



HAL
open science

Évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes. Élaboration d'un protocole de recherche. Maison de santé pluriprofessionnelle de Gaillon
Eugénie Girard

► **To cite this version:**

Eugénie Girard. Évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes. Élaboration d'un protocole de recherche. Maison de santé pluriprofessionnelle de Gaillon. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02333255

HAL Id: dumas-02333255

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02333255>

Submitted on 25 Oct 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.

UNIVERSITE DE ROUEN

UFR SANTE

ANNEE 2019

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR EUGENIE GIRARD, NEE LE 18/05/1989 A PONTOISE (95)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26 SEPTEMBRE 2019

**«Evaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en
soins primaires chez les femmes enceintes.**

Elaboration d'un protocole de recherche.

Maison de santé pluriprofessionnelle de Gaillon. »

PRESIDENT DU JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

MEMBRE DU JURY : Dr Lucille PELLERIN

MEMBRE DU JURY : Dr Laetitia BOURDON

DIRECTEUR DE THESE : Dr Pierre FAINCILBER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Agnès LIARD-ZMUDA
Professeur Guillaume SAVOYE

<p>I - MEDECINE</p>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre Pédiopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie

Mme Sophie CANDON	HCN Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédiopsychiatrie

M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale- Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre **VANNIER** (*surnombre*) HCN Pédiatrie génétique

Mr Benoît **VEBER** HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre **VERA** CB Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric **VERIN** HB Service Santé Réadaptation

Mr Eric **VERSPYCK** HCN Gynécologie obstétrique

Mr Olivier **VITTECOQ** HB Rhumatologie

Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie

Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie

Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Vasculaire

Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie

Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie

Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Neurophysiologie

Mme Sophie **CLAEYSSENS** HCN Biochimie et biologie moléculaire

Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition

Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie

Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé

Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire

Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie

Mr Gaël **NICOLAS** HCN Génétique
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN** HCN Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr David **WALLON** HCN Neurologie
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique

Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale

Mr Jean-François **HOUIVET** Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES** Bactériologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED** Chimie Organique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

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

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

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

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

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

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

Remerciements

***Au Professeur Jean-Loup Hermil**, pour avoir accepté de présider ce jury.*

***Au Docteur Lucille Pellerin**, pour avoir accepté de juger mon travail.*

***Au Docteur Laetitia Bourdon**, pour avoir accepté de juger mon travail.*

***Au Docteur Pierre Fainsilber**, de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci d'avoir été un maître de stage bienveillant. Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre bonne humeur et votre enthousiasme inconditionnel au quotidien.*

***A Juju**, d'avoir lu et relu cette thèse (si ce n'est plus...) mais surtout pour ton soutien, ta présence et ton amour depuis toutes ces années.*

***A Camille**, ma plus belle réussite, pour tout l'amour et le bonheur que tu m'apportes, tu illumines ma vie.*

***A mes parents**, pour votre soutien et votre présence indéfectibles, pour les valeurs que vous m'avez inculquées, sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui...*

***A ma sœur**, pour toutes ces années passées ensemble, ces virées en Clio, et ta présence.*

***A Jules et Antoine**, mes chers filleuls, pour la joie que vous me donnez au quotidien (et pour toutes ces parties de foot...).*

A toute ma famille et ma belle famille.

***A Louise**, d'avoir pris le temps de relire ma thèse.*

***A Anne-Laure, Aurélie, Parastoo et Anne-Sophie**, pour toutes ces soirées mémorables, ces belles années passées ensemble depuis la P2.*

***A Marie et Benoît**, pour votre amitié depuis tant d'années.*

***A mes amis**, d'être à mes côtés.*

A Dudu, Mimi, Martin, Berni, Booba et Tchoupi...

Sommaire

I-	Introduction.....	18
II-	Méthode	28
	A. Proposition d'une prise en charge du sevrage tabagique	29
	B. Recrutement des patientes.....	30
	C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion	30
	D. Objectifs principal et secondaires	30
	E. Nombre de patientes à inclure, financement	30
III-	Résultats.....	31
	A. Prise en charge du sevrage tabagique	31
	B. Recrutement des patientes.....	41
	C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion	41
	D. Objectifs principal et secondaires	44
	F. Nombre de patientes à inclure, financement	44
IV-	Discussion	45
	A. Prise en charge du sevrage tabagique	45
	B. Recrutement des patientes.....	54
	C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion	55
	D. Critères de jugement principal et secondaires.....	59
	E. Nombre de patientes à inclure, financement	59
V-	Conclusion.....	60
	Références bibliographiques	61
	Annexes.....	69

Glossaire

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

Asalée : Action de SAnté Libérale en Equipe

BAI : Inventaire d'Anxiété de Beck

BDI : Inventaire de Dépression de Beck

CRF : *Case Report Form* (Cahier d'observation)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Complémentaire Maladie Universelle

CO : Monoxyde de Carbone

FCS : Fausse Couche Spontanée

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

SA : Semaine d'Aménorrhée

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

I- Introduction

Le tabac tue près de 8 millions de personnes chaque année dans le monde, dont plus d'un million sont des non-fumeurs exposés au tabagisme passif¹.

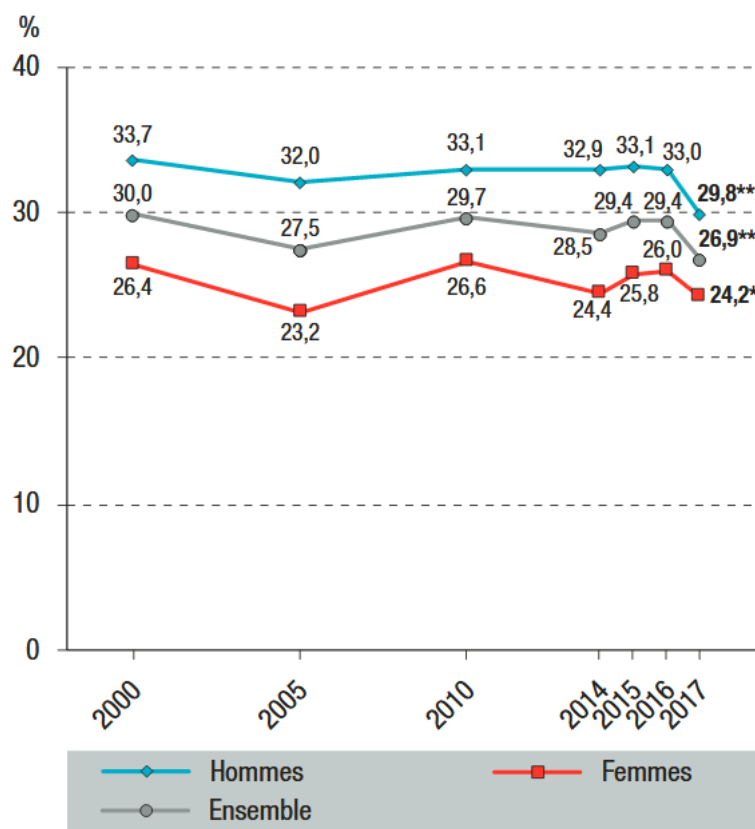
En France, le tabagisme est la 1^{ère} cause de mortalité évitable. Le tabagisme actif est responsable de 90% des cancers broncho-pulmonaires et de 75 000 décès prématurés chaque année d'après les données de 2015 de l'INPES².

Chez les femmes, la mortalité a été multipliée par deux en France, passant d'environ 8 000 à plus de 17 000 décès entre 2000 et 2013³. Le tabagisme est ainsi l'épidémie évitable la plus importante que doit affronter la communauté sanitaire mondiale.

D'après le Baromètre Santé⁴, en 2017, 31,9% des 18-75 ans déclaraient fumer au moins occasionnellement (35,2% des hommes et 28,7% des femmes) et 26,9% quotidiennement (29,8% parmi les hommes et 24,2% parmi les femmes). Ces prévalences sont en baisse de respectivement 3,2 et 2,5 points par rapport à 2016⁵. L'écart entre le sexe féminin et masculin tend à se réduire avec le temps.

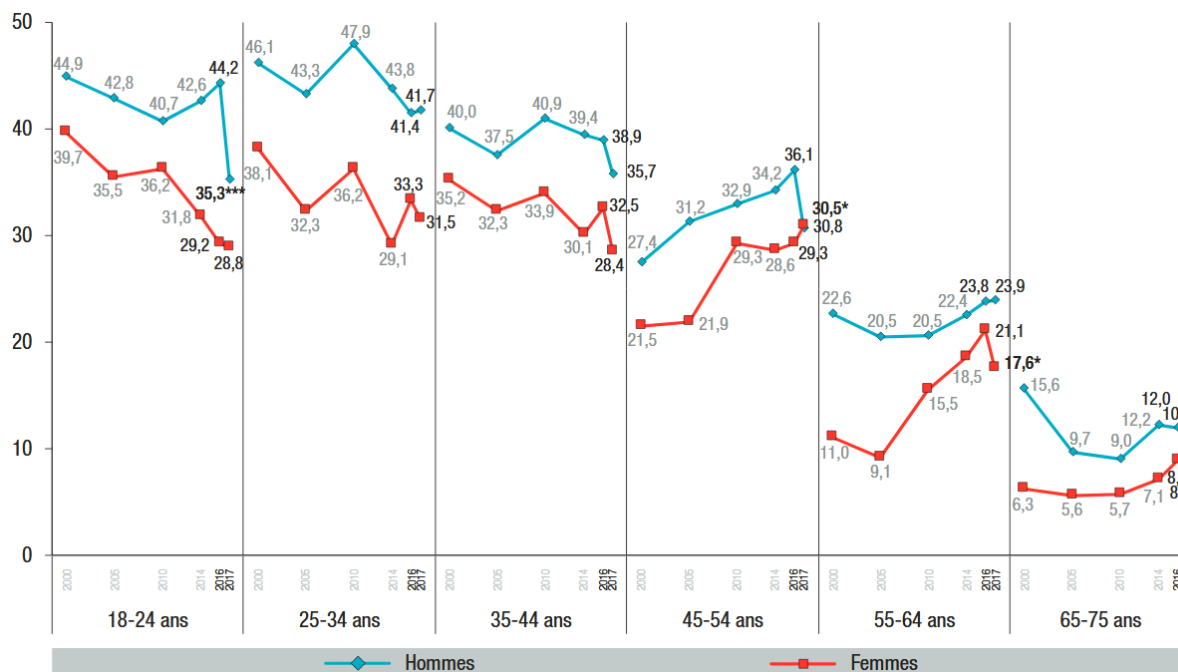
Entre 2016 et 2017, parmi les femmes en âge de procréer, la prévalence de la consommation quotidienne de tabac a diminué⁴ (Figures 1 et 2).

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa. Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Figure 2 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017.

