



**HAL**  
open science

# Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum

Émilie Kuntz

► **To cite this version:**

Émilie Kuntz. Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02380913

**HAL Id: dumas-02380913**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02380913v1>**

Submitted on 26 Nov 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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

*Ecole de maïeutique*

# Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de  
Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 24.04.19

Par Emilie Kuntz

Née le 27.10.1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- SUNYACH Claire, sage-femme et directeur de mémoire
- BALZING Marie-Pierre, Directrice du département de formation initiale de l'EU3M, sage-femme enseignante
- MICHEL Gilles, sage-femme, CHU nord



**AIX MARSEILLE UNIVERSITE**

*Ecole de Maïeutique*

# Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum

Par Emilie Kuntz

Née le 27 octobre 1995

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'état de Sage-  
femme

Année universitaire 2018-2019

Validation 1ère session 2019 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention :		
Félicitations du jury	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	
Assez bien	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	
Validation 2ème session 2019 :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mention :		

Visa et tampon de l'école

Leviers et freins au sevrage  
tabagique chez la femme enceinte  
et dans le post partum  
Revue de la littérature

## *REMERCIEMENTS*

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire et en particulier :

Claire Sunyach, sage-femme, d'avoir accepté de diriger ce travail, pour sa patience et tous ses précieux conseils.

Professeur Courbiere Blandine, pour l'idée de ce sujet très intéressant.

L'ensemble des enseignants de l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée pour l'encadrement tout au long de ce cursus.

Ma famille, notamment mes parents, qui m'ont permis d'en arriver là, qui m'ont apporté encouragements et soutien depuis toujours.

Elsa et Marie, pour être des sœurs formidables.

Mes amis proches, qui sont toujours à mes côtés depuis tant d'années.

Elodie et Colette, pour leur amitié et la folie qu'elles m'ont apporté pendant ces quatre années.

Valentin, pour l'amour et la bienveillance qu'il m'apporte au quotidien.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODES .....	7
RESULTATS.....	10
ANALYSE & DISCUSSION .....	24
A) FORCES ET LIMITES.....	24
B) DISCUSSION.....	25
CONCLUSION .....	35
GLOSSAIRE .....	36
BIBLIOGRAPHIE .....	37
ANNEXES.....	42

## INTRODUCTION

En France, le tabagisme est une question préoccupante (1). Il est responsable annuellement de la mort prématurée de 73 000 personnes, soit 13 % de l'ensemble des décès. Ainsi, un fumeur sur deux décède d'une pathologie en relation directe avec son tabagisme, et perd en moyenne 9 années de vie (2). D'après le Baromètre Santé (BS) réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, aujourd'hui Santé Publique France) en 2017, 31,9 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer : dont 35,2 % des hommes et 28,7 % des femmes (3).

Le tabagisme durant la grossesse est un grave problème de santé publique et l'une des principales causes évitables de morbidité et de décès liés à la grossesse (4). Le sevrage tabagique pendant la grossesse peut être considéré comme une urgence obstétricale (5). Les chiffres concernant la prévalence du tabagisme gravidique sont alarmants. Ainsi, l'Enquête Nationale Périnatale menée par l'équipe EPOPé (INSERM) a permis de faire un nouveau point sur la consommation de tabac des femmes enceintes en 2016. Trente pourcent des femmes interrogées ont déclaré avoir fumé juste avant leur grossesse, cette prévalence n'a pas diminué depuis 2010, et 16,6 % des femmes fumaient au moins une cigarette par jour au 3<sup>e</sup> trimestre (6). D'après le Baromètre Santé 2017 : 24,7 % des femmes enceintes fumaient au moins occasionnellement et 22,3 % quotidiennement. Lorsqu'un sevrage tabagique était obtenu pendant la grossesse 84,7 % rechutaient après l'accouchement (7).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « Les produits du tabac sont des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuilles de tabac et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés. Ils contiennent tous de la nicotine, un agent psychotrope qui entraîne une forte dépendance ».



Plus précisément, les quatre principaux composants de la cigarette sont la nicotine, l'oxyde de carbone, les composés irritants et les goudrons. Lorsque une cigarette est allumée, la combustion entraîne la formation de nombreux composés toxiques comme les goudrons, divers gaz toxiques, des métaux lourds, des Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques (HAP), ainsi que des substances irritantes (8).

Concernant la physiopathologie du tabagisme pendant la grossesse : toutes les substances passent la barrière placentaire. On retrouve des taux de nicotine bien plus importants chez le fœtus que chez la mère, ainsi que des taux de carboxyhémoglobine (HbCO) fœtaux plus élevés chez le fœtus que chez la mère du fait de l'affinité supérieure du monoxyde de carbone (CO) à l'hémoglobine fœtale (9). Plus le taux d'HbCO est élevé et moins le fœtus est oxygéné.

L'exposition in utero au tabac a donc des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse et la santé de l'enfant. Le tabagisme actif augmente significativement le risque de petit poids de naissance (10). Il est associé à un risque accru d'accouchement prématuré (11,12) de Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU), d'Hématome Rétro Placentaire (HRP), de Placenta Bas Inséré (PBI), de Rupture Prématurée des Membranes (RPM) (13–15). En ce qui concerne les conséquences à plus long terme, le tabagisme durant la grossesse est associé à une augmentation des complications sur la santé respiratoire des enfants au cours des 18 premiers mois de vie (16). Il entraîne également une prévalence plus importante de sifflements thoraciques et d'asthme de l'enfant par rapport aux enfants non exposés in utero au tabagisme de la mère (17,18).

Le tabagisme a des conséquences néfastes sur la grossesse, mais aussi sur la fertilité féminine. En 2018, une méta analyse évaluant les impacts du tabagisme féminin sur les résultats de la procréation médicalement assistée rapporte que le tabagisme entraîne une diminution de la réserve ovarienne, une diminution du taux de grossesses par cycles, une diminution du taux de fertilité, ainsi qu'une augmentation significative du taux de fausses couches (19).

Le tabagisme passif, qui correspond à une exposition à la fumée du tabac dans un environnement proche, c'est-à-dire provenant du partenaire ou de l'entourage de la femme enceinte même si celle-ci n'est pas fumeuse, est également très nocif pour le fœtus. Il a notamment des conséquences néfastes sur son développement (9). Le tabagisme des parents présente également des risques importants pour le nourrisson augmentant ainsi le risque de mort subite du nourrisson (20).

Il faut savoir également que le tabagisme de la mère durant sa grossesse a un effet transgénérationnel. Il est un facteur de risque indépendant du tabagisme de l'enfant et, pour les filles, d'une augmentation potentielle du risque de fumer pendant leur propre grossesse, perpétuant ainsi la transmission d'un facteur de risque évitable (21). Une des explications biologiques serait qu'il existe une interaction significative entre la présence d'un variant de nucléotide unique dans le gène codant pour un récepteur de l'acétylcholine  $\alpha 6$  nicotinique (nAChR) et un environnement défavorable influençant l'initiation au tabagisme pendant l'adolescence (22).

Il existe de nombreuses inégalités en matière de tabagisme parmi les populations. On sait que la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée dans les pays à revenus faibles, chez les populations défavorisées (23). Cette prévalence diminue plus facilement si le revenu est augmenté, donc dans les populations plus favorisées (24). Une étude descriptive au sein de plusieurs pays européens a montré également que la prévalence du tabagisme en Europe reste très élevée, et que le risque de continuer à fumer pendant la grossesse était trois fois et demi plus élevé chez les femmes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (25).

