vers un tabacologue.
 - 11 praticiens sur 18, soit moins de deux tiers, expliquent les risques maternels et fœtaux à leurs patientes fumeuses. 3 sur 18 abordent les complications néonatales liées au tabagisme.
 - 10 praticiens sur 18 ont déclaré se renseigner sur les motivations à l'arrêt de leur patiente.
 - 9 praticiens sur 18, soit la moitié, questionnent leurs patientes sur leur histoire tabagique.
 - 5 praticiens sur 18 ont déclaré conseiller un arrêt du tabac, contre 3 présentant toute diminution de la consommation comme bénéfique.
 - 4 praticiens sur 18 s'intéressent aux difficultés rencontrées par les patientes.
 - 3 praticiens sur 18 ont déclaré informer leurs patientes de la possibilité d'avoir recours aux traitements de substitution nicotinique et de leur remboursement par l'Assurance Maladie.
 - 3 praticiens sur 18 déclarent encourager leurs patientes et 2 sur 18 les informent des bénéfices d'un sevrage tabagique.
- Le temps par consultation consacré à l'accompagnement au sevrage tabagique était inférieur ou égal à 5 minutes pour 16 praticiens sur 18. Ce temps était compris entre 6 et 10 minutes pour 2 praticiens.

- Une question ouverte permettait aux professionnels questionnés de s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontraient dans l'accompagnement de leurs patientes au sevrage tabagique. La difficulté qui a été le plus rapportée (par 8 praticiens) est le manque de temps pendant une consultation de grossesse pour se pencher sur le sujet du sevrage tabagique.
 - 4 praticiens ont déclaré n'avoir aucune difficulté particulière.
 - 3 praticiens ont déclaré ne pas se sentir suffisamment formés au sevrage tabagique pour accompagner leurs patientes dans ce parcours et leur délivrer des conseils adaptés, et 1 praticien a énoncé comme difficulté le manque de supports (brochures, fiche de renseignement...).
 - 2 praticiens ont souligné la difficulté qu'ils avaient à trouver un rendez-vous en consultation de tabacologie pour leurs patientes.
 - 1 praticien a fait part de sa peur de trop culpabiliser les patientes.
 - 1 praticien a énoncé son manque de motivation personnelle pour accompagner ses patientes dans leur sevrage, ainsi que le refus des patientes de se rendre aux consultations spécialisées proposées.

Figure 5 : Difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans l'accompagnement au sevrage tabagique



III. Discussion

A. Confrontation des résultats avec la littérature

1. L'adolescence

Nous avons pu voir que la période de l'adolescence est la période de démarrage de la consommation tabagique, et cela pour toutes les femmes interrogées. Ici, est mise en évidence une problématique intrinsèque au milieu éducatif et scolaire. En effet, le tabac y est souvent associé à tort à la réussite sociale, la maturité, la séduction, la transgression ou l'aventure, ce qui explique l'attrance des jeunes pour ce produit pendant la période de construction identitaire qu'est l'adolescence. De plus, tous les collèges et lycées ne bénéficient pas de campagnes de sensibilisation au sevrage tabagique, ou alors ceux-ci n'ont pas l'effet recherché sur les étudiants qui ont tendance à sous-estimer les risques à long terme. La consommation de tabac devient alors acceptable ; il est considéré comme un produit de consommation lambda, et non comme une substance addictive et nuisible. Or, lutter contre le tabagisme chez les adolescents serait un moyen de prévenir les complications liées à la consommation de tabac, et notamment les complications liées à la grossesse. Selon l'enquête ESCAPAD de 2017, réalisée auprès de jeunes de 17 ans, la tendance est à la baisse depuis 2014 : on retrouve 25% de fumeurs quotidiens contre 32% en 2014 (34). Les stratégies mises en place dans les nouvelles campagnes de promotion de la santé de l'INPES visent à faire naître une réflexion chez l'adolescent au sujet du tabagisme et de ce que cela représente pour lui, et ce sans l'apeurer ni le stigmatiser (35). Il s'agit de lui donner les outils pour mûrir cette réflexion et ainsi être capable d'envisager un sevrage tabagique par la suite.

2. La dépendance

La grossesse semble être la période propice pour réaliser un sevrage tabagique. Cependant, les femmes rencontrent au cours de cette période des difficultés qu'elles n'avaient pas envisagées la plupart du temps. Elles sont souvent convaincues d'avoir le contrôle de leur consommation et de pouvoir l'arrêter facilement à l'annonce de la grossesse, oubliant la dépendance que celle-ci leur procure. Or,

nous avons pu voir que cela n'a pas été aussi simple pour les femmes interrogées au cours de cette étude, et que la volonté peut ne pas suffire en cas de forte dépendance.

Le test de Fagerström est un moyen fiable pour évaluer la dépendance physique (ou pharmacologique) à la nicotine. Cependant, il ne renseigne pas sur les dépendances psychologique et comportementale. Or, nous avons vu au cours des entretiens que les dépendances psychologique et comportementale jouent également un rôle non négligeable dans la consommation tabagique des patientes. Le plus souvent, la cigarette est associée à un moment précis de la journée. Il s'agit d'un rituel qui accompagne un état d'esprit : le geste devient automatique et n'est plus réfléchi après plusieurs années de consommation. L'exemple du café ou du verre d'alcool, donné par une majorité de patientes, montre que la cigarette devient indissociable de certaines boissons. Ainsi, le seul fait de goûter à ces boissons rappelle la cigarette et incite donc à la consommation. Il s'agit d'un véritable conditionnement.