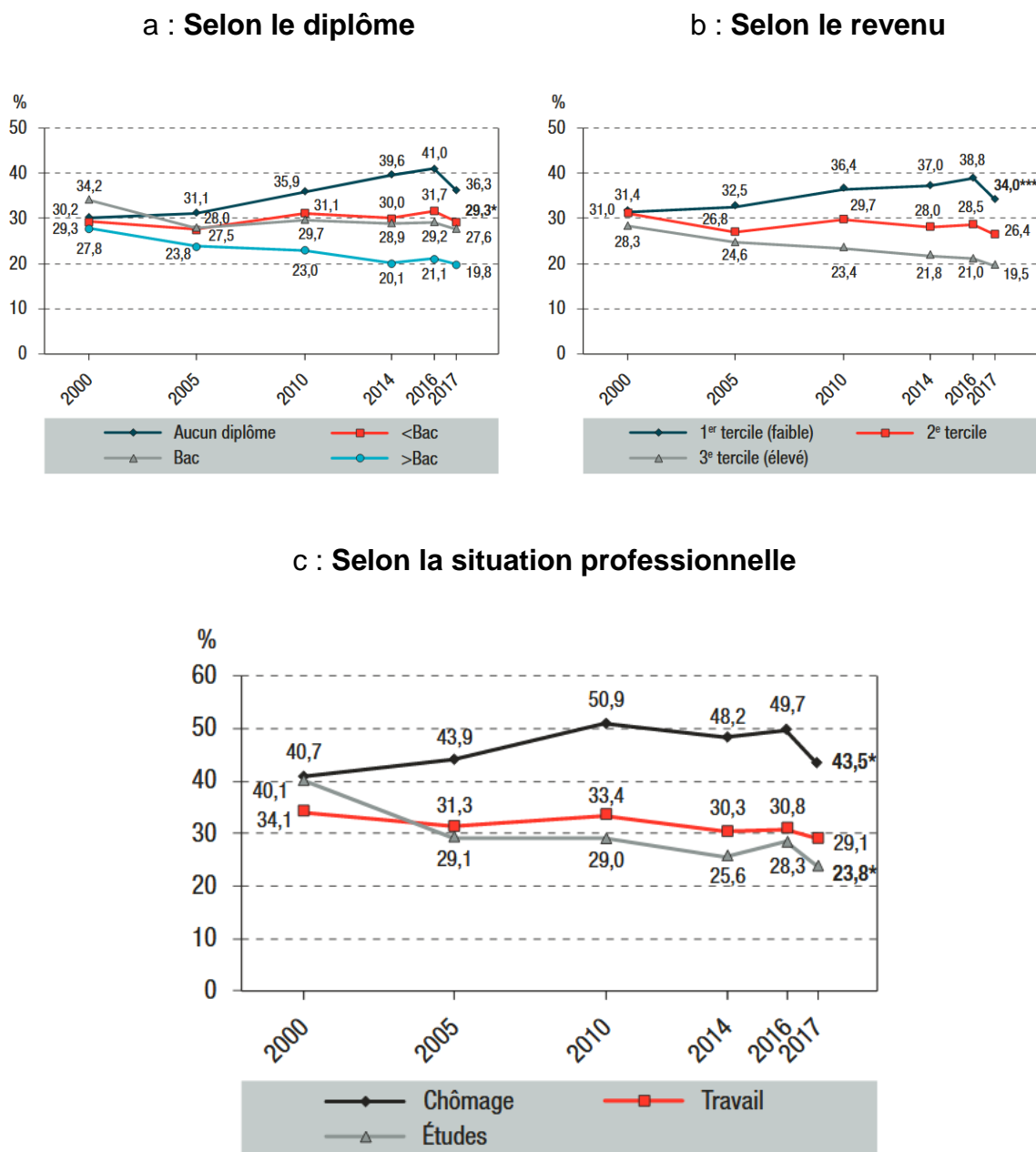


Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

La prévalence du tabagisme quotidien diminue parmi les fumeurs les plus défavorisés : de 38,8% en 2016 à 34% en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles, de 49,7% à 43,5% parmi les personnes au chômage. Les évolutions diffèrent selon les classes d'âge et le sexe⁴.

Cependant, les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées avec un écart de 14 points de prévalence entre les personnes aux revenus les moins élevés et celles aux revenus les plus élevés, et entre actifs et chômeurs⁴ (Figure 3). De plus, la littérature suggère que les femmes qui fument pendant la grossesse sont plus jeunes et plus socialement défavorisées^{6,7}.

Figure 3 : **Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-75 ans), France, 2000-2017.**



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * p < 0,05 ; ** p < 0,01 ; *** p < 0,001.

La prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse concerne, en 2010, 24 % des femmes enceintes⁸.

En 2004, la France était le pays où l'usage du tabac pendant la grossesse était le plus élevé d'Europe avec 21,8% de fumeuses au 3^{ème} trimestre de la grossesse. Une chute notable a été enregistrée depuis avec 16,2% de fumeuses en 2016⁹.

Au début de la grossesse, 25 à 40% des femmes fumeuses cessent volontairement de fumer¹⁰. Les femmes qui arrêtent de fumer au cours de leur grossesse ont une consommation quotidienne plus faible avant la grossesse (médiane de 6 cigarettes). La réduction du nombre de cigarettes est plus forte chez les grandes fumeuses. Chez les femmes fumant entre 10 et 15 cigarettes, soit elles diminuent fortement leur consommation soit elles réduisent peu (à part égale)⁹.

Le tabagisme est une source majeure de morbi-mortalité dans cette population. Pendant la grossesse, il impacte à la fois la mère, le fœtus, et l'enfant à naître.

Le tabac pendant la grossesse majore le risque d'avortement spontané, de mort fœtale, de mort à la naissance, de grande prématurité et de faible poids de naissance. Le tabac entraîne également un risque de décollement placentaire, d'hématome rétro-placentaire, de placenta prævia, de rupture prématurée des membranes et de grossesse ectopique^{11,12}.

Les effets délétères du tabagisme maternel sont dose-dépendants¹¹. L'élévation des risques débute à partir de la consommation d'une cigarette par jour.

Pendant la grossesse, la nicotine expose à une vasoconstriction qui réduit le flux sanguin dans l'utérus et le cordon ombilical. Le monoxyde de carbone diminue l'apport d'oxygène au fœtus¹⁰.

Après la naissance, le risque de mort subite du nourrisson semble augmenter sans que l'on sache séparer le rôle du tabac avant et après la naissance. Il est aussi responsable de troubles respiratoires à long terme chez l'enfant¹⁰. De plus, les enfants de « grandes » fumeuses peuvent développer un syndrome de sevrage, avec notamment irritabilité et tremblements.

La dépendance au tabac résulte de plusieurs facteurs qu'il faut prendre en compte pour mettre en place des stratégies individuelles d'aide au sevrage :

- l'individu lui-même et sa vulnérabilité psychologique ;
- la nicotine, une substance à effet psycho actif ;
- les facteurs socioculturels, économiques et environnementaux¹³.

La dépendance est physique, psychologique et comportementale. La nicotine, principal alcaloïde du tabac, est responsable d'une dépendance physique voire d'une addiction. En effet, les sensations ressenties comme agréables ou bénéfiques maintiennent le tabagisme par renforcement positif. Le tabac a également un effet anorexigène¹³.

D'après le Baromètre santé¹⁴ 2014, 29% des fumeurs quotidiens ont essayé d'arrêter de fumer dans l'année avec une hausse particulièrement importante chez les 15-24 ans. L'envie d'arrêter de fumer est partagée par 59,5% des fumeurs réguliers.

Selon l'HAS, 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide échouent¹⁶.

Il est donc essentiel, d'accompagner les patients dans cette démarche.

D'après A. Dumas *et al.*¹⁵, 78,2% des fumeuses considéreraient le stress provoqué par le sevrage tabagique plus nocif pour l'enfant qu'une consommation modérée de tabac. Pour plus de la moitié des fumeuses (53,8%), les TSN seraient déconseillés pendant la grossesse. Ces croyances dénotent probablement la persistance d'un manque d'information.

D'après Prochaska et Di Clemente¹⁶, il est majeur de comprendre dans quel stade se trouve le patient afin de l'aider au mieux dans son sevrage.

Les 4 étapes clés vers le sevrage sont le dépistage de la consommation de tabac, l'évaluation de la dépendance et de la motivation à l'arrêt, l'accompagnement dans l'arrêt tabagique de manière efficace et la proposition d'un suivi pour prévenir les rechutes.

Le sevrage tabagique repose sur la règle des 5A (FIORE). C'est une méthode recommandée de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation du patient. Elle est basée sur le modèle de changement de comportement du patient. Elle s'appuie sur les recommandations du *National Institutes of Health* et du *National Cancer Institutes*.

Cette méthode est préconisée dans plusieurs pays (USA, Nouvelle Zélande, Australie, Canada et France)¹⁶.

Le conseil professionnel repose sur le modèle des 5A :

- *Ask* : identifier statut tabagique et le documenter pour chaque patient lors de chaque contact.
- *Advice to quit* : inciter le patient à arrêter par message clair, ferme et personnalisé.
- *Assess willingness to make a quit attempt* : évaluer et renforcer la volonté du fumeur à réaliser un arrêt du tabac.
- *Assist in quit attempt* : accompagner et procurer l'aide pharmacologique nécessaire aux fumeurs pour les aider à arrêter.
- *Arrange follow up* : prévoir une consultation de suivi, de préférence dans la semaine qui suit l'arrêt du tabac.

Il existe différents moyens de sevrage tabagique.

L'accompagnement du patient, via le soutien psychologique, la guidance, le *counselling*, et la thérapie cognitivo-comportementale (grade A), est un des premiers moyens¹⁶. Le *counselling* est une forme d'accompagnement consistant à soutenir le patient.

Des traitements nicotiques de substitution sous différentes formes et différents dosages sont disponibles¹⁷ (grade A). Nous pouvons citer par exemple, les timbres transdermiques, les gommes à mâcher, les pastilles, l'inhaleur ou le spray buccal. Les traitements médicamenteux comme la varénicline (agoniste partiel des récepteurs à l'acétylcholine), le bupropion (amphétaminique) sont à présent très discutés. La balance bénéfice risque est défavorable. Ils ne sont pas à utiliser chez la femme enceinte¹⁰.

L'entretien motivationnel peut également être utilisé (grade B) ainsi que le soutien téléphonique et les auto-supports y compris par internet (grade B).

D'autres méthodes de type acupuncture, hypnose sont de plus en plus utilisées mais peu de données sont disponibles.

Enfin, l'usage de la cigarette électronique s'est développé depuis quelques années. En raison de l'insuffisance de données sur son efficacité et son innocuité, il n'est

actuellement pas possible de la recommander dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme.

Certains facteurs compliquent le sevrage tabagique : être de sexe féminin, présenter une forte dépendance (questionnaire de Fagerström), avoir des troubles anxio-dépressifs et avoir une consommation associée (alcool, drogues).

Pour les femmes enceintes, d'autres facteurs entrent en jeu : une entrée précoce dans le tabagisme, une longue durée du tabagisme, les habitudes de fumer du partenaire, le statut socio-économique bas, le niveau d'instruction faible, la précocité du début du tabagisme, le niveau de dépendance élevé, la parité élevée, et le tabagisme passif^{6,7}. La prise de poids et le stress sont quant à eux un frein au maintien du sevrage tabagique¹⁸.

Des mesures importantes ont été mises en place fin 2016, dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme : augmentation du remboursement des substituts nicotiques, campagne « Moi(s) sans tabac » et mise en place du paquet neutre.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie. Le ticket modérateur peut être pris en charge par les complémentaires santé. Le remboursement de ces traitements a été simplifié et n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant). Les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

Les traitements de substitution nicotique peuvent être prescrits par les médecins y compris les médecins du travail, les sages-femmes, les chirurgiens dentistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes.

Dans la population tabagique sevrée, la rechute est très importante à 6 mois, environ 80%¹⁶. Dans le post-partum immédiat, 30% des femmes rechutent et 80% à un an^{16,19}.

La prise en charge du sevrage tabagique nécessite des compétences multiples et une disponibilité importante. La pénurie médicale et la difficulté d'accès à des centres d'addiction ne facilitent pas cette prise en charge. A la fois technique, médicale et psychologique, elle semble difficile à mettre en place en soins primaires tels qu'ils

sont organisés. L'absence de prise en charge financière de l'intervention de psychologues libéraux et l'inaccessibilité des psychologues des CMP sont une des difficultés notoires.

D'après l'INSEE, la population de la ville de Gaillon est jeune (36,2% de la population est âgée de 15-44 ans en 2016 versus 35,2% dans l'Eure), avec un niveau socio-économique faible et un taux de chômage en 2016 chez les 15-64 ans de 10,2%, et 10,3% dans l'Eure^{20,21}.

La MSP de Gaillon est une structure dynamique qui regroupe une vingtaine de professionnels de santé dont cinq médecins généralistes, deux sages-femmes, trois psychologues, une diététicienne, une infirmière de santé publique Asalée formée à la prise en charge du sevrage tabagique. Les médecins généralistes suivent environ 5000 patients au sein de la MSP. Cette structure propose régulièrement des prises en charge autour du patient. Les objectifs sont de partager et d'uniformiser les pratiques des professionnels de santé.