En France, de nombreuses mesures ont été mises en place pour lutter contre le tabagisme. La Loi Evin du 10 janvier 1991 a favorisé la hausse du prix des cigarettes, introduit le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, et interdit la vente de cigarettes aux mineurs. Le décret du 15 novembre 2006 a étendu l'interdiction de fumer à tous les lieux accueillant du public. Les politiques de santé publique ont également permis de lutter contre le tabagisme, instauré des plans cancer, un plan national de réduction du tabagisme, et le mois sans tabac. Ce dernier a vu sa première édition en octobre 2016. L'objectif de cette intervention était d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours au mois de novembre. Le seuil de 30 jours correspond à une durée après laquelle les symptômes de sevrage tabagique sont considérablement réduits, multipliant par cinq les chances de succès définitif (26).

En 2004 s'est déroulée la première conférence de consensus s'intéressant à la relation entre la grossesse et le tabac (27). Les recommandations concernant la prise en charge des femmes enceintes fumeuses invitent chaque professionnel de santé à promouvoir un arrêt complet du tabac, entreprendre une non-culpabilisation de la femme, établir un bilan préalable avec une anamnèse complète, une mesure du Monoxyde de Carbone expiré, un conseil minimal, ainsi qu'un entretien motivationnel avec la méthode des 5A,

- Ask : demander « fumez-vous ? »
- Advise : conseiller « vous devriez arrêter de fumer »
- Assess : évaluer la préparation à l'arrêt du tabac
- Assist : aider à l'arrêt
- Arrange : suivre la tentative d'arrêt.

De plus, une prise en charge psychologique, comportementale et pharmacologique est fortement recommandée (27).

Il existe différentes interventions permettant une aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes :

- Une prise en charge pharmacologique comprenant :
  - Les traitements de substituts nicotiques (TSN)
  - Le Bupropion
- Une prise en charge psychosociale.

Concernant les outils pharmacologiques : les Traitements de Substituts Nicotiques (TSN) sont un outil thérapeutique de sevrage tabagique, efficace dans la population générale (28). Chez les femmes enceintes, l'efficacité est moins certaine. En 2015, une revue Cochrane a mis en évidence des résultats peu concluants concernant l'efficacité des TSN pour l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ; il existait peu de différences entre les groupes TSN et les groupes placebo (29).

Le bupropion à libération prolongée est un antidépresseur couramment utilisé pour favoriser l'abandon du tabac chez les hommes et les femmes non enceintes. Une étude 2017 a montré des effets bénéfiques de celui-ci durant la grossesse (30). Cependant il est peu utilisé chez les femmes enceintes, en effet les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 déconseillent l'utilisation du bupropion durant la grossesse (27).

Concernant la prise en charge psychosociale : les interventions psychosociales retrouvées dans la littérature (31) sont des stratégies non pharmacologiques utilisant la thérapie cognitive et comportementale afin d'aider les femmes à cesser de fumer ainsi que des conseils, de l'éducation à la santé, des incitations financières, un soutien social de pairs et / ou de partenaires et de la pratique régulière d'exercice physique.

En 2017, une méta analyse visant à déterminer l'efficacité de différentes interventions psychosociales permettant de soutenir les femmes enceintes pour arrêter de fumer a fourni des preuves indiquant que les interventions psychosociales permettaient d'augmenter le nombre de femmes ayant arrêté de fumer en fin de grossesse et réduisaient le nombre de nouveaux nés avec un faible poids de naissance (31).

Au total bien qu'il existe de nombreuses interventions permettant de lutter contre le tabagisme gravidique, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes et le taux de rechute en post partum (6,7) restent élevés . Il semblerait donc que ces interventions manquent d'efficacité ou ne soient pas assez ciblées. La grossesse est considérée comme une fenêtre d'opportunité de changement de comportement pour les femmes, il est donc nécessaire de comprendre ce qui empêche et aide les fumeuses enceintes à cesser de fumer afin de favoriser le succès du sevrage tabagique maternel pendant la grossesse et durant le post partum.

La question de recherche que nous nous sommes posés est donc la suivante : Quels sont les leviers et freins au sevrage tabagique durant la grossesse et le post partum ?

L'objectif principal de ce travail était d'identifier, au travers d'une revue de la littérature, les freins et leviers au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post partum. On entend par levier : une force morale ou un moyen d'action entraînant un changement de comportement positif. Un frein se définit comme un obstacle, au sevrage tabagique. L'identification des leviers et des freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte au moyen d'une revue de la littérature est un prérequis à la rédaction d'un protocole de recherche visant à analyser quels sont ceux rencontrés dans la population de femmes enceintes à Marseille. Une deuxième étape de l'élaboration du protocole était la construction d'un questionnaire à partir de nos résultats.

## MATERIEL ET METHODES

Notre objectif de recherche était d'identifier les leviers et freins au sevrage tabagique durant la grossesse et dans le post-partum par le biais d'une revue de la littérature scientifique. Dans ce but nous avons interrogé la banque de données biomédicales PubMed. Nous avons restreint notre recherche aux études publiées entre 2014 et 2019. Cette recherche a été complétée par une recherche de proche en proche.

Cinq MeSH (Medical Subject Headings) ont composé le thesaurus utilisé : « pregnant women » « smoking cessation » « barriers » « facilitators » « post partum period ».

Trois équations ont été utilisées :

« Smoking cessation » AND « pregnant women » AND « post-partum period » → 128 résultats

« Pregnant women » AND « smoking cessation » AND « barriers » AND « facilitators » → 18 résultats

« Post-partum period » AND « smoking cessation » AND « barriers » AND « facilitators » → 5 résultats

Les Critères d'inclusion étaient :

- Articles traitant le sevrage tabagique chez la femme enceinte et/ou l'accouchée publiés entre 2014 et 2019
- Articles traitant de l'opinion des professionnels de santé et des partenaires sur le sevrage tabagique des femmes enceintes.
- Articles publiés en français ou anglais

Les Critères de non-inclusion étaient :

- Articles dans une autre langue que le français et l'anglais
- Articles ne traitant pas le sevrage tabagique chez la femme enceinte et/ou l'accouchée
- Articles traitant du sevrage tabagique chez les femmes enceintes incluant des pathologies dépressives.

Les articles ont été sélectionnés à l'aide d'une grille tirée du guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2000 (Annexe I). Dans un deuxième temps, une grille de lecture d'analyse des revues de synthèse tirée du même document a été appliquée aux articles présélectionnés (Annexe II), ainsi qu'une grille adaptée d'évaluation de la qualité du CASP (Critical Appraisal Skills Programme) tirée d'une étude portant sur l'analyse de la littérature qualitative (32), (Annexe III).

Au départ, 151 articles ont été obtenus. Dix articles ont été retenus après sélection du titre et lecture du résumé. La recherche de proche en proche a apporté 5 articles supplémentaires. Cette démarche est présentée dans la figure 1.