La cigarette est personnifiée par certaines patientes interrogées qui la considèrent comme une amie, une copine leur tenant compagnie. Il s'agit donc pour ces femmes d'une véritable relation qu'il est difficile d'abandonner, et dont certaines ne souhaitent pas se défaire.

Pour d'autres, le désir de fumer vient en présence d'autres fumeurs, pour un usage plutôt récréatif et festif. Cet effet de groupe ressort dans les entretiens comme un véritable piège social pour les femmes qui souhaitaient arrêter, à cause de la tentation provoquée et des nombreuses incitations à la consommation par les pairs.

Lors d'un accompagnement au sevrage tabagique, il est essentiel de prendre en compte à la fois la dépendance pharmacologique et la dépendance psychologique et comportementale. Les effets liés à la dépendance à la nicotine tendent à s'estomper un à deux mois après l'arrêt du tabac. Le traitement de substitution nicotinique mis en place devra donc être poursuivi pendant au moins deux mois (23). Les dépendances psychologique et comportementale sont plus longues à disparaître, car le travail à réaliser est un travail de désaccoutumance. Il s'agira de se réapproprier les moments du quotidien sans avoir recours à la cigarette, par exemple en démarrant une nouvelle activité (physique, artistique, culinaire), en remplaçant le paquet de cigarettes dans la poche avec un autre objet, ou en mâchant des gommes ou des bonbons.

Le test de Fagerström réalisé auprès des patientes interrogées nous a permis d'estimer leur niveau de dépendance à la nicotine au moment de l'entretien. Nous avons remarqué que la majorité des

femmes expérimentait les contraintes de l'hospitalisation en se trouvant dans l'impossibilité de sortir fumer à chaque fois qu'elles le désiraient. Nous pouvons donc penser que leur consommation au moment des entretiens ne correspondait pas exactement à la consommation réelle qu'elles auraient pu avoir en dehors de l'hôpital. En effet, plusieurs d'entre elles nous ont fait part de leur crainte d'augmenter à nouveau la consommation à la maison. Une étude publiée en 2016 a montré que 43% des femmes ayant arrêté de fumer pendant leur grossesse reprennent une consommation dans les six premiers mois du post-partum (36). Or, dans notre étude, le même nombre de femmes qui souhaitait arrêter le tabac pendant la grossesse, souhaitait également poursuivre ses efforts en post-partum. Cela représente donc un enjeu pour les professionnels de santé s'occupant du suivi postnatal de ces femmes. Il est important de dépister cette motivation au sevrage, de l'encourager, et de s'employer à offrir à la patiente tous les moyens pour qu'elle le réussisse.

Les femmes interrogées ont toutes été honnêtes en déclarant leur consommation tabagique pendant les entretiens et en répondant au test de Fagerström. De plus, elles ne semblaient pas avoir de difficultés à partager leur histoire tabagique ni à exprimer leurs craintes et leurs échecs. Elles n'ont pas non plus déclaré avoir caché leur consommation aux professionnels de santé rencontrés pendant la grossesse.

La première hypothèse qui supposait que « les femmes enceintes fumeuses ne déclarent pas leur consommation tabagique réelle, de peur d'être jugées, ce qui limite la prise en charge possible » est donc invalidée.

3. La motivation

La question de la motivation est ressortie dans tous les entretiens. Celle-ci semblait être à l'unanimité le moteur principal du sevrage tabagique, sans lequel toute thérapie et méthode de sevrage serait inutile. Une grande majorité des femmes interrogées ont accusé le manque de motivation personnelle comme frein majeur à l'échec du sevrage tabagique. Une minorité, mais tout de même non négligeable, s'est dite motivée à arrêter mais ne disposant pas des moyens nécessaires pour réaliser le sevrage comme elle le souhaitait. Ceci est source de découragement et augmente le risque d'une rechute.

La plupart des arrêts et diminutions observés en début de grossesse sont dus aux nausées et vomissements du premier trimestre. A la disparition de ces symptômes en cours de grossesse, la consommation a tendance à augmenter à nouveau. Intervenir et encourager les patientes à ce moment

de la grossesse, afin de prévenir une ré-augmentation de la consommation, pourrait donner plus de résultats positifs en termes de sevrage tabagique.

La motivation à l'arrêt pendant la grossesse est visible dans les nombreuses stratégies mises en place par les patientes pour limiter leur consommation de cigarettes : changement des habitudes, éloignement du paquet de cigarettes, limitation des sorties, remplacement de la cigarette par un nouveau jeu sur le téléphone... Le cas de la patiente ayant réussi son sevrage par l'hypnose est intéressant, bien que non représentatif de la majorité des femmes interrogées, puisque sa motivation initiale était évidente. On peut donc se demander si l'hypnose seule aurait réussi sans cette motivation.

Il existe deux composantes de la motivation à l'arrêt : l'importance que la patiente accorde à cet arrêt, et la confiance qu'elle a en ses chances de réussite (37). Le rôle des professionnels de santé auprès de ces femmes est de valoriser cette motivation, de souligner les bénéfices d'un arrêt, d'entendre leurs difficultés et craintes, et de leur proposer de trouver une solution ensemble, ou avec l'aide d'un spécialiste (tabacologue, addictologue, psychologue).