Les MSP ont le choix depuis quelques années de signer un ACI pour financer des protocoles interprofessionnels, des réunions de concertation pluridisciplinaires et des actions de santé publique. Ce dispositif est en place à la MSP de Gaillon. Il n'existe pas de protocole ni de prise en charge validés du sevrage tabagique chez la femme enceinte au sein de structures de type MSP. Les professionnels de santé de la MSP ont donc réfléchi à l'élaboration d'une prise en charge pluriprofessionnelle de ces patientes. Cette prise en charge sera financée par l'ARS Normandie.

C'est dans ce contexte que se positionne ce travail avec comme objectif l'élaboration d'un protocole de recherche afin d'évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes dans la MSP de Gaillon.

II- Méthode

Ce travail s'est basé sur le recueil des propositions du groupe professionnel constitué. Ce dernier était composé de psychologues, d'une diététicienne, de sages-femmes, de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux et d'une infirmière Asalée. La validation de chaque proposition était fondée sur la littérature existante.

Nous avons réalisé une revue de la littérature en cherchant tout d'abord s'il existait des prises en charge de ce type. Nous avons ensuite étudié la pertinence des éléments de suivi, prise en charge psychologique, diététique, et *counselling* et leur faisabilité au sein de la MSP.

La recherche bibliographique a été effectuée via les moteurs de recherche Pubmed, Cochrane et Cismef, en utilisant les mots-clés « arrêter de fumer », « femmes enceintes », « tabac », « thérapie cognitive », « thérapie comportementale », « prise de poids », « exercice physique » et « récurrence ».

En parallèle, nous avons essayé de joindre des associations et des tabacologues à plusieurs reprises sans succès.

Dans un second temps, nous avons invité les professionnels de santé concernés et volontaires à des réunions au sein de la MSP. Le groupe a fait émerger un certain nombre d'interrogations. Pour chaque interrogation, nous avons des références bibliographiques, ce qui nous permettait de justifier chaque décision. Nous avons donc réalisé ce protocole en adaptant ce qui ressortait des études avec la pratique.

Nous avons réalisé deux réunions à 15 jours d'intervalle sur le temps du déjeuner en décembre 2018. Les réunions ont été programmées plusieurs mois à l'avance. Lors de la première réunion étaient présents six professionnels de santé sur quatorze concernés et la coordinatrice administrative de la MSP. Lors de la deuxième réunion étaient également présents six professionnels. Trois professionnels de santé ont assisté aux deux réunions. Le contenu des réunions a été enregistré. Ces réunions ont duré environ 1 heure et demi chacune.

A. Proposition d'une prise en charge du sevrage tabagique

L'inclusion du **conjoint** dans le protocole a été suggérée, et également de lui proposer un TSN.

L'intérêt de séances d'activité physique dans la prise en charge du sevrage, ainsi que le type d'activités ont été soulevés.

Un affichage au sein de la MSP, pour permettre de recruter plus de patientes, a été proposé.

Le groupe a élaboré **le déroulement des consultations**.

La consultation d'inclusion sera assurée par un médecin généraliste. Les professionnels de santé ont réfléchi au nombre de consultations avec les psychologues et la diététicienne, leur fréquence et leur contenu. La possibilité d'une trame commune pour les consultations avec les psychologues a également été soulevée. Différentes approches telles que la TCC et l'entretien motivationnel ont été proposées. Une formation pour les psychologues a été suggérée en fonction de leur formation initiale. L'équipe a déterminé le nombre de consultations de suivi avec la sage-femme ou le médecin, leur fréquence, leur contenu, et de réaliser conjointement les consultations de suivi de grossesse et les consultations de suivi pour le sevrage. Le groupe a émis des solutions à l'absence lors d'une consultation ou l'absence de réponse téléphonique. La prescription systématique des TSN a également été proposée.

Plusieurs **mesures du CO expiré** ont été programmées.

Le groupe a abordé **le counselling téléphonique** et déterminer qui l'assurerait, comment il s'organiserait, sa fréquence et la nécessité d'une formation.

B. Recrutement des patientes

Les professionnels ont suggéré un recrutement de patientes par des médecins ou sages-femmes extérieurs à la MSP.

C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion

L'équipe a proposé l'inclusion des femmes en préconceptionnel, ainsi que la possibilité de n'inclure que des patientes ayant un statut socio-économique bas. L'équipe a également abordé la gestion d'une FCS, d'une patiente ne comprenant pas le français, n'ayant pas de téléphone, ou refusant une partie de la prise en charge. Le groupe a déterminé le nombre de cigarettes consommées et le terme de la grossesse pour inclure les patientes.

D. Objectifs principal et secondaires

L'élaboration du protocole de recherche avait pour but de pouvoir évaluer la pertinence de la prise en charge pluriprofessionnelle conçue par l'équipe. Nous avons donc déterminé nos objectifs pour y répondre.

E. Nombre de patientes à inclure, financement

Une estimation du nombre de patientes que nous pouvions inclure a été effectuée. Une subvention a été obtenue pour réaliser les consultations diététiques et psychologiques.

III- Résultats

A. Prise en charge du sevrage tabagique

Nous orienterons **le conjoint**, s'il fume, vers son médecin traitant pour une aide au sevrage tabagique en dehors du protocole.

Les séances d'activité physique ne seront pas proposées aux patientes mais elles seront encouragées à faire des activités de type marche à pied.

Pour le recueil d'information, nous utiliserons un CRF.

Un affichage au sein de la MSP est prévu pour favoriser le recrutement de patientes.

Concernant les consultations, entre le recrutement et l'inclusion, nous avons fixé un délai de 7 à 15 jours. Un médecin généraliste investigateur recevra la patiente en consultation d'inclusion, l'objectif étant de recueillir son consentement à la participation à l'étude notamment.

Durant la prise en charge, quatre consultations seront proposées avec une psychologue. Trois psychologues sont présentes au sein de la MSP. Trois consultations auront lieu pendant la grossesse. La première aura lieu trois semaines après la consultation de recrutement. La deuxième aura lieu six semaines après la consultation de recrutement et la troisième neuf semaines après. Enfin, la quatrième consultation avec la psychologue aura lieu six semaines après l'accouchement. Le contenu de chaque consultation est déterminé par la psychologue. Différentes approches peuvent être utilisées : entretien motivationnel, TCC et prise en charge psychologique basée sur la pleine conscience.

La TCC est recommandée avec un fort niveau de preuve (grade A). Elle comporte plusieurs phases : préparation, sevrage, prévention et rechute^{22,23}.

Cette approche est orientée sur la gestion de la colère et le contrôle du stress. Lors d'un sevrage tabagique, elle a des effets positifs sur la réduction des taux de rechute²⁴. Les objectifs de la TCC sont de s'affirmer en se confrontant aux situations stressantes par une habitude progressive, de permettre une restauration revalorisante de sa propre image. Elle permettrait également de lutter contre les conflits internes et les croyances anxiogènes et de chercher des moyens alternatifs, qui permettent d'identifier et de corriger les pensées automatiques²⁵. Il y aurait un intérêt à associer l'entretien motivationnel, la TCC et un support social²⁶. Au sein de la MSP, les psychologues ne sont pas formées à la TCC.

Trois consultations avec la diététicienne seront programmées. Une diététicienne est présente au sein de la MSP. Aucune référence dans la littérature n'aborde le nombre et la fréquence des séances avec la diététicienne. Nous avons choisi de réaliser la 1^{ère} consultation 1 mois après la consultation de recrutement. La 2^{ème} séance aura lieu 3 semaines après celle-ci et enfin la 3^{ème} aura lieu 1 mois après l'accouchement. Nous avons décidé de ne pas établir de contenu précis des consultations aussi bien avec la diététicienne qu'avec les psychologues. La diététicienne mènera sa consultation en fonction du patient sans trame précise.

Le *counselling* téléphonique sera assuré par l'infirmière Asalée à raison d'un appel par semaine jusqu'à la fin du suivi. Si la patiente ne répond pas à un appel, un rappel sera effectué dans la même journée en laissant un message vocal le cas échéant et la patiente aura la possibilité de rappeler. Un achat de téléphone portable a été prévu uniquement à cet effet.

Une fois par mois les patientes seront reçues par une sage-femme ou un médecin généraliste pour une consultation de suivi. La consultation de suivi aura lieu en même temps que le suivi de grossesse.

Une mesure du CO expiré sera effectuée lors de la consultation d'inclusion après consentement et lors des consultations de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste.

Le suivi sera réalisé pendant trois mois après l'accouchement (tableau 1).

La durée de l'étude est fixée à 24 mois.

Planning :

- Visite 0 (V0) : Consultation de recrutement (proposition du protocole) par la sage-femme ou le médecin généraliste
- Visite 1 (V1) (entre 1 et 2 semaines) : consultation d'inclusion par un médecin généraliste investigateur
- Visite 2 (V2) (3 semaines) : 1^{ère} consultation avec la psychologue
- Visite 3 (V3) (4 semaines) :
 - 1^{ère} consultation avec la diététicienne
 - Consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste
 - Mesure du CO expiré
- Visite 4 (V4) (6 semaines) : 2^{ème} consultation avec la psychologue
- Visite 5 (V5) (7 semaines) : 2^{ème} consultation avec la diététicienne
- Visite 6 (V6) (8 semaines) :
 - Consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste
 - Mesure du CO expiré
- Visite 7 (V7) (9 semaines) : 3^{ème} consultation avec la psychologue

A partir du post-partum :

- Visite 8 (V8) (4 semaines) :
 - 3^{ème} consultation avec la diététicienne
 - Consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste
 - Mesure du CO expiré
- Visite 9 (V9) (à 6 semaines) : 4^{ème} consultation avec la psychologue
- Visite 10 (V10) (à 8 semaines) :
 - Consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste
 - Mesure du CO expiré
- Visite 11 (V11) (à 12 semaines) :
 - Consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin généraliste
 - Mesure du CO expiré
- Fin du suivi

Le *counselling* téléphonique aura lieu toutes les semaines jusqu'à la fin du suivi.