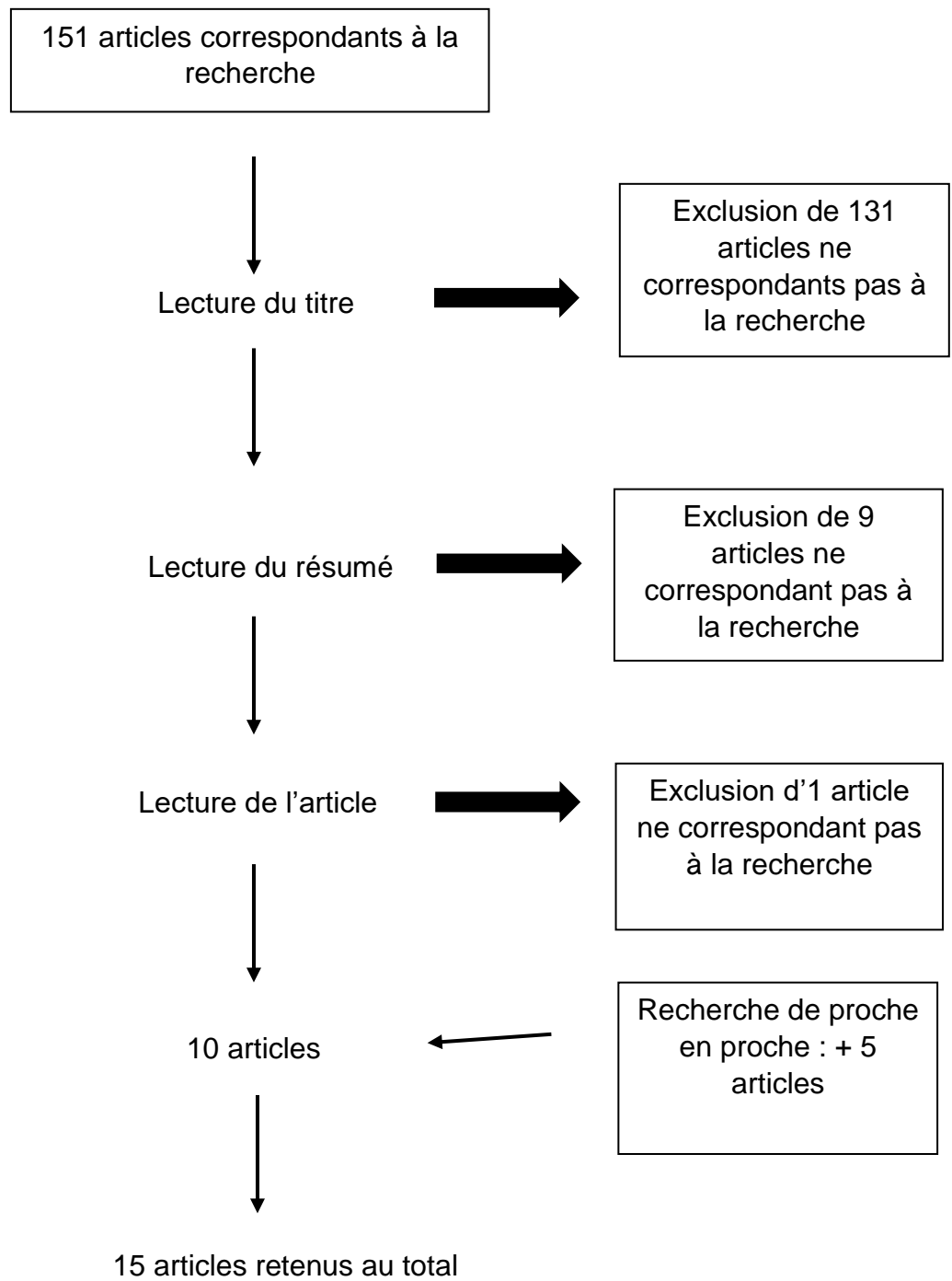


Figure 1 : Diagramme de flux présentant les résultats de la recherche :



## RESULTATS

Notre recherche a donc permis de recueillir 15 articles traitant des freins (F) et leviers (L) au sevrage tabagique chez les femmes durant leur grossesse et dans le post partum sur la période sélectionnée. Nous avons inclus 5 méta-ethnographies. Cinq études qualitatives ont été retenues, ainsi que 2 revues de la littérature. Trois études quantitatives ont été retenues dont une à méthodes mixtes. Deux études possédaient un niveau de preuve 1 (preuve scientifique établie) et une étude possédait un niveau de preuve 4 (faible niveau de preuve scientifique). Trois études se sont intéressées aux points de vue des professionnels de santé. L'inclusion de ces études nous a semblé indispensable car les freins perçus par les professionnels de santé en matière de prise en charge de sevrage tabagique vont avoir un impact sur la réussite du sevrage des femmes. Une étude comportait le point de vue des partenaires. L'ensemble de ces résultats est présenté dans le tableau 1.

L'analyse des différents articles retenus nous permis d'identifier plusieurs thèmes qui sont présentés ci-dessous.

### 1) Freins au sevrage tabagique durant la grossesse et le post-partum.

- **Place du tabagisme dans la vie des femmes :**

De nombreuses femmes rapportent que le fait de fumer permet d'évacuer le stress. Le stress ainsi que les difficultés de la vie constituent donc des obstacles à l'arrêt du tabagisme. Ils ressortent comme la principale raison de rechute après l'accouchement (33–39). Les difficultés de vie sont souvent associées avec le désavantage social. La méta-analyse de Riaz et al. (40) a identifié celui-ci comme un frein important au sevrage tabagique. Flemming et al. 2016, (41) aboutissent également à cette même conclusion. L'étude de Boucher et al. 2016, (35) a identifié comme obstacles majeurs le manque de services de garde d'enfants, le manque de moyens de transport pour pouvoir respecter les rendez-vous.

- **Motivation et dépendance :**

L'étude de Campbell et al., (36) met en évidence que l'obstacle le plus récurrent est le fait que cesser de fumer n'est pas une priorité pour les femmes. Bovill et al., (42) montrent que les femmes enceintes fumeuses sont sceptiques sur la nécessité d'un besoin de soutien pour cesser de fumer. La forte dépendance à la nicotine des femmes enceintes est également un frein important au sevrage tabagique (35,43).

- **Risque de prise de poids :**

Le risque de prise de poids au cours de l'arrêt du tabac est également un frein important pour les femmes enceintes (33,34).

- **Influences sociales :**

Les influences sociales telles que l'entourage familial et particulièrement les partenaires sont ressortis comme des obstacles au sevrage tabagique des femmes, notamment après l'accouchement. Elles augmentent le risque de rechute du post partum pour les femmes (33–39). En 2015, Flemming et al., (44) ont montré que la motivation des partenaires des femmes enceintes pour cesser de fumer et encourager le sevrage de leur femme était nettement diminuée en post partum.

- **Stratégies :**

Dans l'étude de Barnett et al. (37), certaines femmes autochtones et insulaires du détroit de Torres avaient un comportement d'évitement vis-à-vis des campagnes médiatiques anti-tabac, ce qui peut être un obstacle (37). Concernant les approches pharmacologiques, des études, font ressortir de nombreux doutes de la part des femmes enceintes et des professionnels de santé quant à la sécurité des traitements de substitution nicotiques, ainsi que leur efficacité (36,41,42,45).

- **Perception des risques :**

Cinq études ont rapporté qu'il existait un manque de connaissances des femmes concernant les effets néfastes du tabagisme sur la santé du fœtus ou du nouveau-né. Les femmes apparaissent sceptiques vis-à-vis des preuves scientifiques concernant les effets de l'exposition au tabac in utero. Les études rapportent que ce sentiment est accentué par les expériences personnelles dans lesquels les enfants précédents ou ceux de femmes fumeuses de l'entourage sont en bonne santé (33–35,43,46). Dans l'étude de Flemming et al., (34) un des freins au sevrage tabagique des femmes était que l'insuffisance pondérale à la naissance due au tabagisme était perçue comme une motivation par les femmes, car il faciliterait le travail et l'accouchement. Les croyances des femmes concernant le tabagisme favorisent les rechutes du post partum. Les femmes estiment que fumer après l'accouchement est acceptable à condition de protéger l'enfant du tabagisme passif (39).

- **Professionnels de santé :**

Les femmes enceintes rapportent une approche trop superficielle des professionnels de santé concernant l'aide au sevrage tabagique. Les études indiquent que les conseils des professionnels de santé sont perçus comme insuffisants, associés à un manque de cohérence dans les discours. Elles rapportent également un manque d'information concernant les méthodes d'aide au sevrage (33,35–37,37,42,43,46).