4. Les représentations

Les représentations qui existent autour du tabagisme et du sevrage tabagique sont véhiculées par les patientes, par leur entourage, mais également par les professionnels de santé.

Plusieurs femmes nous ont fait part de leur méfiance par rapport aux traitements de substitution nicotinique (TSN), notamment le patch nicotinique. Elles craignent en effet de fumer en portant un patch ou sont inquiètes quant à la dangerosité du patch pour leur enfant. Trois d'entre elles ont même préféré arrêter l'utilisation des patchs pour ces raisons. Or, il n'est pas dangereux de fumer avec un patch. Celui-ci permet une délivrance lente et continue de nicotine (plus lente que les TSN oraux), qui, dans le cas d'une forte dépendance peut aider à diminuer le nombre de cigarettes fumées. Il s'agit même d'une méthode conseillée à certains fumeurs qui ne se sentent pas encore capables d'imaginer leur vie sans cigarette (37). L'aide au sevrage tabagique consiste également dans la lutte contre la désinformation et les fausses croyances, en expliquant clairement le fonctionnement de ces produits aux patientes que l'on rencontre en consultation et en répondant à leurs interrogations. Il serait dommage de donner moins de chances aux femmes de réussir leur sevrage tabagique, en alimentant ou en ne contredisant pas ces fausses croyances.

De nombreuses femmes interrogées ont rapporté les paroles des certains professionnels de santé qu'elles avaient rencontré pendant leur grossesse qui les persuadaient que l'arrêt du tabac aurait augmenté leur anxiété, et qu'il était préférable de garder une consommation minimale. Or, nous savons

aujourd'hui que la seule diminution de la consommation tabagique ne peut avoir aucun effet sur la toxicité entraînée, car la femme va le plus souvent aspirer davantage sur la cigarette et obtenir un taux de CO inhalé égal à celui précédant sa diminution (le taux de CO augmente avec la force d'inhalation sur les cigarettes) (38). Cette mauvaise information est-elle divulguée par peur de trop culpabiliser les patientes, par manque d'implication ou par manque de formation personnelle sur le sevrage tabagique, comme nous l'avons vu dans les questionnaires ? Le fait d'être lui-même fumeur peut souvent être un obstacle empêchant un professionnel de santé de s'engager dans la lutte contre le tabagisme, et peut expliquer la réticence de certains d'entre eux à accompagner leurs patientes dans le parcours de sevrage (39). La mesure du CO expiré est une mesure rapide qui pourrait être proposée systématiquement aux femmes enceintes en consultation prénatale. Elle permet à l'intéressée et au soignant la prenant en charge de prendre conscience d'une manière concrète de l'intoxication au monoxyde de carbone, et donc de comprendre qu'une diminution du nombre de cigarettes n'a que peu d'effet sur cette intoxication.

5. L'accompagnement au sevrage tabagique

Le temps employé pour réaliser le test de Fagerström à la fin des entretiens était d'environ 30 secondes. Nous avons utilisé pour cette étude le test de Fagerström complet, qui est composé de six questions. Il existe également un test simplifié et rapide composé de deux questions (40). Lors de cette étude nous avons pu remarquer que le manque de temps lors des consultations prénatales rendait difficile la prise en charge du sevrage tabagique des patientes. Or, le test de Fagerström simplifié pourrait être un moyen d'avoir une idée, en quelques secondes seulement, du niveau de dépendance de la patiente en consultation. La valeur obtenue pourrait être utile en complément de l'anamnèse aux différents professionnels de santé rencontrant cette patiente pendant sa grossesse, pour définir la stratégie thérapeutique à mettre en place. De plus, cela permettrait à la patiente-même de prendre conscience de sa dépendance et de se situer dans son parcours de sevrage.

Concernant la mesure du CO expiré, elle n'a été proposée en consultation qu'à 2 femmes sur 15. D'après les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS), la mesure du CO expiré n'est pas nécessaire pour le dépistage en premier recours, mais elle peut être utilisée avec l'accord de la patiente pour prendre conscience du degré d'intoxication tabagique et renforcer sa motivation (41).

Un tiers des patientes interrogées dans cette étude ne s'était pas vu proposer de rencontrer un tabacologue ou addictologue pendant la grossesse. Or, la simple proposition ou le fait de donner le contact d'un tabacologue, permet tout d'abord de lui expliquer en quoi consiste ce métier (pour rappel, une femme interrogée ne savait pas ce qu'était un tabacologue), et d'autre part de lui ouvrir une porte en cas de besoin. Même si la patiente refuse de le rencontrer à ce moment-là, elle saura où le trouver et à qui s'adresser le jour où elle souhaitera commencer un sevrage tabagique. Cela permettra d'éviter, le jour venu, qu'elle se retrouve seule dans la gestion de son sevrage, sans réponse à ses questions et sans conseils avisés de la part d'un professionnel spécialisé.