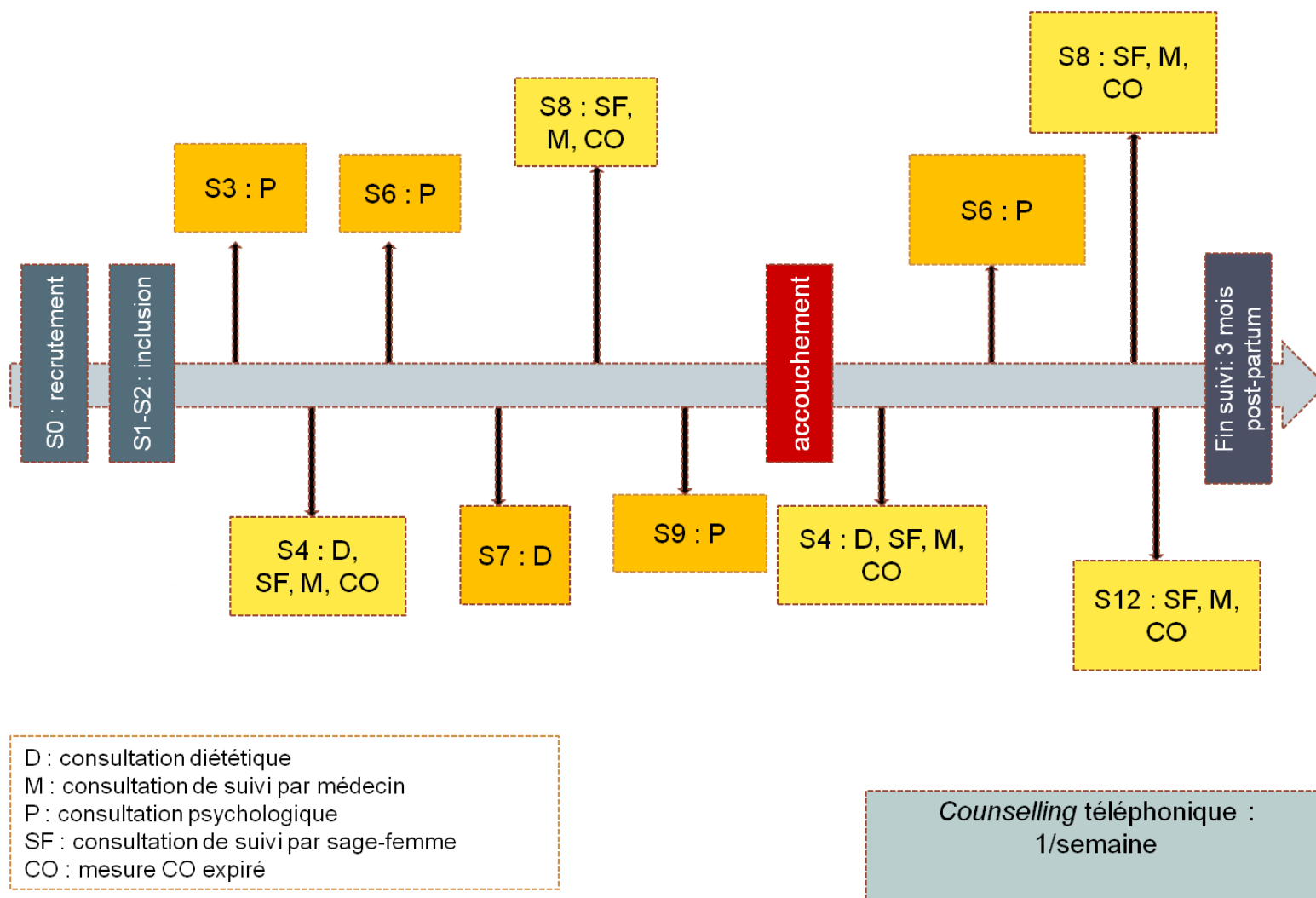
Les consultations de suivi avec le médecin ou la sage-femme seront effectuées une fois par mois. En fonction du terme à l'inclusion, elles pourront avoir des consultations supplémentaires.

Tableau 1 : **Planning du suivi.**

Déroulement protocole	V0 (R)	V1 (I)	V2	V3	V4	V5	V6	V7	Post-partum	V8	V9	V10	V11	Fin du suivi		
MG		X														
MG ou sage-femme	X			X			X			X		X	X			
Psychologue			X		X			X			X					
Diététicienne				X		X				X						
Examen clinique		X		X			X			X		X	X			
Mesure CO expiré		X		X			X			X		X	X			
Evaluation tabagisme		X		X			X			X		X	X			
IDE Asalée	<i>Counselling</i> téléphonique 1 fois par semaine									<i>Counselling</i> téléphonique 1 fois par semaine						

R : recrutement ; I : inclusion

Figure 4 : Chronologie du protocole.



Consultation d'inclusion :

Lors de la consultation d'inclusion, le professionnel de santé informera et recueillera le consentement puis interrogera la patiente :

- Quel est votre âge ?
- A quel terme de la grossesse êtes-vous ?
- Quel est votre poids ?
- Quel est votre numéro de téléphone portable ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Avez-vous fumé lors des précédentes grossesses ?
- Quelle est votre profession ?
- Votre conjoint fume-t-il ?
- Êtes-vous suivie pour votre grossesse par une des sages-femmes de la MSP ou un des médecins de la MSP ?

L'évaluation de la situation tabagique sera réalisée :

- Depuis combien d'années fumez-vous ?
- Combien de cigarettes par jour fumez-vous ?
- Utilisez-vous la cigarette électronique ?
- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Si oui, combien de fois ? Quelles ont été les causes de rechute ? Combien de temps avez-vous arrêté de fumer ? Comment avez-vous arrêté ?
- Pourquoi fumez-vous ?
- Evaluation de la dépendance : test de Fagerström
- Evaluation de la motivation : échelle de Q-mat
- Avez-vous des craintes par rapport à l'arrêt du tabac ?

Un examen clinique et des propositions thérapeutiques seront réalisés :

- Mesure du CO expiré.
- Evaluation médicale : antécédents médicaux (syndrome anxio-dépressif actuel (utilisation d'auto-questionnaires type HAD, Hospital Anxiety and Depression scale, ou lors de sevrages antérieurs ?) Co addictions ? Traitement psychotrope ? Contre indication à un TSN ?

- Proposition du TSN : quel dosage ? quel type ?
- Proposition des consultations avec une psychologue, la diététicienne, rappels téléphoniques fréquents au cours de la grossesse et en post-partum.
- Examen clinique habituel du suivi de grossesse (si suivi assuré par sage-femme, son examen clinique sera fait ultérieurement lors d'une autre consultation).

Consultation de suivi (sage-femme ou médecin généraliste) :

Lors de cette consultation, le professionnel recueillera les informations suivantes :

- A quel terme êtes-vous ?
- Depuis combien de jours avez-vous arrêté de fumer? A quel terme de la grossesse ? Pendant combien de temps ?
- Si vous fumez toujours, avez-vous réduit votre consommation ? nombre de cigarettes par jour ?
- Mesure du CO expiré
- Utilisation du TSN ?
- Ressentez-vous un syndrome de sevrage ?
- Avez-vous bien suivi toutes les consultations du protocole ? Avez-vous répondu aux appels téléphoniques ?
- Maintien de la patiente dans le protocole ?
- Suivi de grossesse habituel.

Il sera suggéré à chaque patiente que leur conjoint fumeur vienne à au moins une consultation.

Pour rédiger le contenu des consultations d'inclusion et de suivi, nous nous sommes inspirés du livret de tabacologie de l'INPES²⁷.

Des guides réalisés par l'HAS seront mis à disposition des patientes.

B. Recrutement des patientes

Les professionnels de santé pouvant recruter les femmes enceintes tabagiques pour proposer le protocole seront les sages-femmes de la MSP et les médecins généralistes de la MSP (installés ou remplaçants).

Le professionnel de santé qui réalisera le suivi sera le professionnel qui suit habituellement la patiente.

C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Femmes enceintes : dès le diagnostic de grossesse (beta-HCG plasmatiques quantitatifs ou qualitatifs) jusqu'à 32 SA (semaines d'aménorrhée) ;
- Tabagisme actif : à partir d'une cigarette par jour manufacturée ou roulée, ou cigare ou pipe ;
- Ayant au moins 18 ans ;
- Suivies au préalable au sein de la MSP de Gaillon par une sage-femme ou un médecin généraliste ;
- Suivi exclusif au cabinet pour leur grossesse (sauf pour les 8^{ème} et 9^{ème} mois) ;
- Consentement libre et éclairé : note d'information et consentement écrit.

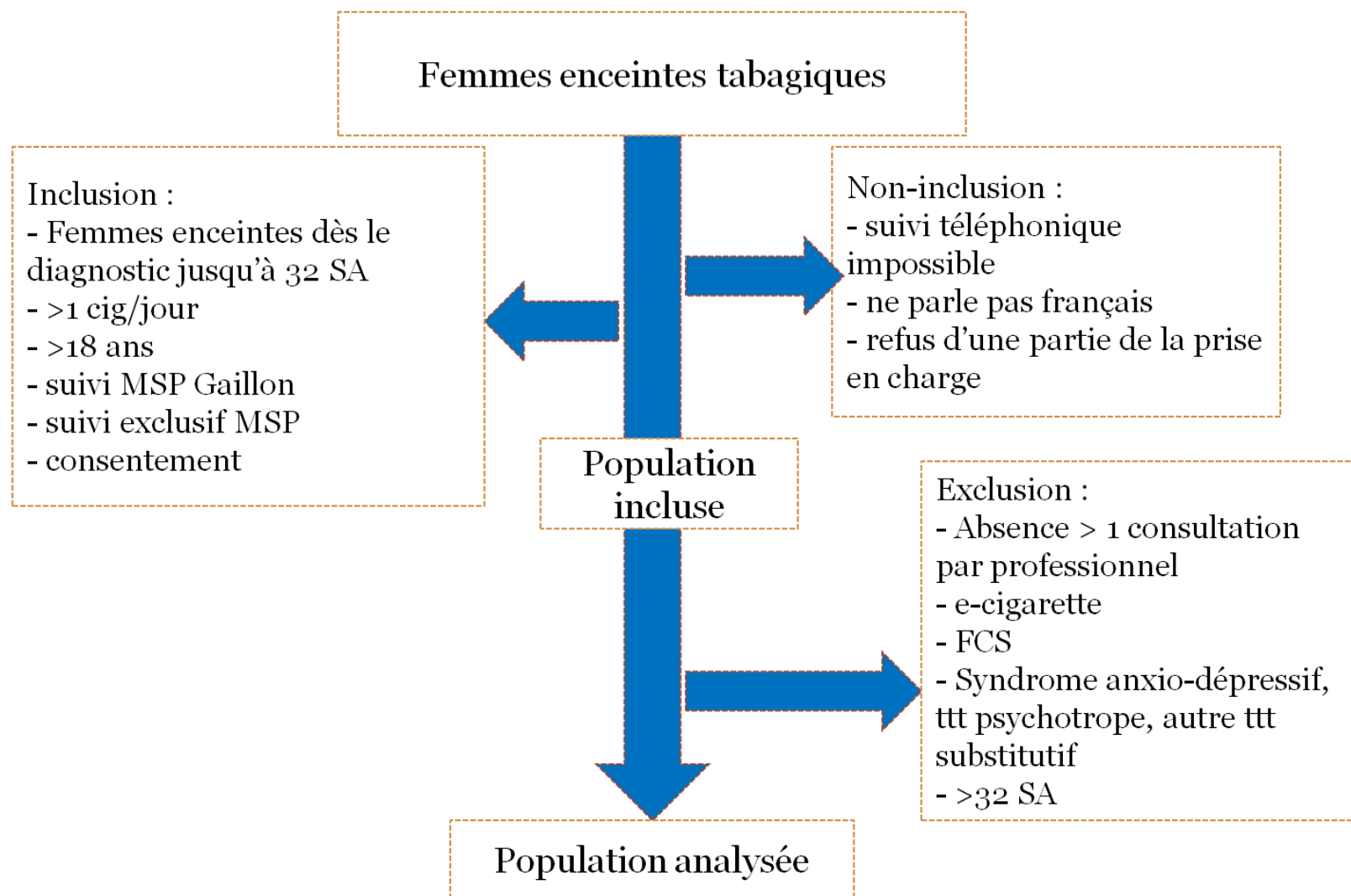
Les critères de non inclusion sont :

- Suivi téléphonique impossible ;
- Patientes ne parlant pas français ;
- Refus d'une partie de la prise en charge.

Les critères d'exclusion sont :

- Absence à plus d'une consultation par professionnel (diététique, psychologie)
- Utilisation de la cigarette électronique ;
- Fausse couche spontanée ;
- Présence d'un syndrome anxio-dépressif, prise d'un traitement psychotrope, ou d'un traitement substitutif autre qu'un TSN ;
- Grossesse de plus de 32 SA.

Figure 5 : « **Flow chart** ».



D. Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes dans la MSP de Gaillon.

Les objectifs secondaires sont d'obtenir une période de sevrage tabagique longue pendant la grossesse et de maintenir l'abstinence en post-partum.

E. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal est l'abstinence auto-rapportée depuis au moins une semaine avant la date de l'accouchement.

Les critères de jugements secondaires sont le terme de l'arrêt du tabac, la durée du sevrage tabagique ainsi que le taux de rechute à 3 mois de l'accouchement.

F. Nombre de patientes à inclure, financement

Quatorze patientes pourront être incluses. Ce chiffre a été calculé selon le budget alloué. La subvention de l'ARS permettra, dans un premier temps, de réaliser une étude pilote.