Trois études se sont intéressées au point de vue des professionnels de santé concernant les obstacles perçus à la délivrance de conseils sur le sevrage tabagique (41,45,46). Les professionnels de santé ont rapporté le manque de connaissances et de formation, l'absence de protocole, le manque de confiance en leurs compétences dans le domaine du tabagisme, les contraintes de temps, la crainte de culpabiliser la femme ainsi que la peur de nuire à la relation patient/praticien en abordant le thème délicat du sevrage tabagique (41,45,46).

## 2) Leviers au sevrage tabagique durant la grossesse et le post-partum.

- **Place du tabagisme dans la vie des femmes :**

La grossesse est considérée comme un levier pour cesser de fumer car les femmes la considèrent comme une opportunité de changer leur mode de vie (38,39). Vouloir être une bonne mère, ressort dans les études comme une des principales motivations des femmes pour arrêter de fumer (34,37,39). L'arrêt du tabac est également un défi personnel pour les femmes, ce qui les motive davantage (33). Les études de Boucher et al., et Campbell et al., (35,36) ont comme principale conclusion qu'une approche centralisée, tenant compte des facteurs sociaux de la femme serait un levier considérable au sevrage. Boucher et al. (35) mettent également en avant les aides sociales comme étant un levier permettant aux femmes d'être plus disponibles pour leurs rendez-vous.

- **Influences sociales et entourage :**

Les influences sociales telles que l'entourage familial ainsi que les partenaires sont un moteur puissant d'aide au sevrage identifiées dans 11 de nos études. Un partenaire qui ne fume pas et qui encourage la femme enceinte vers un sevrage tabagique est perçu comme une motivation précieuse pour les femmes (33–40,42,43,47). De plus, les femmes sont confrontées à un jugement social lorsqu'elles fument en étant enceinte, ce qui les encourage davantage à cesser de fumer (34). Flemming et al., se sont intéressés à la perception des leviers au

sevrage par les partenaires. Le principal levier identifié était le sevrage de couple perçu comme une motivation pour les deux partenaires (44).

- **Professionnels de santé :**

Les professionnels de santé sont décrits comme un levier majeur dans l'aide au sevrage tabagique. La solidité d'une relation entre patient et professionnel, les informations claires et adéquates, une grossesse bien suivie, sont des leviers pour les femmes et celles-ci sont plus susceptibles de cesser de fumer (34–37,40,42,43,46). Naughton et al. ont également conclu que pour les professionnels eux même, une relation solide avec la patiente facilitait leur prise en charge du sevrage tabagique. Dans l'étude de Passey et al, 62 % des fumeurs actuels et 74 % des ex-fumeurs considéraient le conseil et le soutien de la sage-femme comme un levier au sevrage (47).

- **Stratégies :**

La mesure des biomarqueurs du tabagisme ( mesure du monoxyde de carbone expiré (CO) et cotinine urinaire faciliterait le sevrage tabagique (35,45). Concernant les interventions pharmacologiques, les TSN sont perçus comme des potentiels leviers au sevrage (43,45). L'étude de Passey et al. montre que plus de 50% des fumeurs interrogés pensent que la distribution de traitements de substitution nicotiques gratuits pourrait les aider à arrêter de fumer. Cette même étude mentionne que les récompenses telles que les incitations financières sont perçues comme facilitantes (47).

- **Perception du risque :**

La connaissance des risques du tabagisme pour le fœtus encourageait les femmes enceintes à cesser de fumer (33,34,36–39,43,46). De plus, l'étude de Wen et al. rapporte que les femmes étaient également conscientes des risques pour leur santé ce qui les motivait à vouloir cesser de fumer (33).

Cinq études ont mis en évidence que l'allaitement maternel semblait avoir un effet protecteur sur le maintien de l'abandon du tabac après l'accouchement. (34,38–40,43). Deux études ont en effet soulevé le fait que les brochures et les informations écrites claires sur les effets néfastes des conséquences du tabagisme peuvent aider au sevrage chez les femmes enceintes (38,46). Les approches sur la nutrition, la gestion du stress et les activités physiques facilitent l'arrêt du tabac (33).

**TABLEAU 1** : Articles sélectionnées soumis à la lecture critique : (auteurs, méthodologie, objectifs, conclusions, biais, niveau de preuve et impact factor)

Premier auteur, Nom de la revue, Année de publication	Objectifs	Type d'étude, Méthodologie	Nombre d'études incluses, participants, âge, critères d'inclusion	Conclusions principales	Principaux biais	Impact Factor 2017	Niveau de preuve
Flemming K. et al. Journal of Advanced Nursing 2015 <b>(34)</b>	Explorer les obstacles et les facilitateurs à l'abandon du tabac rencontrés par les femmes pendant la grossesse et le post-partum.	Synthèse d'études qualitatives/ méta-ethnographie.	38 études reportés dans 42 articles (1990 → 2013)  1100 femmes enceintes ou durant le post partum âgées de 15 à 49 ans.	<p><b>Bien être psychologique</b>  <i>F</i>reins : tabac= gestion du stress/ vies difficiles/ détente/ gestion du poids  <i>L</i>ever : Jugement social</p> <p><b>Relations partenaires, famille, amis</b>  <i>F</i> : partenaires &amp; entourage fumeur, fumer = lien sociale  <i>L</i> : sevrage de couple, soutien partenaire et famille</p> <p><b>Professionnels de santé</b>  <i>F</i> : approche superficielle  <i>L</i> : conseil clairs, relation avec le professionnel</p> <p><b>Le changement de lien avec le bébé</b>  <i>L</i> : vouloir être une bonne mère, environnement sans fumée, allaitement maternel.</p> <p><b>Risques du tabac</b>  <i>L</i> : preuves des risques  <i>F</i> : minimisation des risques, expériences personnelles.</p>	Méthodologie peu développée  Etudes sur le tabagisme pendant la grossesse : grande variabilité des participantes et des facteurs extérieurs influençant le tabagisme		

Riaz.M et al.	Identifier les facteurs trouvés dans la littérature de recherche comme étant associés au sevrage tabagique pendant la grossesse	Méta-analyse	55 études (40 études Observationnelles et 15 ECR)	<b>Principaux prédicteurs significatifs de sevrage : (OR, IC à 95%)</b>	Majorité des études observationnelles, taille d'échantillon variable et faiblesse de puissance.	6.048
Addiction			505 584 femmes ayant fumé avant la grossesse	Niveau supérieur d'éducation maternelle Mariage avec un partenaire ou marié, soutiens du partenaire Exposition plus faible au tabagisme passif (partenaire / autre) Allaitement maternel planifié Primiparité Soins prénatals adéquats, grossesse suivie	Les études n'indiquaient pas si tous les participants avaient tenté de cesser de fumer ou si seuls certains l'avaient fait.	I
Kuang-Yi Wen et al.	Identifier les obstacles et les facilitateurs qui empêchent la rechute après l'accouchement et maintiennent l'abstinence du tabagisme parmi une population sous-desservie sur le plan socioéconomique.	Etude qualitative	Participantés (n=30) : Groupe ethnique de femmes faible revenu (12 Afro-Américaines, 11 Caucasiennes et 6 Hispaniques)	<i>Obstacles</i> : connaissances du risque erronées, incompréhension du risque de fumée secondaire, manque de confiance en soi, stress et difficultés financières, partenaires, entourage, peur de prise de poids  <i>Leviers</i> : santé des mères et de l'enfant, défi personnel, activités physiques, relaxation, partenaires, entourage avec soutien positif, fixations orales alternatives (chewing gum),	Bais de sélection : individus auto-sélectionnés.  Absence de mesure de période de tentative d'abstinence Pas de distinction fumeurs actuel ou sevrés.	1.479
Health Educ Res.						
2015						
(33)						