Le sujet de la consommation tabagique a été très rarement abordé dans le post-partum. Nous avons pourtant vu qu'il s'agit d'une période à risque élevé de rechute, notamment dans les six premiers mois. Il serait donc utile d'encourager la poursuite du sevrage après l'accouchement. Le post-partum est également la période propice pour faire le point sur la consommation, la motivation à l'arrêt, et les craintes par rapport à l'allaitement. Ces craintes n'ont pas été mises en évidence par cette étude, mais il est important de savoir qu'elles existent : en effet, de nombreuses femmes fumeuses désirant allaiter s'interdisent de le faire par peur de nuire à leur enfant. Or, le tabagisme maternel n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Au contraire, on a observé une diminution des affections respiratoires chez les enfants allaités par une mère fumeuse, contrairement aux enfants non allaités par une mère fumeuse (22). Le rôle des professionnels de santé entourant la jeune mère sera d'encourager l'allaitement maternel afin que son tabagisme n'influe pas sur son choix d'allaitement.

La question du tabagisme passif n'est pas abordée systématiquement en consultation. Dans notre étude, seuls 3 conjoints sur 15 n'étaient pas ou plus fumeurs. D'après une étude présentée en 2019 au congrès de la *European Society of Cardiology*, les chances d'arrêter le tabac seraient 5,8 fois plus élevées chez les couples réalisant un sevrage ensemble (42). Le sevrage tabagique maternel peut donc également être l'occasion de faire le point sur le tabagisme passif et d'envisager la possibilité d'un sevrage du deuxième parent, voire d'une prise en charge commune du couple.

L'hypothèse qui supposait que « les professionnels de santé prenant en charge des patientes fumeuses au cours de leur grossesse ne sont pas suffisamment formés à l'accompagnement au sevrage tabagique pour proposer un suivi et délivrer des conseils adaptés » est donc validée.

6. Entourage et culpabilité

Les femmes enceintes subissent une pression sociale, ainsi qu'une stigmatisation de la part de l'entourage et de la société qui module leur consommation tabagique. Dans cette étude, 3 femmes sur 15 cachaient leur consommation à leur proches, et 9 sur 15 évitaient de fumer dans les lieux publics, afin d'éviter d'attirer l'attention et de se sentir jugées par des regards insistants. Ces situations, qu'elles rencontrent au travail, dans les espaces publics, et parfois même à la maison, sont source de stress, d'un sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Une étude publiée par la revue *Drug and Alcohol Dependence* en mai 2019 a montré que la discrimination quotidienne est un frein à l'arrêt du tabac, par la diminution du sentiment d'efficacité personnelle (qui est un facteur prédictif important de réussite), et tend à augmenter le risque de rechute après un sevrage tabagique (43). Le rôle des professionnels de santé est aussi de les déculpabiliser, de leur donner à nouveau confiance en elles, et de leur faire prendre conscience qu'elles ont la possibilité de se libérer de cette addiction, le tout sans accroître ce sentiment de culpabilité.

7. Les bénéfices rapportés

Nous avons pu voir que seul un tiers des femmes interrogées avait fait part des bénéfices observés par l'arrêt ou la diminution de la consommation tabagique pendant la grossesse. Nous avons constaté également que 9 femmes sur les 15 interrogées ne se projetaient pas vers une poursuite du sevrage tabagique en post-partum. L'absence de prise de conscience des bénéfices du sevrage pourrait être un facteur de poursuite de la consommation de tabac. En effet, la majorité des patientes ayant participé à l'étude avait tendance à souligner les bénéfices que la cigarette leur procurait, plutôt que les bénéfices d'un éventuel arrêt. On retrouve souvent une ambivalence chez ces femmes, ce qui est un phénomène fréquent.

Le sevrage du tabac et d'autres addictions a permis à deux patientes de reprendre le contrôle de leur vie, et de faire en sorte qu'elles sentent leurs capacités à être mères davantage renforcées. L'une d'entre elles a réalisé un véritable travail sur soi, une maturation psychique pendant la grossesse qui pouvait être perçue pendant l'entretien, et qui lui a fait prendre conscience des responsabilités qu'être mère implique. Elle a pu ainsi se sevrer de l'alcool, entamer un sevrage tabagique et se recentrer sur son bien-être et celui de son enfant.

8. Les besoins des patientes en termes d'accompagnement au sevrage

Toutes les femmes interrogées sont différentes dans leur histoire de vie, le vécu de leur grossesse, leur caractère et leur implication dans le sevrage tabagique. Leurs besoins sont donc également différents, mais on peut retenir qu'il y a globalement deux groupes de patientes : les patientes ne souhaitant pas d'aide au sevrage, et les patientes souhaitant un accompagnement davantage personnalisé, motivant et non culpabilisant de la part des professionnels de santé.

Toute consultation ou hospitalisation est une occasion de parler du tabac. L'entretien prénatal précoce (EPP) peut aider au dépistage des situations à risque et à la mise en place d'un début d'accompagnement dans le sevrage. Les consultations prénatales mensuelles devraient permettre de prendre en charge le sevrage tabagique et de proposer une solution concrète et adaptée à chaque cas. Ces consultations sont l'occasion de faire le point sur l'histoire tabagique de la patiente, sa consommation actuelle, l'utilisation d'autres toxiques, sa motivation à l'arrêt (entretien motivationnel), son niveau de dépendance (test de Fagerström) et son degré d'intoxication au monoxyde de carbone (mesure du CO expiré), afin de mettre en place un suivi adapté et de l'orienter, si elle le souhaite, vers un professionnel spécialisé (tabacologue, addictologue). Le tabagisme passif, et notamment du conjoint, doit également être évoqué, puisqu'il agit à la fois sur la santé et la motivation maternelles. Un sevrage tabagique du conjoint, voire une prise en charge en couple pourra être envisagée et proposée. En post-partum, il est important de réévaluer ce statut, en tenant compte du risque élevé de rechutes après l'accouchement.