Le montant du financement est de 5000 euros. Les psychologues et la diététicienne seront rémunérées 50 euros par consultation.

IV- Discussion

A. Prise en charge du sevrage tabagique

- **Statut tabagique du conjoint**

Avoir un conjoint fumeur est un frein au sevrage tabagique. D'après A. Dumas *et al.*¹⁵, en 2012, parmi les femmes en couple, 40,1% avaient un conjoint fumeur. Seulement 7,1% des conjoints ont totalement arrêté de fumer pendant la grossesse de leur compagne.

De plus, d'après une étude anglaise de Christakis *et al.*, les fumeurs ont 67% de chance de se sevrer si leur conjoint/e arrête²⁸. Le sevrage tabagique du conjoint semble donc être majeur pour le sevrage de sa compagne enceinte. C'est pourquoi, il est nécessaire de proposer une aide.

Le groupe a suggéré une prise en charge psychologique du conjoint et des substituts nicotiques. Les résultats divergent quant à l'efficacité des interventions sur le conjoint²⁹. Devant le faible nombre de femmes enceintes à inclure, les professionnels ont décidé que les conjoints n'entreraient pas dans le protocole. Ils seront bien évidemment adressés à leur médecin traitant respectif pour la prise en charge de ce sevrage. Il leur sera expliqué l'impact sur le sevrage de leur compagne, de leur propre santé et celle de leur futur nourrisson. De plus, il est difficile de réaliser un protocole avec des interventions sur plusieurs individus et se poserait la question du refus d'un des deux conjoints.

- **Activité physique**

L'équipe a suggéré la mise en place d'un programme d'activité physique. Nous conseillerons aux patientes une activité physique mais celle-ci se fera de manière autonome et dépendra de la motivation personnelle de la patiente. Dans l'étude, d'Ussher *et al.*, aucune différence significative n'a été constatée concernant l'abstinence tabagique à la fin de la grossesse entre le groupe activité physique (14 séances avec exercice sur tapis et consultation d'activité physique) et soutien comportemental versus groupe contrôle³⁰. Les mêmes conclusions ressortent en dehors de la grossesse³¹. Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, mais il nous paraît important de le proposer, notamment en post-partum. En effet, la prise de poids est une des causes de rechute. Cependant, il semble complexe de créer des groupes d'activité physique. L'inclusion à des temps différents rend d'autant plus difficile la création de ces groupes. De plus, d'autres problématiques restent à résoudre : l'encadrement des groupes, la gestion des risques liés à l'activité physique. Il faudrait étudier la prescription du sport sur ordonnance dans ce contexte.

- **Réalisation d'un fichier commun**

Un fichier commun permettra de répertorier les dates de rendez-vous des patientes et les jours de rappels téléphoniques. Un calendrier sera donné à la patiente. Chaque professionnel de santé fixera ses rendez-vous et cochera les rendez-vous réalisés.

- **Affichage MSP**

Un affichage sera effectué dans le hall et les salles d'attente pour favoriser le recrutement de patientes au cas où le sevrage ne serait pas spontanément évoqué en consultation.

- **Consultation de recrutement et d'inclusion**

Initialement, l'évaluation de la dépendance et de la motivation devaient s'effectuer lors de la consultation de recueil du consentement avec l'infirmière Asalée. Le but était de diminuer le temps de la consultation d'inclusion avec le médecin. Cependant, le recueil d'un consentement doit être assuré par un médecin thésé. La dépendance et la motivation seront donc évaluées par le médecin. Il s'agit donc d'une consultation longue qui, dans le contexte démographique actuel, risque d'être un frein à la réalisation du protocole.

- **Consultation de suivi par le médecin ou la sage-femme**

La consultation de suivi aura lieu en même temps que le suivi de grossesse. En multipliant les consultations, les professionnels de santé soulignaient le risque de pertues de vue.

- **Prise en charge psychologique**

Quatre consultations psychologiques seront programmées. Le choix de la psychologue pour la prise charge sera réalisé en fonction de la disponibilité des patientes. La même psychologue assurera l'ensemble du suivi (sauf demande de changement de la part de la patiente). Différentes approches de type entretien motivationnel, pleine conscience et TCC sont envisagées. L'entretien motivationnel de bonne qualité n'augmente pas de façon significative l'abandon du tabac chez les femmes enceintes à domicile³². Cependant, les résultats sont encourageants lorsque les entretiens motivationnels sont réalisés par des médecins généralistes ou des conseillers formés dans l'aide au sevrage dans une population de fumeurs autre que des femmes enceintes³³.

Le tabagisme est un processus chronique dans lequel l'envie et l'affect négatif sont les principaux obstacles au maintien de l'abstinence. Les interventions fondées sur la pleine conscience ont présenté des résultats encourageants³⁴. Il existe une relation entre intensité de la prise en charge psychologique et comportementale (durée et nombre de contacts) et l'abstinence¹⁶. Plus l'intensité est accrue, plus la période d'abstinence est longue. Les interventions de régulation de l'émotion peuvent être prometteuses^{35,36}.

La supériorité de la TCC est démontrée pour maintenir l'abstinence à long terme en abordant les obstacles cognitivo-comportementaux (recommandation de grade A)^{16,37,38}. Une prise en charge psychologique standardisée semble difficilement réalisable. En effet, chaque psychologue a un mode d'exercice et une formation différents. Au sein de la MSP, aucune d'entre elles n'est formée à la TCC. Une formation leur sera donc proposée. De plus, la prise en charge psychologique dépend de chaque individu, de son ressenti et de l'alliance thérapeutique qui est mise en place. Ne pas réaliser de trame commune pour ce type de consultation ni de soutien comportemental de type TCC est une limite. Cela peut rendre notre étude moins reproductible et entraîner un biais de sélection. La formation de la TCC ne pourra être effectuée avant la mise en place de l'étude pilote.

La constitution d'un groupe de parole a été suggérée mais l'inclusion à un instant différent rend sa mise en place complexe.

- **Prise en charge diététique**

Trois consultations avec la diététicienne seront programmées.

En effet, un des facteurs principaux de rechute est la prise de poids¹⁸.

La motivation d'une femme à arrêter de fumer est en corrélation avec sa confiance dans sa capacité à contrôler son poids après avoir arrêté de fumer³⁹.

Le sevrage tabagique est déjà une période difficile en rapport avec la prise de poids. Cette dernière, pendant la grossesse, est un facteur supplémentaire de rechute.

Le déroulement de la consultation n'est pas standardisé, ce qui peut limiter l'interprétation et la reproductibilité de l'étude.

- **Choix du substitut nicotinique**

La proposition du substitut nicotinique pendant la grossesse dépendra de plusieurs critères. Le substitut nicotinique est proposé selon le degré de dépendance, son accord, d'éventuelles contre-indications. Parmi les substituts nicotiniques, les formes orales de types comprimés à sucer, gommes à mâcher et patchs transdermiques seront proposés. L'efficacité des TSN seuls dans un sevrage tabagique est remise en question⁴⁰. L'efficacité à long terme de l'ajout d'une substitution nicotinique, associée ou non à une aide comportementale n'est pas démontrée⁴¹⁻⁴³. Les substituts nicotiniques apportent une aide modeste voire nulle quand la consommation tabagique est faible. Le taux de patients abstinents pendant un an est d'environ 16% avec un TSN versus 10 % avec un placebo. D'autres aides renforcent la motivation comme le conseil simple et répété, associé à la psychothérapie comportementale¹⁰. Les patchs nicotiniques sont plus adaptés en cas de nausées et vomissements liés à la grossesse¹⁰. Ils doivent être retirés avant le sommeil.

La dose est adaptée à l'aide du test de Fagerström en utilisant la dose minimale efficace. Quand on utilise des TSN, il existe un intérêt à associer patch et TSN d'absorption rapide^{16,44,45}.

Une aide comportementale reste donc le premier choix : aide efficace avec diminution du risque de prématurité et amélioration du poids de naissance⁴¹. Cependant, selon l'HAS, le traitement substitutif nicotinique augmente significativement l'abstinence à 6 mois¹⁶.

- **Autres aides au sevrage**

De nos jours, d'autres techniques de sevrage se développent : hypnose, acupuncture. Cependant, aucune efficacité n'a été démontrée.

La varénicline, agoniste partiel des récepteurs à l'acétylcholine et le bupropion, proche des psychostimulants amphétaminiques, inhibiteur de la recapture des catécholamines et de la sérotonine sont des molécules utilisées dans le sevrage tabagique. La balance bénéfice risque est défavorable dans la population générale et contre-indiqués chez la femme enceinte^{10,46}.

- **Intérêt du dosage du CO expiré**

Le dosage du CO expiré est recommandé dans l'aide au sevrage tabagique (accord d'experts)¹⁶. Dans notre protocole, les professionnels ont décidé de l'utiliser en premier lieu lors de la consultation d'inclusion puis lors de chaque consultation de suivi avec la sage-femme ou le médecin. Le CO expiré est utilisé car moins coûteux, plus accessible et d'interprétation moins difficile que la cotinine salivaire ou urinaire¹³. De plus, il permet de renforcer la motivation⁴⁶. Le taux cotinine / créatinine urinaire est la mesure la plus précise pour évaluer le tabagisme chez la femme enceinte mais le CO expiré est la meilleure mesure de la consommation de cigarettes et des changements de consommation⁴⁷.

- ***Counselling* intensif ou limité ?**

Un conseil bref versus absence de conseil a mis en évidence une augmentation significative du taux de sevrage. L'effet estimé est plus important lorsque l'intervention est jugée plus intensive⁴⁸. D'après Melvin *et al.*⁴⁹, une brève séance de consultation de 5 à 15 minutes, lorsqu'elle est réalisée par une personne formée, donnant des brochures sur la grossesse, favorise considérablement l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Cinq composants doivent être présents : demander, conseiller, évaluer, aider et organiser.

Un soutien comportemental accru (en personne ou par téléphone) augmente les chances de sevrage tabagique d'environ 10 à 25%, associé à la pharmacothérapie^{50,51}. Le soutien téléphonique fréquent est plus efficace¹⁶. Le *counselling* de plus forte intensité, en plus d'un traitement substitutif nicotinique, est associé à une abstinence accrue⁵²⁻⁵⁷.

- **Déroulement du *counselling* téléphonique**

Dans notre étude, le *counselling* téléphonique sera assuré par l'infirmière Asalée. En effet, c'est une infirmière formée à la prévention et notamment au sevrage tabagique. La nécessité d'un *counselling* intensif est peu compatible avec l'exercice libéral. Le choix d'assurer le *counselling* par l'infirmière Asalée découle de cette limite. L'ANPAA avait été sollicitée pour former un des professionnels avant l'arrivée de l'infirmière Asalée.

L'objectif du *counselling* est en tout premier lieu d'établir une relation de confiance. Il consiste à montrer de l'empathie et de l'intérêt pour le patient et avoir une attitude non critique. Il permet de renforcer la motivation, écouter les sentiments du fumeur, rassurer, encourager à ne pas céder. Il faut savoir exprimer de la confiance dans sa capacité à arrêter de fumer, sans cesse rappeler les bénéfices de l'arrêt du tabac et les motivations initiales, et donner des conseils pratiques pour gérer le stress (occupation, relaxation, marche....). Les situations à risque doivent être envisagées

pour faciliter la résolution des problèmes et déterminer des stratégies pour y faire face. En cas de rechute, il faut ne pas conclure que c'est terminé mais garder en tête qu'arrêter de fumer est un véritable apprentissage. De la même façon qu'un enfant qui apprend à marcher tombe parfois, se relève, finit par trouver son équilibre et arrive à marcher seul, le fumeur a aussi besoin de temps, de comprendre ce qui fait tomber, comment faire pour ne plus tomber et trouver son équilibre. Il faut rappeler que les envies de fumer ne durent habituellement que 2 à 3 minutes. Leur défi consiste donc à laisser passer ces quelques minutes. Faire participer un proche dans le soutien à l'arrêt peut être bénéfique.