<p>Barnett et al. Women and birth 2018 <b>(37)</b></p>	<p>Identifier ce que les femmes enceintes perçoivent comme des obstacles et des facilitateurs pour cesser de fumer pendant la grossesse</p>	<p>Synthèse d'études qualitatives/ umbrella review Méthodologie de l'Institut Johanna Briggs</p>	<p>2 revues systématiques qualitatives incluses</p>	<p><i>Obstacles</i> : Fumer est un mode de vie, les informations seules ne suffisent pas, résistances aux conseils.  <i>Leviers</i> : réduire les dommages, être protecteur. Modèle comme mère et pour la famille  <i>Modulateurs leviers et freins</i> : Bien être psychologique. Rôle partenaire/ soutiens ou non au sevrage. Relations entourage. Risques liés au tabac. Rôle des professionnels de santé. Soutiens entourage.</p>	<p>Seulement deux articles de revue systématique inclus.  <b>1.822</b></p>
<p>Campbell et al. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018 <b>(36)</b></p>	<p>Identifier les BCT (behavioral changes techniques) présentant des preuves d'efficacité et les relier à des leviers et obstacles importants connus empêchant les femmes de cesser de fumer pendant la grossesse.</p>	<p>Méthodes mixtes Groupe nominal + Revue systématique d'essais contrôlés randomisés.</p>	<p>Groupe nominal : 28 experts identifiant des freins et leviers. Revue : 14 ECR jugés efficaces</p>	<p><i>Obstacles</i> : sous-estimation du risque, méconnaissance sur l'utilisation de TSN, conviction que stress lié au sevrage pire pour l'enfant que cesser de fumer, manque de confiance, sevrage pas une priorité, peu d'évaluation de dépendance, stress, influences sociales  <i>Leviers</i> : informations cohérentes des professionnels, protection fœtus, influences sociales positives  <b>(BCTs) potentiellement efficaces identifiés</b> : surveillance monoxyde de carbone, informations sur conséquences tabagisme sur santé, planification d'actions, support pharmacologique, réduction des émotions négatives.</p>	<p>Petit échantillon du groupe d'expert ; Identification des BCT limité  <b>I</b></p>

<p>Notley et al. Addictions 2015 <b>(39)</b></p>	<p>Identifier les leviers signalés par les patients et les obstacles au maintien de l'abstinence durant le post partum.</p>	<p>Revue de la littérature d'études qualitatives</p>	<p>22 articles incluant 16 études Points de vue de 1031 femmes en post-partum.</p>	<p>Obstacles : croyances relatives à la réduction des méfaits, stress, isolement, fatigue, entourage qui fume, partenaire fumeur.  Leviers : motivation, grossesse = opportunité, allaitement, protection de la fumée secondaire, rôle de mère, soutien amis et partenaire</p>	<p>Etudes incluses uniquement américaines ou canadiennes.  Manque d'outils pour évaluer la critique d'études qualitatives.</p>	<p>6.048</p>
<p>M. Bovill et al. Women and birth 2018 <b>(42)</b></p>	<p>Identifier les obstacles à l'acceptation d'un soutien pour cesser de fumer pendant la grossesse.</p>	<p>Etude qualitative/entretiens oraux.</p>	<p>(N=20) Critères d'inclusions : Recrutement sur questionnaire, &gt; 16 ans, femmes enceintes ou qui venaient d'accoucher, antécédents de tabagisme.  Chèques cadeaux de 20 dollars pour participation à l'étude</p>	<p>Obstacles à l'acceptation d'un soutien : -ambivalence face à un besoin de soutien  -conseils des professionnels de santé (incohérence des conseils/ soutiens fragmenté)  - la réduction de l'usage du tabac (peu de conseil d'arrêt, juste de réduction)  -Attitudes à l'égard de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) (Manque d'informations et d'explications sur utilisation)</p>	<p>Diversité des femmes autochtones, résultats difficilement généralisables à d'autres régions</p>	<p>1.822</p>
<p>Leviers : soutien accru des professionnels, soutiens communautaire/ entourage.</p>						

Passey et al.	Évaluer le soutien de 12 stratégies potentielles de sevrage tabagique chez les femmes autochtones australiennes enceintes et leurs professionnels de santé (PS).	Etude transversale	Femmes enceintes n=264 Fumeurs actuels n = 121 / ex-fumeurs n = 55 Professionnels de santé n=127	Leviers potentiels femmes : Récompenses : 83% des ex-fumeurs et 63% des fumeurs actuels, 56% PS Soutien familial : 64% fumeurs et 74% ex-fumeurs, 91% PS Conseil et soutien de la sage-femme : fumeurs actuels 62% et ex-fumeurs 74%, 86% PS TRN gratuite 56% fumeurs / 62% ex-fumeurs / 74% PS Programmes de gestion du stress : 49% fumeurs / 70% ex-fumeurs / 73% PS	Echantillonnage faible Enquête transversale = difficultés d'extraire les raisons des adhérences ou opposition.	1.821 IV
Maternal and Child Health Journal 2014 <b>(47)</b>						
Boucher et al.	Identifier les déterminants de la santé qui influent sur la probabilité d'arrêter de fumer pendant la grossesse	Revue de la littérature/ résumé de publications	Non renseigné	Leviers : soutiens partenaire, aide sociale, validation biochimique du tabagisme, service de santé centré sur lutte anti-tabac. Obstacles : statut socioéconomique faible, forte dépendance à la nicotine chez les FE, manque de services de garde d'enfants, le manque de moyens de transport, barrières psychosociales, insuffisance des fonds alloués aux activités de lutte antitabac, manque de connaissances, stress, entourage fumeur, manque d'informations des professionnels de santé.	Non renseigné	2.145
International Journal of Environmenta l Research and Public Health 2016 <b>(35)</b>						

Constantine NA et al.	Comprendre les expériences et les processus d'abandon du tabac, d'entretien et de <u>rechute</u> chez les adolescentes enceintes et dans le post-partum.	Etude qualitative, entretiens semi-structurés	N=52	<p><u>Critères d'inclusion</u> : 5 et 19 ans, avaient fumé au moins 10 cigarettes au cours des 3 mois précédant la découverte de la grossesse ; abstinance pendant au moins 30 jours consécutifs pendant la grossesse</p>	<p><b>Leviers :</b> Connaissances des effets néfastes pour le fœtus, médias, brochures, allaitement, grossesse = opportunité de changer de mode de vie, soutien entourage.</p> <p><b>Freins :</b> stress, influences sociales (entourage fumeurs, perte de soutiens après l'accouchement)</p>	Période d'inclusion des adolescentes longue  Résultats difficilement généralisables.  Population ayant cessé de fumer au moins 30j pendant grossesse	4.098
<b>(38)</b>							
Morgan et al.	Comprendre les expériences des femmes concernant les obstacles et les facilitateurs de l'abandon du tabac.	Revue de littérature	3 revues incluses	Populations : femmes enceintes ou post-partum jusqu'à 6 mois/ membres de la famille/ professionnels.	<p><b>Obstacles :</b> Centralité du tabagisme dans la vie des femmes, dépendance élevé, croyances ambivalentes sur les effets néfastes du tabagisme sur la santé, renforcée par des expériences personnelles, familiales ou de réseau. Perception négative du conseil des prestataires de soins et informations insatisfaisantes ou incohérentes. Faible niveau de confiance du personnel dans leurs compétences et les contraintes de temps.</p> <p><b>Leviers :</b> Allaitement maternel, connaissances des risques pour l'enfant à venir, entourage encourageant le sevrage, conseillers spécialisés tabagisme, relation solide patient/ professionnels, TSN (patches)</p>	Pas d'évaluation de qualité des études retenues dans cette étude	<b>4.513</b>
Health Technol Assess.		<p><i>Chapitre 4 :</i> <i>Examen des obstacles et des facilitateurs rencontrés par les femmes pour cesser de fumer pendant la grossesse et l'allaitement</i></p>					
2015							
<b>(43)</b>							