Les outils existants pour l'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte sont nombreux et variés. Des fiches pratiques sont à disposition des professionnels de santé pour aider au repérage de la consommation tabagique et l'adaptation au mieux de son intervention. Elles sont éditées par le Réseau de prévention des addictions (RESPADD) (44) et par le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEiD) (45). Des livrets d'informations et brochures existent également à destination des patientes, mais sont rarement distribués et expliqués en consultation. En effet, aucune patiente de l'étude n'en avait reçu. Au cours de cette étude, 4 femmes sur 15 avaient exprimé le besoin d'avoir des informations supplémentaires et/ou un accompagnement davantage personnalisé avec la proposition de tests de dépendance et du CO expiré. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une majorité, il s'agit cependant d'un nombre non négligeable qui n'est pas parvenu à l'arrêt complet de la cigarette.

L'hypothèse qui supposait que « les femmes enceintes fumeuses dans la demande d'un sevrage tabagique souhaitent un accompagnement plus personnalisé pendant la grossesse » est donc validée.

B. Points forts de l'étude

S'agissant d'une étude qualitative avec un échantillon de 15 individus, le risque était d'obtenir une population trop homogène. Or, nous avons pu sélectionner des participantes qui présentaient des profils variés (âge, profession, niveau d'étude) afin de pouvoir dresser un portrait le plus exhaustif possible de la question.

L'entretien en soi constitue une force de cette étude. Bien que son analyse n'ait aucune validité statistique, sa réalisation en individuel permet d'avoir accès à la parole libre des patientes, à leur sensibilité et parfois à leur vulnérabilité, sans que leur discours soit influencé. Les entretiens et les nombreux résultats obtenus font donc la richesse de cette étude.

Cette étude possède une assez bonne validité interne car, malgré un risque de biais d'informations, les résultats obtenus restent fiables.

C. Limites et biais de l'étude

L'étude réalisée présente un biais d'information. Celui-ci est lié au risque de minimisation ou d'occultation d'informations lorsque la patiente se voit interrogée, et au risque de modification du discours du professionnel de santé lorsqu'il est questionné. Afin de pallier ce biais, le questionnaire destiné aux professionnels de santé était composé volontairement de questions ouvertes.

Un deuxième biais d'information réside dans le résultat du test de Fagerström. En effet, celui-ci a été réalisé en maternité mais, comme nous l'avons énoncé précédemment, la consommation déclarée en suites de couche n'est pas le reflet réel de la consommation au retour à la maison, du fait des contraintes imposées par la structure hospitalière.

Une autre limite de cette étude est sa faible puissance. Cependant, la taille de l'échantillon reste suffisante pour une étude qualitative. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de la population

générale, mais ont pour visée d'orienter la réflexion sur le sujet. Cette étude ne possède pas une bonne validité externe, puisqu'il n'est pas possible d'extrapoler les résultats à la population générale. Néanmoins, les résultats obtenus sont pour la plupart cohérents avec la littérature.

Le caractère unicentrique de cette étude constitue aussi un biais. En effet, les informations recueillies dans la maternité de Port-Royal pourraient ne pas correspondre à celles qui auraient pu être recueillies dans une autre maternité puisque la prise en charge des patientes et les protocoles de service peuvent différer.

Une particularité de cette étude est le fait d'avoir choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens, avec questionnaires en complément. Notre volonté première était d'interroger par entretiens les patientes et les professionnels de santé, afin d'avoir une vision globale sur la question. Cependant, le temps imparti pour la réalisation du mémoire n'était pas suffisant pour réaliser une étude de cette envergure, et nous obligeait à réduire le nombre d'entretiens de chaque groupe. Nous avons donc fait le choix de concentrer les entretiens sur les patientes afin d'obtenir une information plus complète et variée en élargissant l'échantillon. Les questionnaires ont été utilisés en complément d'information afin d'explorer le versant professionnel de santé. Les résultats obtenus par les questionnaires ne sont pas représentatifs de la population générale, et étant donné le petit nombre de questionnaires, il n'était pas envisagé de faire une analyse quantitative des résultats. Nous avons cependant estimé qu'il serait intéressant de présenter le travail fourni, et que cela pouvait ouvrir à de nouvelles perspectives de recherche.

D. Implications et perspectives

Afin d'assurer une prise en charge rigoureuse et adaptée des femmes enceintes tabagiques pendant leur grossesse, il est primordial de la part des professionnels de santé de la périnatalité de :

- S'engager dans le sevrage tabagique de leurs patientes ;
- Se former si besoin afin d'être capable d'assurer leur suivi ;
- Utiliser les outils disponibles pour dépister et évaluer la dépendance, et proposer les thérapeutiques existantes pour accompagner le sevrage ;
- Informer sur les risques pour la grossesse et sur les bénéfices d'un arrêt complet de la cigarette ;
- Encourager et soutenir la patiente sans la culpabiliser ;
- Réévaluer la consommation tout au long de la grossesse ;

- Parler à la patiente de la possibilité de rencontrer un tabacologue ou addictologue, l'orienter si elle souhaite le rencontrer ;
- Aborder le statut tabagique en post-partum et refaire le point sur les motivations à l'arrêt ;
- Dépister le tabagisme passif et rencontrer le couple, si le conjoint est fumeur, afin de le sensibiliser au sevrage tabagique.