- **Echec de sevrage ou rechute ?**

En cas d'échec de sevrage ou de rechute, le protocole sera poursuivi. En effet, plusieurs essais de sevrage favorisent le sevrage définitif. D'après Levine *et al.*⁵⁸, les femmes d'âge jeune, ayant un niveau d'éducation plus faible, fumant davantage, qui arrêtent plus tardivement durant leur grossesse, présentant des symptômes dépressifs, et un niveau de stress plus important sont plus susceptibles de rechuter.

- **Suivi**

Les consultations et le *counselling* téléphonique seront assurés pendant trois mois après l'accouchement. En effet, le risque de rechute est élevé après l'accouchement¹⁶. L'HAS recommande un suivi hebdomadaire puis mensuel pendant 3 à 6 mois suivant l'accouchement. De nombreuses périodes de rechute se produisent avant une abstinence permanente, il donc est nécessaire d'assurer un suivi à long terme⁵⁹. Cinquante-deux pourcents des femmes recommencent à fumer deux semaines après l'accouchement⁶⁰. La rechute est influencée par un besoin de repos et de relaxation, de perte de poids, des symptômes de dépression, le besoin de s'adapter à l'arrivée d'un nourrisson, de l'anxiété, la présence d'un entourage qui fume.

La prise en charge de Perriot *et al.*⁶¹ est difficilement applicable en pratique, surtout pendant la grossesse, où les patientes ont de multiples consultations. Il repose sur l'arrêt du tabac et ne prend pas en compte les rechutes. Il accompagne plutôt le maintien au sevrage.

- **Supports**

Au cours des consultations, des guides réalisés par l'HAS seront mis à disposition des patientes.

- **Autres prises en charge**

D'autres structures de type MSP ont été contactées afin de ne pas méconnaître une prise en charge déjà existante sur ce sujet. La MSP de Saint Nazaire nous a répondu. Leur objectif général était d'accompagner le sevrage tabagique, faire émerger les freins et les motivations à l'arrêt du tabac, faire connaître les différentes aides au sevrage, et comprendre le mécanisme psychologique et physique de l'addiction. Trois séances étaient proposées : où en êtes vous avec le tabac ? (séance 1), quel sevrage pour moi ? (séance 2), comment gérer les situations à risque ? (séance 3)

Les séances pouvaient compter 10 à 12 personnes. Il y avait deux animateurs par réunion (1 expert, 1 régulateur). Le financement était assuré par l'ARS.

Une étude nationale portée par l'Assistante Publique – Hôpitaux de Paris, avec le support financier de l'Institut National du Cancer a été lancée dans 16 maternités de France en 2016. L'étude a duré 36 mois. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une incitation financière sur le taux d'abstinence au tabac chez les femmes enceintes fumeuses. Les résultats de cette étude n'ont pas encore été publiés.

B. Recrutement des patientes

Les professionnels ont proposé le recrutement des patientes par d'autres médecins généralistes de Gaillon. Après réflexion, cela semblait assez complexe. De plus, la subvention de l'ARS concerne la MSP de Gaillon, il est donc difficile d'impliquer d'autres médecins.

C. Critères d'inclusion, non-inclusion, exclusion

- **Intervenir en préconceptionnel?**

Le groupe a suggéré d'intervenir chez les femmes en préconceptionnel. La grossesse n'est probablement pas le meilleur moment pour arrêter de fumer. Effectivement, les soignants considèrent que la grossesse est un moment approprié mais le stress pendant la grossesse est un frein au sevrage⁶². Il paraît donc important d'intervenir en préconceptionnel. Cependant il s'agit d'une population différente et d'une prise en charge différente. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude.

- **Dès le diagnostic de grossesse jusqu'à 32 SA ?**

Nous souhaitons inclure des patientes au terme de grossesse le plus précoce. En effet, si l'on arrête de fumer avant 15 semaines de grossesse, les risques d'accouchement prématuré et d'enfant de faible poids de naissance deviennent voisins de ceux des non fumeuses¹⁰. Arrêter la consommation de tabac à n'importe quel moment de la grossesse conduit à des bénéfices pour la mère et l'enfant et d'autant plus si le sevrage est précoce.¹⁶

L'équipe a fixé la limite à 32 SA afin que la femme enceinte puisse réaliser toutes les consultations. Néanmoins, si la patiente n'accouche pas à terme, les consultations pourront être décalées en post-partum.

- **Faut-il accepter toute catégorie socio professionnelle ?**

Le groupe a suggéré l'inclusion uniquement de femmes appartenant à une catégorie socio professionnelle basse, ou ayant la CMU ou l'ACS. En effet, dans la littérature, il est clairement démontré que le tabagisme actif pendant la grossesse concerne principalement les catégories socio économiques basses. Le taux de tabagisme maternel dans ces catégories peut atteindre 30 à 40% de la population⁶³.

Les principaux facteurs de sevrage précoce sont un niveau de scolarité plus élevé, le niveau de scolarité du partenaire et ne pas avoir d'enfant. Les principales barrières sont le célibat, vivre avec au moins un fumeur et avoir deux parents fumeurs de cigarette⁶⁴. Le biais de sélection aurait été majeur et nous aurions perdu en intérêt scientifique et en niveau de preuve.

Les femmes continuant de fumer durant la grossesse affichent des caractéristiques plus défavorables que celles qui arrêtent de fumer (niveau d'études ou de revenus plus faibles, être multipare, âge entre 30-35 ans, étudiante ou femme au foyer, avoir eu une réaction négative à la découverte de la grossesse). La multiparité est un facteur de risque de tabagisme pendant la grossesse bien identifié s'expliquant notamment par l'utilisation de la cigarette comme alternative au stress engendré par la pression du rôle parental.

Les associations avec le niveau d'études et les revenus plus faibles sont également retrouvées et s'expliquent par un niveau plus faible de lecture concernant la santé et donc une moins bonne connaissance et compréhension des risques. On peut aussi noter un isolement social plus fréquent, la présence d'un partenaire peu soutenant et fumeur, et globalement, un environnement plus précaire ou plus stressant⁹.

- **Pourquoi la patiente doit elle comprendre le français ?**

Les consultations et le consentement doivent être clairement compris par la patiente. De plus, le risque d'une mauvaise compréhension est d'avoir des patientes perdues de vue.

- **Pourquoi un suivi uniquement à la MSP de Gaillon ?**

Pour simplifier la prise en charge, le groupe a décidé que les patientes doivent être suivies uniquement à la MSP. Compte tenu de la rigueur du protocole, des nombreuses consultations de suivi, le risque d'abandon est trop important s'il y a une prise en charge mixte (hospitalière, gynécologues libéraux, sages-femmes libérales, autres qu'au sein de la MSP). De plus, la mesure du CO expiré est difficile à organiser en dehors de la MSP.

- **Comment se déroule la suite du protocole si une patiente ne répond pas à un appel, ne se présente pas à une consultation ou refuse une partie de la prise en charge ?**

Si une participante ne répond pas à un appel, un rappel sera effectué dans la même journée. Un message téléphonique sera laissé en cas de non réponse. Une ligne téléphonique sera dédiée uniquement à l'étude.

En cas d'absence à l'une des consultations, elle pourra être reportée dans la limite d'une consultation par professionnel. Au-delà de cette limite, la patiente sera exclue du protocole, le suivi étant jugé insuffisant.

En cas de refus d'une partie de la prise en charge, la patiente ne sera pas incluse dans l'étude.

La fausse couche spontanée est un critère d'exclusion de l'étude. La patiente pourra toujours bénéficier du suivi prévu car lors d'une FCS, la patiente connaît déjà un traumatisme et un stress majeur.

- **Pourquoi la MSP de Gaillon ?**

Une limite dans l'élaboration du protocole est la difficulté de réunir des professionnels de santé. Sur les deux réunions réalisées, moins de la moitié des personnes concernées étaient présentes. Les réunions avaient été fixées plusieurs mois à l'avance.

- **Pourquoi la cigarette électronique est un critère d'exclusion ?**

Le recul sur la cigarette électronique n'est pas suffisant et son utilisation n'est pas validée comme méthode de sevrage. Son utilisation pendant l'étude risquerait d'être un facteur de confusion.

- **Pourquoi un syndrome anxio-dépressif, un traitement psychotrope, et la prise d'un traitement substitutif autre que les TSN font partis des critères d'exclusion ?**

Dans ces trois situations, le jugement et la conscience peuvent être altérés, rendant un sevrage tabagique plus difficile. De plus, la prise en charge notamment psychologique est différente.

D. Critères de jugement principal et secondaires

L'abstinence auto-rapportée depuis au moins une semaine avant la date de l'accouchement est le critère de jugement principal. Arrêter sa consommation tabagique à n'importe quel moment de la grossesse est bénéfique. Cependant, en l'absence de données dans la littérature, un sevrage d'au moins une semaine semble pertinent et l'impact sur la santé de la mère et de l'enfant est plus important avant l'accouchement.

Les critères de jugement secondaires sont le terme de l'arrêt du tabac, la durée du sevrage tabagique et le taux de rechute à 3 mois de l'accouchement. En effet, plus le terme de l'arrêt du tabac est précoce plus l'effet est bénéfique sur la mère et l'enfant. De plus, une durée du sevrage tabagique plus longue estompe les effets délétères dans le temps. Enfin, la rechute est très importante en post-partum, il semble donc important d'évaluer l'efficacité de cette prise en charge sur la rechute.

E. Nombre de patientes à inclure, financement

Le financement de l'ARS est indispensable au déroulement de l'étude pour, notamment, régler les consultations avec la psychologue et la diététicienne. En effet, le tabagisme actif chez la femme enceinte affecte essentiellement les catégories socio-économiques défavorisées. Ces femmes enceintes ne pourraient probablement pas se permettre de régler ces consultations, on pourrait alors induire un biais de sélection. Les consultations diététiques et psychologiques sont des consultations demandant un investissement chronophage et il n'est pas possible que ces professionnels de santé ne soient pas rémunérés.

Cependant, ce financement est limité et ne permet pas d'inclure un grand nombre de patientes. La 1^{ère} étape sera la réalisation d'une étude pilote puis, par la suite, le nombre de sujets nécessaire devra être calculé pour réaliser l'étude.

V- Conclusion

Un groupe constitué de psychologues, médecins généralistes, sages-femmes, une diététicienne et une infirmière Asalée, a élaboré une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires pour les femmes enceintes prises en charge dans la MSP de Gaillon. Ce travail est le fruit de la mobilisation d'une équipe de soins primaires et un diagnostic de territoire. Les professionnels ont élaboré cette prise en charge en cohérence avec la littérature. Ce projet, novateur en soins primaires, permettra une proximité et une accessibilité à une population vulnérable à des soins spécialisés dans le sevrage tabagique.

Dans la continuité de ce projet, l'équipe a conçu un protocole de recherche afin d'en étudier l'efficacité et l'intérêt en soins primaires.

Cette étude et cette prise en charge pourront débiter rapidement grâce au financement de l'ARS Normandie. Ce protocole est basé sur la prise en charge élaborée par l'équipe de la MSP de Gaillon et consolidé grâce aux données de la littérature. Il devrait donc permettre, dans le même temps, de mobiliser une équipe coordonnée de soins primaires avec la mise en place d'une prise en charge pluriprofessionnelle encadrée et novatrice, et de recueillir des données fiables au plus proche de la population générale pour évaluer sa pertinence.

Au-delà de l'analyse de cette prise en charge sur des critères objectifs, une analyse qualitative du ressenti des femmes enceintes tabagiques et des professionnels de santé pourrait alimenter la réflexion de ce travail et pourrait faire l'objet d'une étude ancillaire.