Colomar.M et Al	Comprendre les facteurs influant sur la fourniture de conseils en matière de sevrage tabagique pendant la grossesse en Argentine et en Uruguay.	Etude qualitative	Groupes de discussion et entretiens semi-structurés	<b>Professionnels de santé :</b> <i>Obstacles :</i> manque de connaissances et formations, manque de temps, peur de nuire à la relation patient-professionnel, pas une priorité de politique actuelle.  <i>Leviers :</i> volonté de changer de comportement, utilisation de la salle d'attente pour informer, protocoles, brochures écrites.	Echantillonnage de commodité = étude peu généralisable à une autre population que celle-ci.	1.821
Matern Child Health J 2015 (46)			<i>Population interrogée :</i> Directeurs de cliniques prénatales et professionnels de santé (n=52) + fumeuses enceintes (n=24).	<b>Fumeuses enceintes :</b> <i>Obstacles :</i> ignorance et sous-estimation des risques, sous-estimation de la difficulté du sevrage tabagique, pas de soutien des professionnels.  <i>Leviers :</i> relation solide professionnel/patient, supports pédagogiques sur sevrage, informations effets nefastes.	Conclusions reposent sur des opinions et des perceptions plutôt que sur l'observation des prestataires réels dans la pratique.	
Naughton F et Al.	Explorer et comprendre les obstacles et les facilitateurs à la fourniture d'un soutien aux fumeuses pendant la période post-partum ainsi que pendant la période prénatale.	Etude qualitative	<i>Participants : (n=48)</i> Professionnels de santé jouant un rôle important dans la fourniture de soins ou d'aide au sevrage tabagique aux femmes pendant la grossesse	<i>Leviers :</i> surveillance Monoxyde de Carbone = outil motivation, TSN en premier recours, relation avec patientes, soutiens organisationnels des services.  <i>Freins :</i> TSN : doute sur sécurité. Manque de formation adéquate, peur de dégradation de relation patient/praticien, manque de temps, sentiment de sous qualification.	Echantillon = expérience limitée dans le domaine d'aide au sevrage.	2.706
Br J Health Psychol. 2018 (45)						

<p>Flemming K. et al. BMC Public Health 2016 <b>(41)</b></p>	<p>Explorer les obstacles et les facilitateurs empêchant le sevrage tabagique pendant la grossesse et après la naissance du point de vue des professionnels de la santé.</p>	<p>Synthèse d'études qualitatives/ méta-ethnographie.</p>	<p>8 études rapportées dans 9 articles. N= 190 professionnels de santé</p>	<p><b>Leviers :</b> Compréhension des risques, inclure les partenaires dans le soutien, éducation, formation, politiques de pratiques et de procédures centralisées. Approches positives/ non moralisatrices  Obstacles : manque de connaissances et compétences des professionnels de santé. Manque de temps. TSN : conseils incohérents/absence de leadership clinique. Peur de nuire à la relation. Manque d'accès aux cliniques et gardes d'enfants. Association tabagisme maternel et le désavantage social</p>	<p>Petit nombre d'études, Méthodes de recherche qualitatives en cours de perfectionnement.</p>	<p><b>2.42</b></p>
<p>Flemming K et al. BMC public health 2015 <b>(44)</b></p>	<p>Explorer les obstacles et les facteurs facilitant l'arrêt du tabac rencontrés par les partenaires pendant la grossesse et après la naissance.</p>	<p>Meta-ethnographie</p>	<p>9 études rapportées dans 14 articles</p>	<p><b>Freins :</b> Place du tabagisme dans la vie domestique et professionnelle = source de stress. Scepticisme quant aux conseils officiels contredits par leur expérience de bébés en bonne santé nés de fumeurs et de familles fumeurs. Motivation réduite à cesser de fumer après l'accouchement  <b>Leviers :</b> être un bon père et un partenaire de soutien, servage de couple.</p>	<p>Petit nombre d'études Méthode de synthèses qualitatives encore en cours de perfectionnement.</p>	<p><b>2.42</b></p>

## **ANALYSE & DISCUSSION**

L'objectif principal de notre travail était d'identifier, à travers la littérature les leviers et freins au sevrage tabagique chez les femmes enceintes et dans le post-partum. Les articles étudiés nous ont aidés à comprendre ce qui influence de manière positive ou négative le sevrage tabagique des femmes.

Nos résultats montrent qu'il existe un grand nombre d'obstacles auxquels les femmes sont confrontées dans leur vie quotidienne tels que : un entourage qui fume ou un partenaire fumeur, le tabagisme comme solution pour faire face au stress, les difficultés quotidiennes, un manque de soutien et d'informations de la part des professionnels de santé, des connaissances erronées concernant le tabagisme et les risques pour le fœtus et l'enfant à venir, une dépendance importante à la nicotine sous-évaluée.

A l'inverse il existe un certain nombre de leviers sur lesquels il faut se pencher afin d'améliorer le sevrage tabagique des femmes. Les facteurs favorisant la motivation et la réussite des femmes dans leur sevrage tabagique sont : un soutien du partenaire et de l'entourage, des conseils cohérents de la part des professionnels de santé ainsi qu'une relation solide avec celui-ci et des informations écrites quant aux risques du tabagisme actif et passif sur l'enfant. L'allaitement maternel et la grossesse sont une opportunité et forte motivation des mères à changer de mode de vie.

### **A) FORCES ET LIMITES**

Quelques biais ont été relevés au sein de notre travail. Premièrement, un biais linguistique peut être mentionné car seuls des articles en français et en anglais ont pu être sélectionnés pour cette revue.

Nous ne pouvons pas éliminer un biais de sélection ayant pu restreindre l'exhaustivité de l'étude introduit par l'interrogation de PubMed comme seule base de données. Cependant, la sélection des articles a été affûtée par une

recherche de proche en proche. Nous avons exclu les études incluant l'abus de substances multiples chez les femmes enceintes. Nous avons considéré qu'elles ne relevaient pas de notre examen actuel.

Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées au cours de ce travail de recherche, notamment la maîtrise de la langue anglaise. De plus, la majorité des études incluses dans ce travail sont qualitatives. Ceci introduit une difficulté concernant leur évaluation critique. Pour pallier cette difficulté nous nous sommes appuyés sur une version adaptée par Atkins et al. (32) de l'outil d'évaluation de la qualité du CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (Annexe II). Le fait que ces études sont généralement à petits effectifs et basées sur des échantillons locaux constitue une limite à notre travail.

En revanche, les études qualitatives ainsi que les méta-ethnographies d'études qualitatives sont une ressource précieuse pour notre sujet, mettant en avant la manière dont les freins et leviers sont perçus et vécus par les femmes elles-mêmes. Elles prennent en compte les raisons pour lesquelles les femmes continuent de fumer malgré les stratégies actuelles mises en œuvre ce qui est une force étant donné que des études purement quantitatives n'expliquent pas forcément les raisons de l'échec de résultats. Notre revue comprend donc des revues d'études qualitatives ainsi que des méta-analyses et études quantitatives.