Pour une recherche ultérieure, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative avec un recueil de données par entretiens des professionnels de santé, sur le sujet de l'accompagnement au sevrage tabagique.

Il serait également intéressant d'explorer l'évolution de la consommation tabagique des patientes dans les mois suivant l'accouchement.

Conclusion

Le tabac est la première cause évitable de mortalité en France. Pour cela, la lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique. Des progrès doivent être réalisés au niveau de la prévention chez les adolescents, afin de sensibiliser les adultes à venir au sevrage tabagique et « dénormaliser » le tabagisme au sein de la population.

La grossesse est une période de grand bouleversement physique et psychologique. Les femmes enceintes tabagiques souhaitant réaliser un sevrage pendant leur grossesse ne sont pas toujours informées des possibilités qui s'offrent à elles et souhaiteraient être davantage accompagnées et conseillées, sans être stigmatisées. Le sevrage tabagique pendant la grossesse nécessite une prise en charge personnalisée, prenant en compte l'histoire tabagique de la patiente, sa motivation à l'arrêt et l'histoire de sa grossesse. Un soutien psychologique est essentiel au bon déroulement et à la réussite d'un sevrage. La patiente devra réorganiser sa vie sans le tabac, revoir ses habitudes, réapprendre à gérer son stress et son anxiété, sans avoir recours à la cigarette. L'entourage joue un rôle important dans la motivation de la future mère et dans son comportement tabagique ; notamment le conjoint, dont le sevrage tabagique pourrait être conseillé s'il est fumeur.

Enfin, les fausses informations circulant au sujet du tabagisme pendant la grossesse et du sevrage tabagique devront être invalidées, notamment par l'encouragement à la poursuite de l'allaitement maternel lorsque celui-ci est souhaité.

Bibliographie

1. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016: situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Programme national de réduction du tabagisme - Objectif 10 du Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2016.pdf
3. Ameli.fr. Substituts nicotiques [Internet]. 2017 [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/substituts-nicotiques>
4. INPES. Les profils des fumeurs en France [Internet]. 2014 [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
5. Andler R, Cogordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Baromètre santé 2017: consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse [Internet]. Santé Publique France; 2018 [cité 24 mars 2019].
6. INSERM. European Perinatal Health Report [Internet]. 2018 nov [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>
7. Augood C, Duckitt K, Templeton AA. Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 1998;13(6):1532- 9.
8. Hassan MAM, Killick SR. Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility*. févr 2004;81(2):384- 92.
9. DELCROIX M. Que sais-je? La grossesse et le tabac. 2011.
10. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Conférence de consensus - Grossesse et tabac. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34(Hors-série n.1):9- 14.

11. Nielsen A, Hannibal CG, Lindekilde BE, Tolstrup J, Frederiksen K, Munk C, et al. Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2006;85(9):1057- 65.
12. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T, Lewis S. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2015 [cité 20 mars 2019];15(1). Disponible sur: <http://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1552-5>
13. Roelands J, Jamison MG, Lysterly AD, James AH. Consequences of Smoking during Pregnancy on Maternal Health. *Journal of Women's Health*. juin 2009;18(6):867- 72.
14. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(Hors série n.1):5.
15. 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*. sept 2006;5(3):119-24.
16. Contal M, Masson G, Boyer C, Cazevielle C, Mares P. Conséquences du tabagisme in utero pour le nouveau-né. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(Hors série n.1):8.
17. Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. 2005;34:11.
18. CNGOF. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français - Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2010;34(5):513.
19. Marret S. Effets de l'exposition tabagique maternelle pendant la grossesse sur le développement cérébral fœtal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(Hors série n.1):4.
20. Billaud N. Quelles sont les autres conséquences à long terme du tabagisme in utero ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(Hors série n.1):7.

21. Huang L, Wang Y, Zhang L, Zheng Z, Zhu T, Qu Y, et al. Maternal Smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring: A Meta-analysis. *Pediatrics*. janv 2018;141(1):e20172465.
22. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Tabac [Internet]. lecrat.fr. 2012 [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=142
23. CoRoMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction). Neurosciences de l'addiction [Internet]. 2009 [cité 20 nov 2017].
24. Gourlain H, Galliot-Guilley M. Quels sont les marqueurs du tabagisme ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. avr 2005;34:154-70.
25. Cochrane. Does individually-delivered counselling help people to stop smoking? [Internet]. 2017 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: /CD001292/TOBACCO_does-individually-delivered-counselling-help-people-stop-smoking
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Entretien motivationnel [Internet]. 2018 [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
27. Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence - Présentation de la méthode des 5A - Recommandation de bonne pratique [Internet]. 2014 [cité 22 mars 2019].
28. Oncken C, Campbell W, Chan G, Hatsukami D, Kranzler HR. Effects of nicotine patch or nasal spray on nicotine and cotinine concentrations in pregnant smokers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. sept 2009;22(9):751-8.
29. INPES. La législation antitabac : les grandes lois françaises [Internet]. inpes.santepubliquefrance.fr. 2014 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation/lois-francaises.asp>