Références bibliographiques

1. Tabac [Internet]. World Health Organization. 2019 [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur: </determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
3. Bourdillon F. Éditorial. 2016 : une année cruciale dans la lutte contre le tabagisme. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):494-5. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_0.html
4. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre 2017.
5. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Barometre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Barometre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd.2017;(12):214-22. Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html
6. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. Health Promot Int. déc 2001;16(4):355-65.
7. Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Skelly JM, Solomon LJ, Bernstein IM. Educational disadvantage and cigarette smoking during pregnancy. Drug Alcohol Depend. 1 oct 2009;104 Suppl 1:S100-105.
8. Andler R, Cogordan C, Richard JB, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018.

9. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M-J, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(4):418–27.
10. Femmes enceintes : sevrage tabagique [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/49869/0/NewsDetails.aspx>
11. 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. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avril 2005;34:135-45.
12. Berlin I, Golmard J-L, Jacob N, Tanguy M-L, Heishman SJ. Cigarette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight? *Nicotine Tob Res*. 1 mai 2017;19(5):518-24.
13. Gailly J. Recommandations de bonne pratique : Arrêter de fumer. 2005 mars.
14. Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, *et al*. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015;(17-18):281-8. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/2015_17-18_1.html
15. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : Exposition, connaissances et perceptions des risques. 29 mai 2015 [cité 16 juill 2019]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01182475>
16. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. *Méthode Recomm Pour Prat Clin Argum Sci*. 2013;
17. Borgne A, Aubin H-J, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. *Rev Prat*. 2004;54(17):1883–93.
18. Pelle C, Cousin-Verlin C. Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2009;8(5):292-8.

19. Beck F, Richard J-B, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. *Santé En Action*. 2013;423:5–7.
20. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CC Eure-Madrie-Seine (242700623) | Insee [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-242700623>
21. Dossier complet – Département de l’Eure (27) | Insee [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-27#chiffre-cle-1>
22. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*. février 2007;24(2):171-82.
23. Cungi C. Thérapie comportementale et cognitive de la dépendance au tabac. *thérapeutique*. 2009;3:4.
24. Yalcin BM, Unal M, Pirdal H, Karahan TF. Effects of an anger management and stress control program on smoking cessation: a randomized controlled trial. *J Am Board Fam Med JABFM*. oct 2014;27(5):645-60.
25. Caria A. *Thérapie comportementale et cognitive*. 2018.
26. Guichenez P. *Traiter l’addiction au tabac: avec les thérapies comportementales et cognitives*. Dunod; 2017. 182 p.
27. Société française de tabacologie. *Consultation de tabacologie* [Internet]. 2016 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/4.dossier_de_tabacologie/Dossier_de_tabacologie.pdf
28. Christakis NA, Fowler JH. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *N Engl J Med*. 22 mai 2008;358(21):2249-58.

29. Hemsing N, Greaves L, O'Leary R, Chan K, Okoli C. Partner support for smoking cessation during pregnancy: a systematic review. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* juill 2012;14(7):767-76.
30. Ussher M, Lewis S, Aveyard P, Manyonda I, West R, Lewis B, et al. Physical activity for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ.* 14 mai 2015;350:h2145.
31. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 29 août 2014;(8):CD002295.
32. Tappin DM, Lumsden MA, Gilmour WH, Crawford F, McIntyre D, Stone DH, et al. Randomised controlled trial of home based motivational interviewing by midwives to help pregnant smokers quit or cut down. *BMJ.* 13 août 2005;331(7513):373-7.
33. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2015 [cité 18 juill 2019];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>
34. De Souza ICW, de Barros VV, Gomide HP, Miranda TCM, Menezes V de P, Kozasa EH, et al. Mindfulness-based interventions for the treatment of smoking: a systematic literature review. *J Altern Complement Med N Y N.* mars 2015;21(3):129-40.
35. Bauld L, Oncken C. Smoking in Pregnancy: An Ongoing Challenge. *Nicotine Tob Res.* 1 mai 2017;19(5):495-6.
36. Smoking Cessation for Pregnant Smokers: Development and Pilot Test of an Emotion Regulation Treatment Supplement to Standard Smoking Cessation for ... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403472>

37. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Arredondo C, Murphy G, Hayward C, et al. Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation. *Addict Abingdon Engl*. août 2008;103(8):1381-90.
38. Lee M, Miller SM, Wen K-Y, Hui SA, Roussi P, Hernandez E. Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *J Behav Med*. déc 2015;38(6):932-43.
39. Sallit J, Ciccazzo M, Dixon Z. A cognitive-behavioral weight control program improves eating and smoking behaviors in weight-concerned female smokers. *J Am Diet Assoc*. août 2009;109(8):1398-405.
40. Berlin I, Grangé G, Jacob N, Tanguy M-L. Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy. *Bmj*. 2014;348:g1622.
41. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, Grainge MJ, Watts K, Britton J, et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. *N Engl J Med*. 1 mars 2012;366(9):808-18.
42. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 22 déc 2015;(12):CD010078.
43. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol*. déc 2000;96(6):967-71.
44. Laekeman G. Poly- plutôt que monothérapie médicamenteuse pour l'arrêt du tabac? *Minerva Tijdschr Voor Evid-Based Med*. 20101124;
45. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 21 mai 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/abstract>

46. Haute Autorité de Santé - Grossesse et tabac [Internet]. [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac
47. Secker-Walker RH, Vacek PM, Flynn BS, Mead PB. Exhaled carbon monoxide and urinary cotinine as measures of smoking in pregnancy. *Addict Behav.* oct 1997;22(5):671-84.
48. Physician advice for smoking cessation - Stead, LF - 2013 | Cochrane Library [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/full#CD000165-sec1-0004>
49. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control.* 2000;9 Suppl 3:III80-84.
50. Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 déc 2012;12:CD009670.
51. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 oct 2015;(10):CD009670.
52. Efficacité d'un counselling téléphonique pour l'arrêt du tabac [Internet]. Minerva Website. [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/FR/Article/347>
53. Telephone counselling for smoking cessation - Stead, LF - 2013 | Cochrane Library [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002850.pub3/abstract>
54. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 18 juill 2019];(3). Disponible sur:

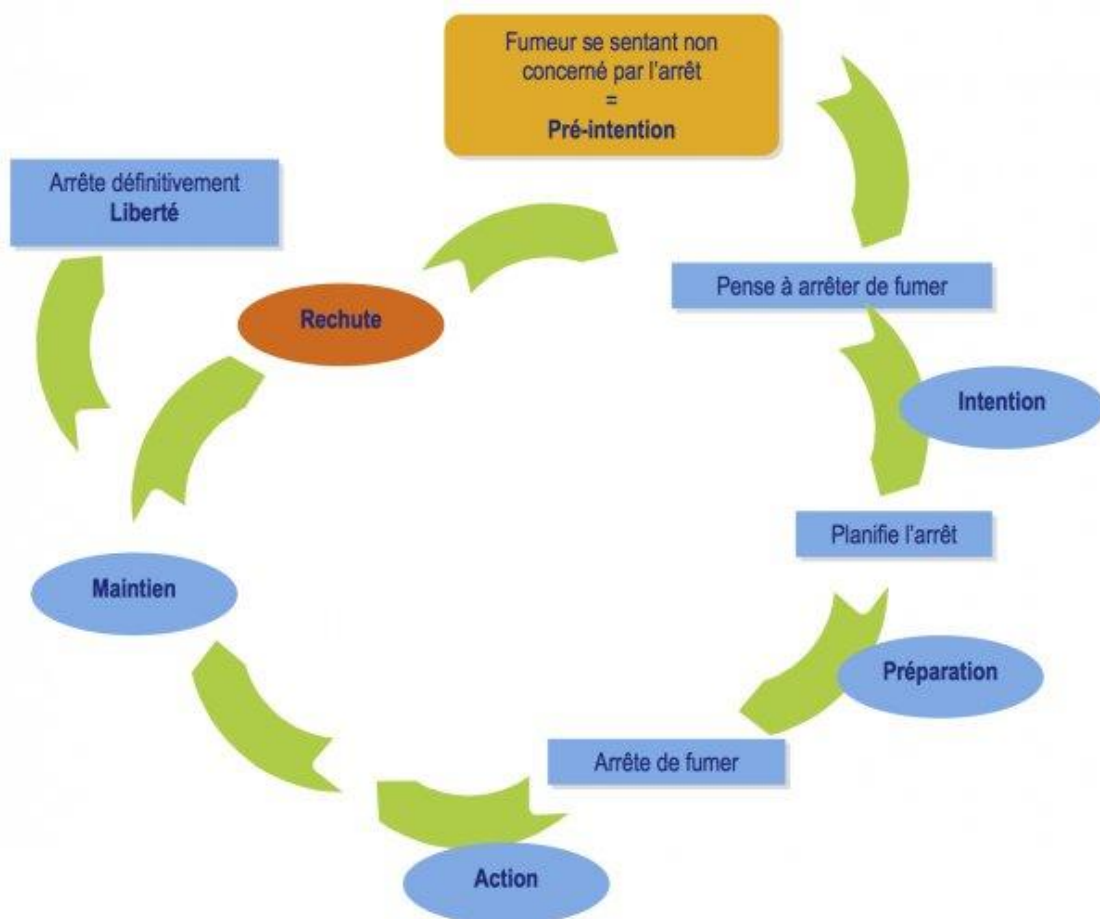
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001292.pub3/full>

55. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 mars 2016;3:CD008286.
56. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 20 oct 2015;163(8):608-21.
57. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. oct 2007;33(4):297-305.
58. Levine MD, Cheng Y, Marcus MD, Kalarchian MA, Emery RL. Preventing postpartum smoking relapse: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(4):443–452.
59. Buchanan L. Implementing a smoking cessation program for pregnant women based on current clinical practice guidelines. *J Am Acad Nurse Pract*. juin 2002;14(6):243-50.
60. Suplee PD. The importance of providing smoking relapse counseling during the postpartum hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. déc 2005;34(6):703-12.
61. J P, A S, Pierre-Michel L. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *ALCOOLOGIE ADDICTOLOGIE*. 2005;3 vol 27:201-9.
62. Hotham ED, Gilbert AL, Atkinson ER. Case studies of three pregnant smokers and their use of nicotine replacement therapy. *Midwifery*. sept 2005;21(3):224-32.

63. Lelong N, Blondel B, Kaminski M. Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2011;40(1):42-9.
64. Factors Associated With Quitting Among Smoking Pregnant Women From Small Town and Rural Areas in Poland | *Nicotine & Tobacco Research* | Oxford Academic [Internet]. [cité 28 juin 2017]. Disponible sur: <https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/19/5/647/3589691/Factors-Associated-With-Quitting-Among-Smoking?redirectedFrom=fulltext>

Annexes

Annexe 1 : Cercle de Prochaska et Di Clemente



Annexe 2 : Test de FAGERSTRÖM

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
Oui	1
Non	0
3. À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	
La première le matin	1
N'importe quelle 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 malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	1
Non	0

0-2 : pas de dépendance

3-4 : dépendance faible

5-6 : dépendance moyenne

7-10 : dépendance forte

Annexe 3 : Echelle Q-MAT

TEST D'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

P. Légeron, G. Lagrue – 2001 (Q-MAT)

Pensez-vous que dans 6 mois :	Vous fumerez toujours autant	0
	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
	Vous aurez arrêter de fumer ?	8
Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous que dans 4 semaines :	Vous fumerez toujours autant	0
	Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
	Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
	Vous aurez arrêter de fumer ?	6
Vous arrive t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	Jamais	0
	Quelquefois	1
	Souvent	2
	Très souvent	3

0- 6 : motivation insuffisante **7 à 13** : motivation moyenne **> 13** : bonne ou très bonne motivation

Annexe 4 : Echelle HAD

Échelle HAD

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

La plupart du temps	3
Souvent	2
De temps en temps	1
Jamais	0

2 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

Oui, tout autant	0
Pas autant	1
Un peu seulement	2
Presque plus	3

3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1
Pas du tout	0

4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses

Autant que par le passé	0
Plus autant qu'avant	1
Vraiment moins qu'avant	2
Plus du tout	3

5 Je me fais du souci

Très souvent	3
Assez souvent	2
Occasionnellement	1
Très occasionnellement	0

6 Je suis de bonne humeur

Jamais	3
Rarement	2
Assez souvent	1
La plupart du temps	0

7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

Oui, quoi qu'il arrive	0
Oui, en général	1
Rarement	2
Jamais	3

8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Presque toujours	3
Très souvent	2
Parfois	1
Jamais	0

9 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

Jamais	0
Parfois	1
Assez souvent	2
La plupart du temps	3

10 Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout	3
Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	2
Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1
J'y prête autant d'attention que par le passé	0

11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas	3
Un peu	2
Pas tellement	1
Pas du tout	0

12 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant	0
Un peu moins qu'avant	1
Bien moins qu'avant	2
Presque jamais	3

13 J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent	3
Assez souvent	2
Pas très souvent	1
Jamais	0

14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

Souvent	0
Parfois	1
Rarement	2
Très rarement	3

Score
Ajoutez les points des réponses

1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total Anxiété-
2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total Dépression-

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D)

7 ou MOINS
absence de symptomatologie

8 à 10
symptomatologie douteuse

11 et PLUS
symptomatologie certaine

Annexe 5 : Brochure « Grossesse sans tabac »

Quels sont les traitements d'aide à l'arrêt autorisés pendant la grossesse ?