## B) DISCUSSION

### ○ **Leviers et Freins**

Notre travail a révélé que les femmes et les professionnels de santé sont en faveur de l'utilisation de TSN pour cesser de fumer, mais qu'il existe un grand manque de connaissance vis-à-vis de leur fonctionnement et leur sécurité d'utilisation pendant la grossesse (36,41,42,45,46). Concernant les études sur leur efficacité, une revue Cochrane n'a pas montré de preuves concluantes quant à l'efficacité des TSN chez les femmes enceintes (29). En revanche, un essai contrôlé randomisé a permis de conclure que l'association d'un TSN et d'une thérapie cognitive et comportementale était plus efficace que les TSN seuls (48).



Certaines femmes à niveau socioéconomique faible, présentent des difficultés pour se rendre à leurs rendez-vous, ainsi que des difficultés de gardes d'enfants ; ce qui constitue un obstacle majeur à l'aide au sevrage tabagique. Les solutions envisageables peuvent inclure les programmes de soutien par messagerie texte ou par téléphone. En effet, plusieurs études récentes font ressortir des résultats positifs sur l'utilisation de ces programmes qui seraient même durables dans le post partum (49–51). Il s'agirait d'une stratégie intéressante d'autant plus que l'utilisation du téléphone portable est aujourd'hui très répandue.

Dans la même ligne, les femmes enceintes perçoivent le tabagisme comme un moyen de répondre au stress et de faire face aux difficultés de la vie quotidienne (33–39). L'état d'anxiété d'une femme ainsi que l'altération de son bien-être sont donc des freins au sevrage tabagique. Ces résultats soulignent l'importance de l'accompagnement psychologique. Prenant en compte les obstacles comme le stress et l'anxiété, des études se sont penchées sur l'efficacité d'un traitement de régulation des émotions associé à une thérapie cognitivo-comportementale pour cesser de fumer et s'avèrent acceptables par les femmes enceintes et potentiellement efficaces (52). En revanche, dans l'étude de Passey et al. (47) moins de 50 % des fumeurs considéraient que les programmes de gestion du stress soient utiles, mais 70% des ex fumeuses et des professionnels de santé encourageait ces approches.

Les femmes enceintes déclarent que la poursuite du tabagisme aide au contrôle du poids, de ce fait, la préoccupation de leurs apparences est également un obstacle (33,34). Chamberlain et al. (31), ont prouvé que les interventions psychosociales incluant l'activité physique permettent de favoriser le sevrage tabagique. Nous avons également vu à travers de nos résultats que l'activité physique et les approches de gestion de stress faisaient partie des leviers rapportés par les femmes enceintes (33,36,47). D'autant plus que l'activité physique demeure indiquée pour des effets bénéfiques sur la santé pendant la grossesse (53). La prise de poids étant un frein pour les FE, Il faudrait donc mettre en place auprès des femmes enceintes des stratégies de gestion des

fringales et des conseils sur l'alimentation avec en fonction de leurs besoins, un suivi diététique associé.

Le manque de connaissances concernant les effets néfastes du tabagisme sur la santé du fœtus ou du nouveau-né fait partie des freins régulièrement retrouvés chez les femmes enceintes (33–35,37,43,46). Elles sont demandeuses pour la plupart de brochures et informations écrites sur les effets néfastes du tabagisme, ce qui semble les motiver à cesser de fumer (38,46). Ces résultats reflètent l'existence de lacunes en matière de prise en charge du sevrage tabagique par les professionnels de santé. Ainsi, une étude faite auprès de sages-femmes aux Pays-Bas, rapporte que plus de la moitié d'entre elles discuteraient plus souvent du sevrage tabagique avec leurs patients si des brochures gratuites étaient disponibles (54).

L'entourage a une grande influence sur le tabagisme des femmes, surtout le partenaire. Il peut être un levier considérable au sevrage, mais également un puissant frein. Une femme qui se sent soutenue par son partenaire va être plus motivée à cesser de fumer (33,34,37,41,47). Il est donc important d'inclure le partenaire lors des tentatives de sevrage.

L'allaitement maternel faciliterait le sevrage tabagique chez les femmes enceintes (34,38–40,43). Lauria et al., ont conclu que l'allaitement prolongé réduirait le risque de rechute de tabagisme de façon persistante dans le temps (55). Ce résultat souligne un peu plus la nécessité d'accompagner les femmes dans leur projet et la conduite de l'allaitement. Les récompenses semblent également prometteuses pour motiver les femmes à cesser de fumer (47). Des études s'intéressant aux incitations financières pour cesser de fumer ont montré des résultats positifs concernant leur efficacité (31,56).

Les professionnels de santé sont un modulateur puissant de levier ou de frein au sevrage pour les femmes. La majorité des études montrent que leur approche est perçue par les femmes comme superficielle et incohérente (34,35,37,42,43). Ces résultats se rapprochent de l'enquête faite par le Baromètre Santé 2017 (7).

A l'annonce de leur grossesse, 20,9 % (IC 16,4 %-26,3 %) des femmes multipares fumeuses déclaraient avoir reçu le conseil d'arrêter totalement de fumer de la part du médecin ou de la sage-femme les ayant suivies lors de leur dernière grossesse. Alors que 53,4 % (IC 47,1 %-59,5%) recevaient le conseil de diminuer leur consommation. De façon importante et même inquiétante 25,7 % (IC 20,7 %-31,5 %) déclaraient n'avoir reçu aucun conseil particulier. Il est alarmant de constater qu'une aide au sevrage tabagique n'est pas systématiquement proposée sachant qu'il existe en France un réseau de professionnels formés tels que des addictologues ou encore des Sage femmes tabacologues, et un grand nombre de Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Dans l'étude de Flemming & Al, les professionnels de santé se sentaient limités dans leur capacité à traiter des facteurs sociaux tels que la pauvreté, le tabagisme chez les partenaires et les familles et le manque de soutien social associé au tabagisme pendant la grossesse. Il est difficile de changer leur contexte environnemental et social, mais il est important que les professionnels prennent en compte les défis auxquels ces femmes sont confrontées et les aident à développer la motivation et les compétences nécessaires pour associer les prises en charges à un sevrage efficace.

Parmi les études interrogeant les professionnels de santé sur ce qu'ils perçoivent comme leviers et obstacles au sevrage tabagique des femmes, la plupart n'avaient aucune formation sur les conseils à donner, manquaient de temps, manquaient de confiance en eux, et avaient peur de nuire à la relation avec les patientes en abordant ce sujet (41,45,46). Le manque de connaissances et de confiance en soi pour conseiller sur le tabagisme pendant la grossesse est un problème récurrent identifié. Il n'est donc pas étonnant que le sevrage tabagique chez la femme enceinte soit un domaine complexe. Le professionnel de santé se doit d'être en mesure de fournir des informations adéquates en connaissance de cause, ou d'orienter la patiente vers un professionnel spécialisé dans le domaine de l'addictologie. En revanche, nous avons pu identifier comme leviers : la présence de protocoles et de travail en réseau, les formations existantes pour les professionnels dans le domaine de l'addictologie, les outils de dépistage disponibles ainsi que la solidité d'un suivi avec un même patient.

Les professionnels de santé ont évoqué le fait que la mesure du CO expiré peut permettre aux femmes de se rendre compte de l'efficacité du sevrage et les motiverait à poursuivre leur sevrage tabagique. Sloan et al., ont ainsi montré que la mesure systématique du CO expiré utilisés au moment des échographies prénatales sont bien acceptées et motivent d'avantage les patients à cesser de fumer (57). Certains professionnels utilisent déjà la mesure du monoxyde de carbone au cours des consultations, mais ils sont minoritaires.