30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan Cancer 2003-2007: mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. 2003.
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 [Internet]. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
32. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022: communiqué de presse de Agnès Buzin [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/programme-national-de-lutte-contre-le-tabac-2018-2022-poursuite-de-l>
33. DELCROIX M. Référentiel Maternité sans Tabac [Internet]. Réseau Hôpital sans Tabac; 2006 [cité 23 mai 2018].
34. LERMENIER-JEANNET A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018 - Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2019.
35. Actualités Santé Publique France. Tabac : sensibiliser les jeunes. nov 2013;(98). Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/equilibre/numeros/98/tabac_sensibiliser_les_jeunes.asp
36. JONES M, LEWIS S, PARROTT S, WORMALL S, COLEMAN T. Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. juin 2016;111(6):981-90.
37. Addict AIDE - Le village des addictions. Tabac: les patches. 2018; Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/tabac/les-traitements/les-substituts-nicotiniques/le-patch/>
38. Tabac-info-service. Grossesse sans tabac - J'arrête de fumer [Internet]. tabac-info-service.fr. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/Grossesse-sans-tabac>
39. SEOANE M. L'OMS exhorte les professionnels de la santé à s'engager dans la lutte contre le tabagisme. 30 mai 2005;

40. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » - Service des bonnes pratiques professionnelles. 2014.
41. LEVACHER M. Médicaments du sevrage tabagique. 2018 janv.
42. ESC Press Office. Couples who attempt to stop smoking together have a sixfold chance of success - European Society of Cardiology. 12 avr 2019; Disponible sur: <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/Want-to-quit-smoking-Partner-up>
43. ALEXANDER AC, HEBERT E, BUSINELLE MS, KENDZOR DE. Everyday discrimination indirectly influences smoking cessation through post-quit self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 mai 2019;198:63-9.
44. Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD). Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/Affiche-RPIB-tabac.pdf>
45. Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les Addictions (CEiD). Fiche d'arrêt du tabac pour les professionnels [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2015/01/fiche1_drperrin.pdf

Annexes

Annexe 1 : Trame d'entretien

1. Si vous voulez bien, j'aimerais que vous me racontiez votre histoire par rapport au tabac : le début de votre consommation, le nombre de cigarettes fumées/jour, les éventuels arrêts ou tentatives d'arrêts.
2. S'agit-il de votre première grossesse ? Si non, que s'est-il passé lors des précédentes grossesses ?
3. Concernant cette grossesse :
 - S'agissait-il d'une grossesse souhaitée ou inopinée ?
 - Où a-t-elle été suivie ? Combien de consultations ont été réalisées à Port-Royal ?
 - Comment s'est déroulée cette grossesse ? Il y a-t-il eu des complications maternelles ou fœtales ?
4. Concernant le tabac pendant la grossesse :
 - Comment a évolué votre consommation au cours de la grossesse (en cigarettes/jour) ?
 - Aviez-vous des objectifs personnels ? Aviez-vous convenu à des objectifs avec les professionnels de santé ?
 - Comment évalueriez-vous votre motivation à l'arrêt ?
 - Quels conseils/informations avez-vous reçus sur le sevrage tabagique ?
 - Vous a-t-on proposé un traitement de substitution nicotinique ?
 - Vous a-t-on proposé de réaliser un test de dépendance ou de mesurer votre quantité de CO expiré ?
 - Vous a-t-on orientée vers des professionnels de santé spécialisés en tabacologie ?
 - Qu'avez-vous pu mettre en œuvre ? Quels étaient les résultats ?
 - Si arrêt : quels bénéfices avez-vous observé ?
 - Si non arrêt : quelles difficultés avez-vous rencontré ?
 - Quelle était la position de votre entourage ? Conjoint, famille, amis, collègues : étaient-ils souteneurs ?
5. Concernant votre accouchement :
 - A quel terme avez-vous accouché ? Si prématurité : pour quelle(s) raison(s) ?
 - Pouvez-vous me raconter comment se sont déroulés le travail et l'accouchement ?
 - Avez-vous eu envie de fumer pendant le travail ?
6. Depuis votre accouchement :
 - Comment a évolué votre consommation de tabac depuis l'accouchement jusqu'à aujourd'hui ?
 - Allaitiez-vous votre enfant au sein ou au biberon ?
 - Quels conseils/informations avez-vous reçus concernant les risques liés au tabac après la naissance ?
 - Comment envisagez-vous le retour à la maison ? Vous projetez-vous vers un arrêt complet du tabac ?

7. Avez-vous un bon vécu de votre grossesse ?
8. Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent que vous n'avez pas arrêté de fumer ?
9. Que pensez-vous de l'information que vous avez reçue pendant et après la grossesse au sujet du sevrage tabagique ?
10. Pour finir, quelques généralités :
 - Âge, origine géographique, niveau d'étude, profession
 - Antécédents médicaux et de troubles alimentaires
 - Avez-vous consommé d'autres substances pendant la grossesse : alcool, cannabis, drogues ?
 - Etes-vous en couple/mariée/pacsée ? Votre conjoint fume-t-il ? Si oui, a-t-il réalisé un sevrage tabagique pendant la grossesse ?