Les approches psychologiques et comportementales sont privilégiées chez la femme enceinte fumeuse.

Il s'agit d'un ensemble de techniques basées essentiellement sur la discussion et sur des exercices simples lors d'une consultation avec un professionnel de santé.



La prescription de substituts nicotiques (patch, gomme...) est autorisée pour les femmes enceintes qui ne parviennent pas à arrêter de fumer. Leur utilisation doit cependant se faire sous contrôle médical pour les femmes enceintes ou les mamans qui allaitent.

Les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles, inhalateurs...). Cette ordonnance permet leur prise en charge par l'Assurance Maladie :

- Certains substituts sont remboursables comme les autres médicaments. Cette prise en charge permet d'éviter l'avance des frais chez le pharmacien, et garantit le même tarif dans toutes les pharmacies.

- Vous bénéficiez jusqu'au 31 décembre 2018 d'un forfait de 150 € pour les autres substituts nicotiques non remboursables. Dans ce cas, il faut faire l'avance des frais en pharmacie.

Les médicaments tels que le bupropion LP et la varénicline sont contre-indiqués chez la femme enceinte et non recommandés chez la femme qui allaite.

Pour en savoir plus, demandez conseil à un professionnel de santé, ou rendez-vous sur le site www.ameli.fr dans la rubrique « Santé ».



tabac info service
le site + l'appli + le 39 89*

* Du lundi au samedi, de 8h à 20h.

Tabac Info service vous aide à arrêter de fumer.

Tabac-Info-service.fr offre des astuces et des tests pour faire le point sur votre dépendance et vous permet de partager votre expérience.

L'appli mobile vous propose un coaching personnalisé et gratuit, pour vous accompagner dans votre arrêt.

Au 3989, des tabacologues vous donnent des conseils et vous proposent un suivi personnalisé et gratuit par téléphone.

3989 Service gratuit * prix appel

07011282182E - 4025 - Photo : SHS - 2014 - Ne pas jeter sur la voie publique.



GROSSESSE SANS TABAC

Le tabagisme est-il mauvais pour la fécondité ?

Oui, il peut augmenter le délai nécessaire à la conception. Dès l'arrêt du tabac, tout peut redevenir normal. Vouloir faire un enfant est une très bonne motivation à arrêter de fumer.

Quand on est enceinte, peut-on fumer quelques cigarettes par jour ?

On entend souvent qu'il vaut mieux qu'une femme s'autorise à fumer quelques cigarettes par jour plutôt que d'être stressée par l'arrêt du tabac. C'est une erreur. **Il est préférable d'arrêter complètement de fumer car même un petit nombre de cigarettes est mauvais pour la santé de la mère et du bébé.**

Quelles sont les conséquences du tabac sur la grossesse elle-même ?

Fumer durant la grossesse comporte un certain nombre de risques.

- Le tabac serait responsable d'environ 35 % des grossesses extra-utérines, c'est-à-dire que le fœtus ne s'implante pas au bon endroit.
- Le risque de faire une fausse couche au début de la grossesse est trois fois plus grand.
- Le tabac est une cause d'accouchement prématuré.

Quels sont les dangers pour le fœtus ?

Plus on fume, plus la toxicité est importante pour le fœtus. Dans l'utérus, le fœtus reçoit de l'oxygène grâce au sang de sa mère. **Par contre, quand elle fume, son sang se charge alors en monoxyde de carbone, gaz particulièrement dangereux.** De plus, la nicotine empêche une bonne circulation du sang. Le bébé ne reçoit donc pas assez d'oxygène. D'autres substances chimiques contenues dans la fumée sont également toxiques pour le développement du fœtus, qui peut être retardé. C'est ce qu'on appelle un retard de croissance intra-utérin (petit poids de naissance, petite taille, petit périmètre crânien).

Quels sont les risques si une femme enceinte est exposée à la fumée des autres ?



Le tabagisme passif subi par les femmes enceintes non fumeuses a des conséquences sur l'enfant à naître : les produits chimiques contenus dans la fumée du tabac respirée par la mère passent dans le sang de la mère et dans celui du fœtus. Une femme enceinte doit éviter les endroits entumés.

Peut-on allaiter son enfant quand on fume ?

Il est déconseillé de fumer si on allaite son bébé, car la nicotine passe dans le lait maternel. **Allaiter, c'est aussi une occasion d'arrêter de fumer.** Le lait maternel reste la meilleure protection du bébé contre les infections. L'allaitement doit donc toujours être favorisé.

! L'idéal

L'idéal est d'arrêter de fumer avant d'être enceinte. Si cela n'a pas pu se faire, l'arrêt sera toujours bénéfique à n'importe quel moment de la grossesse, pour la future maman, le fœtus ou le bébé. Il n'est donc jamais trop tard pour arrêter de fumer.

Annexe 6 : Brochure « Arrêter de fumer sans grossir »

L'essentiel

Ne pas oublier de bouger. Le poids, c'est aussi une question d'élimination. **Avoir une activité physique permet d'évacuer le stress, de se faire plaisir, de bien se sentir dans son corps.** Même si l'on ne pratique aucun sport, on peut se dépenser en utilisant les escaliers (plutôt que l'ascenseur), en descendant du bus ou du métro une station avant sa destination, en bricolant, en jardinant, en profitant d'une pause pour aller marcher, etc.



tabac info service
le site + l'appli + le 39 89*

*Du lundi au samedi de 9h à 19h.

Le 39 89
Un accompagnement gratuit par téléphone tout au long de votre arrêt. En composant le 39 89, vous prenez rendez-vous avec un tabacologue qui vous rappelle quand vous le souhaitez.

Le site Tabac info service
De l'information, des conseils, les adresses des tabacologues proches de chez vous et des tests pour bien vous préparer et augmenter vos chances de réussite.

Tabac Info service, c'est aussi un programme de **coaching personnalisé**. Téléchargez l'appli ou rendez-vous sur le site pour bénéficier de conseils personnalisés de tabacologues, posez vos questions et visualisez vos progrès.
tabac-info-service.fr

La page Facebook Tabac info service
Une communauté solidaire d'ex fumeurs et de fumeurs souhaitant arrêter, toujours prête à vous soutenir dans les moments difficiles.

3989 Service gratuit + prix appli

D7014056 172E




ARRÊTER DE FUMER SANS GROSSIR

Est-il vrai que l'on grossit quand on arrête de fumer ?

La nicotine contenue dans le tabac diminue l'appétit, augmente les dépenses énergétiques et ralentit le stockage des graisses. Il est donc possible de prendre un peu de poids quand on arrête de fumer, mais ce n'est pas toujours le cas. **D'ailleurs, un fumeur sur trois ne grossit pas après avoir arrêté de fumer.** Chez les autres, cette prise de poids est en moyenne de deux à quatre kilos. Certains ne prennent qu'un kilo, d'autres en prennent davantage.



Est-ce que les substituts nicotiques limitent la prise de poids ?

Oui, la nicotine supprime la sensation de manque et permet ainsi de limiter le grignotage pour compenser les envies de fumer. Les substituts nicotiques peuvent aussi avoir un effet sur le métabolisme et permettent donc de prendre moins de poids.

16%
des fumeurs ont perdu du poids.*

*12 mois après l'arrêt. Étude Aubin HJ et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes. Médecine canadienne. BMJ, 2012.

Doit-on faire un régime quand on arrête de fumer ?

Pendant l'arrêt, il n'est pas souhaitable de faire un régime pour maigrir et de s'imposer ainsi une autre source de stress. **L'essentiel est de garder une alimentation variée. C'est le bon moment pour revoir ses habitudes alimentaires.** L'arrêt du tabac permet de retrouver des saveurs que l'on avait oubliées.



Comment bien manger tout en se faisant plaisir ?

Avec la Fabrique à menus, fini la panne d'inspiration ! Découvrez gratuitement des idées de menus de saison variés pour manger équilibré toute la semaine en accord avec les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé. Chaque famille d'aliments y est représentée, afin d'assurer un bon équilibre nutritionnel : féculents, fruits, légumes... Les menus proposés sont personnalisables selon les goûts, le nombre de personnes, le temps disponible... Pour tester de chez vous la Fabrique à menus, rendez-vous sur www.mangerbouger.fr.

Comment résister aux « fringales » ?

Quand on arrête de fumer, on peut ressentir une augmentation de l'appétit. Dans la majorité des cas, des techniques simples suffisent à limiter la prise de poids :

- ne pas sauter de repas ;
- faire les courses après avoir mangé et non avant ;
- commencer la journée par un petit déjeuner avec, par exemple, du pain ou des céréales, un fruit, un yaourt, une boisson ;
- pour le plat principal, préférer les viandes peu grasses (filet de volaille, lapin, jambon blanc, bifteck, faux-filet), le poisson : le tout accompagné d'une bonne quantité de légumes, cuits ou crus ;
- consommer au moins un féculent à chaque repas et limiter les aliments gras (fromages, pâtisserie, charcuterie, beurre...);
- au dessert, choisir un fruit plutôt qu'une pâtisserie ;
- ne pas se servir plusieurs fois au moment des repas ;
- penser à boire régulièrement, mais attention au café qui énerve et qui « appelle » la cigarette ! L'alcool apporte des calories inutiles et incite aussi à fumer : à éviter ;
- ne pas rester à table après avoir mangé.

Pour en savoir plus : www.mangerbouger.fr

Résumé

Les effets délétères du tabagisme actif pendant la grossesse sont à présent bien démontrés et dose dépendants. En France, en 2016, au 3^{ème} trimestre de la grossesse, on notait encore 16,2% de femmes enceintes fumeuses. Les professionnels de la MSP de Gaillon se sont saisis de cette problématique particulièrement prévalente dans cette agglomération.

L'objectif de ce travail était d'élaborer un protocole de recherche afin d'évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes dans la Maison de Santé Pluri Professionnelle de Gaillon.

Les femmes enceintes fumeuses seront incluses dès le diagnostic de grossesse établi, jusqu'à 32 SA et suivies trois mois après l'accouchement.

Le critère de jugement principal est l'abstinence auto-rapportée depuis au moins une semaine avant la date de l'accouchement..

Le protocole ainsi élaboré, propose quatre consultations avec une psychologue, trois consultations avec une diététicienne, un *counselling* intensif (une fois par semaine).

Le suivi médical habituel (une fois par mois) durant la grossesse est poursuivi par la sage-femme ou le médecin généraliste. Un traitement substitutif nicotinique sera proposé à la patiente.

La réalisation de cette étude pourrait faire évoluer les recommandations de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse.

Mots-clés : *médecine générale ; grossesse ; tabagisme ; sevrage*