11. Résultats test de FAGERSTRÖM :

Entretien N°	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Fagerström															

Annexe 2 : Questionnaire de FAGERSTRÖM

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	1
- Non	0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	1
- A une autre	0

4. 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

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	1
- Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	1
- Non	0

Interprétation : Dépendance :

Très faible	0-2
Faible	3-4
Moyenne	5
Forte	6-7
Très forte	8-10

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux professionnels de santé

Questionnaire N°

Madame, Monsieur

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'éducation thérapeutique de la femme enceinte tabagique. J'effectue une enquête auprès des professionnels de santé réalisant les consultations prénatales afin de connaître les pratiques et l'accompagnement proposé à ces patientes au cours de leur grossesse.

Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie de l'aide que vous acceptez de m'apporter.

Maité Bertini, étudiante sage-femme (Sma5)

1. Vous êtes :

Gynécologue-obstétricien Sage-femme Médecin généraliste

2. Au cours d'une consultation prénatale, demandez-vous à la patiente si elle fait usage de tabac (tabagisme actif) ?

Oui, systématiquement Parfois (en fonction de la patiente et/ou du contexte)
 Rarement Jamais

3. Au cours d'une consultation prénatale, demandez-vous à la patiente si son entourage fait usage de tabac (tabagisme passif) ?

Oui, systématiquement Parfois (en fonction de la patiente et/ou du contexte)
 Rarement Jamais

4. Pendant la consultation d'une femme enceinte tabagique, vous penchez-vous sur la question du sevrage tabagique ? Si oui, combien de temps consacrez-vous à l'accompagnement/information autour du sevrage ?

Non Oui : < 5min 5min 10min > 10min

5. Quels sont les points/questions que vous abordez avec la patiente fumeuse ?

.....
.....
.....
.....

6. Quelles informations/conseils lui délivrez-vous au sujet du sevrage tabagique ?

.....
.....
.....
.....

7. Utilisez-vous des supports d'information lors de votre consultation pour le dépistage et l'accompagnement de la femme dans son sevrage ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

8. Utilisez-vous des tests lors de votre consultation pour le dépistage et l'accompagnement de la femme dans son sevrage ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

9. Orientez-vous la patiente vers une consultation de tabacologie ?

- Oui, systématiquement Parfois (en fonction de la patiente et/ou du contexte)
 Rarement Jamais

10. Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'accompagnement de la femme tabagique dans son sevrage ?

.....
.....
.....

Je vous remercie du temps que vous avez consacré à cette étude.

Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens par thématique

CATEGORIES	THEMES	SOUS-THEMES	PRECISIONS	
Généralités	Informations personnelles	Age, origine géographique		
		Niveau d'étude, profession		
	Antécédents médicaux	Pathologies connues		
Grossesse(s)	Antécédents obstétricaux	Antécédents de troubles alimentaires		
		Gestité, Parité	Interruption volontaire de grossesse Fausse couche spontanée Grossesse extra-utérine Accouchements précédents	
		Grossesse actuelle	Désirée / Inopinée	
			Suivi de la grossesse	Nombre de consultations à Port-Royal
	Déroulement de la grossesse		Pathologies de grossesse Trophicité foetale	
	Travail et accouchement	Terme		
		Analgésie		
		Déroulement et durée du travail		
		Mode d'accouchement		
	Post-partum	Complications éventuelles		
		Allaitement		
		Retour à domicile, projection vers un arrêt complet du tabac		
Vécu, état d'esprit				
Histoire tabagique et autres toxiques	Tabac	Début de la consommation	Age	
			Raisons l'ayant poussée à commencer	
			Nombre de cigarettes /jour	
		Tentatives d'arrêt avant la grossesse	Motivations	
			Méthodes utilisées	
			Professionnels de santé rencontrés	
			Résultats obtenus	
		Grossesse	Consommation lors des grossesses précédentes	
			Si grossesse souhaitée : début de sevrage avant l'obtention de la grossesse ?	
			Evolution de la consommation	
	Travail et accouchement	Objectifs, Motivation à l'arrêt		
		Moyens mis en œuvre		
	Post-partum	Rencontre avec tabacologue		
		Résultats obtenus		
Si pas de sevrage	Envie de fumer pendant le travail			
	Consommation actuelle (cig/jour)			
Si sevrage	Raisons expliquant l'échec du sevrage			
	Difficultés rencontrées			
Bénéfices observés				
Cannabis	Consommation pendant la grossesse			
Alcool	Consommation pendant la grossesse			
Entourage	Conjoint	Consommation tabagique	Fumeur occasionnel / régulier Nombre de cigarettes /jour Sevrage tabagique pendant la grossesse ? Soutien / Culpabilisation	
	Famille / Amis / Collègues	Fumeurs ?	Soutien / Culpabilisation	
Accompagnement au sevrage	Conseils / Informations reçus	En prénatal	Risques obstétricaux, foetaux, et maternels	
			Traitements de substitution nicotinique (TSN)	
			Suivi de la consommation de la patiente	
			Tabagisme passif	
		En post-partum	Risques néonataux	
			Suivi de la consommation de la patiente	
	Conseils allaitement et tabagisme			
	Tabagisme passif			
Prescription de TSN				
Proposition test de dépendance ou mesure du CO expiré				
Adressage vers tabacologue				
Avis de la patiente sur l'accompagnement et l'information au sevrage reçus avant et après la grossesse				
Dépendance	Résultat test de Fagerström			

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.