À l'issue de ce travail et des leviers identifiés, plusieurs pistes peuvent être envisagées afin d'aider les femmes enceintes à cesser de fumer et prévenir les rechutes du post partum. Nous avons donc choisi de distinguer les potentielles pistes d'amélioration pour les professionnels ainsi que pour les femmes enceintes.

- **Perspectives**

***Professionnels de santé :***

Il est important de proposer des solutions aux professionnels de santé. En effet, ils sont un soutien de première ligne lors des tentatives de sevrage tabagique en cours de grossesse. Il faut :

- Encourager les PS à se former en tabacologie et en éducation thérapeutique. Une meilleure connaissance des techniques d'entretien motivationnel permettrait d'aborder plus efficacement le sujet avec d'avantage de conseils donnés aux femmes.
- Orienter les professionnels vers le Groupe d'Etude Grossesse et Addiction (GEGA) qui est un groupe pluriprofessionnel de recherche sur la prise en charge des femmes enceintes abusant de substances psychoactives.

- Envisager l'instauration d'un bilan tabagique lors de la consultation post-natale.
- Discuter de la rédaction de protocoles permettant d'avoir une prise en charge globale, une meilleure orientation des patientes et une collaboration entre professionnels.
- Mettre en place un dépistage systématique à l'aide de mesure de CO expiré lors d'une consultation de grossesse. Il est possible d'envisager de proposer aux femmes de faire souffler leurs enfants dans le test au monoxyde de carbone afin qu'elles puissent voir de manière concrète et comprendre l'impact du tabagisme passif.
- Soutenir les campagnes de prévention telles que la mise en place du mois sans tabac. En effet, l'enquête du baromètre santé 2017, a révélé des chiffres encourageant au sein de la population générale sur la prévalence des tentatives d'arrêt en relation avec la mise en place du mois sans tabac (26).

***Femmes enceintes :***

Concernant les pistes d'améliorations pour les femmes enceintes, Il est envisageable de :

- Développer l'information des femmes enceintes (FE) sur les conséquences néfastes du tabagisme pour elles et leur enfant via des documents écrits de manière simple et clairs pour elles.

- Encourager à utiliser les applications mobiles telles que « l'ecoaching » proposé sur le site tabac info service qui est une application gratuite permettant aux fumeurs de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et adapté lors d'une tentative de sevrage.
  
- Améliorer l'information concernant la sécurité des TSN durant la grossesse et l'allaitement.
  
- Encourager la prise en charge du partenaire et/ou du couple. On peut proposer aux femmes qui envisagent de cesser de fumer d'inclure leur partenaire lors des consultations afin d'orienter le couple vers un parcours commun de sevrage tabagique.
  
- Renforcer les études concernant les bénéfices et la sécurité de la cigarette électronique. En effet, une étude a fait ressortir que 53% des FE qui fumaient déclaraient avoir déjà essayé la cigarette électronique (58). Dans l'étude de Wagner et al. (2017), les femmes considéraient que les cigarettes électroniques étaient plus sûres que les cigarettes de tabac et ces opinions pouvaient être influencées par l'exposition aux publicités sur les cigarettes électroniques (59). Il pourrait donc s'agir d'une nouvelle stratégie potentielle de sevrage tabagique chez les femmes enceintes. Une revue Cochrane a mis en évidence que la cigarette électronique pourrait aider les fumeurs à cesser de fumer dans la population générale (60). Cependant, sa sécurité et son efficacité en tant qu'outil d'abandon du tabac pendant la grossesse sont inconnues. Les femmes enceintes sont demandeuses d'informations plus cohérentes au sujet de la cigarette électronique aux professionnels de la santé (61). Mais sa sécurité à long terme reste inconnue (60).

L'intérêt d'identifier ces freins et leviers au sevrage tabagique chez les FE est donc important afin de pouvoir adapter une prise en charge prenant en compte

les facteurs individuels et environnementaux des femmes. Il est important de proposer une prise en charge pluridisciplinaire autour du sevrage tabagique. Un travail en réseau de professionnels (sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, addictologues, psychologues, assistantes sociales, diététiciens, sophrologues etc...) permettrait un suivi plus efficace.

- **Proposition de questionnaire :**

Nous nous sommes interrogés sur l'objectif principal qui pourrait être évalué dans un protocole de recherche. En premier lieu nous proposons d'élaborer un questionnaire à partir des leviers et freins identifiés dans la littérature en vue d'une étude future réalisable sur la population des femmes enceintes à Marseille. Ce questionnaire serait distribué en maternité, aux femmes enceintes ayant fumé durant leur grossesse ou fumeuses actuelles.

Le lieu de cette étude nous semble pertinent suite aux résultats du Baromètre Santé 2017 soulignant de fortes disparités concernant la prévalence du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans en France métropolitaine en 2017. La région Paca est en effet la région avec la plus forte prévalence soit 32.1%, incluant les femmes enceintes (3). D'autre part, une étude menée en 2018 sur l'Hôpital de la Conception à Marseille a montré que sur 543 femmes hospitalisées à la maternité de la Conception, 26.5 % déclaraient fumer du tabac pendant leur grossesse (62). Identifier les leviers et les freins d'arrêt du tabac sur la population de femmes enceinte à Marseille permettrait par la suite de promouvoir des mesures plus efficaces de sevrage tabagique.

Pour la construction de ce questionnaire, nous nous sommes appuyés sur les freins et leviers retrouvés dans la littérature ainsi que sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé ( HAS) de 2014 concernant l'arrêt de la consommation de tabac (63). Le questionnaire est présenté en Annexe VII.

Le questionnaire doit donc comporter comme item :

- **Les Critères sociodémographiques** : âge, niveau d'étude, profession, situation conjugale.
- **Une évaluation de la précarité des patientes par le score EPICES** (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examen et de santé). En effet, d'après nos résultats, le désavantage social était un frein au sevrage tabagique pour les femmes enceintes (40,41). Il est donc pertinent d'identifier les populations à risques. Ce score est calculé à partir de 11 questions binaires, la réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Un score supérieur ou égal à 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES. (Annexe VI)
- **Les antécédents médicaux** : comportant la parité, les antécédents obstétricaux, les antécédents de troubles psychiatriques (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, troubles anxieux), les co-addictions.
- **Une évaluation de l'histoire du tabagisme** : avec une question recherchant un des principal modulateurs levier/frein retrouvé dans notre travail précédemment : les personnes tabagiques dans l'environnement des patientes, et notamment, si leur conjoint était fumeur et s'il avait tenté un sevrage durant la grossesse. Les raisons d'échec au sevrage ou freins sont également demandé tels que (peur de prise de poids, peur d'être énervé, manque de soutiens etc...). L'évaluation de l'histoire du tabagisme permettra de voir si l'ancienneté du tabagisme est un frein important au sevrage.
- **Le test HSI (Heaviness of Smoking Index)** est un test simplifié du test de Fagerström (64). Il évalue la dépendance à la nicotine et se compose de deux questions comportant : le délai entre le réveil et la première



cigarette et le nombre de cigarette par jour. Un score élevé définit une forte dépendance à la nicotine.

- **Le test de Richmond** : évaluant le degré de motivation des patientes pour cesser de fumer. Un score  $\geq 8$  = Bonne motivation. Un score  $\leq 5$  = Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage. (Annexe V)
- **Le Suivi de la grossesse** : grossesse désirée ou non, complications, professionnels de santé ayant suivi la grossesse (médecin généraliste, gynécologue et / ou sage-femme).
- **La prise en charge du sevrage tabagique** : Informations reçues concernant les risques du tabagisme en cours de grossesse, les éventuelles aides techniques telles que les applications mobiles d'aides au sevrage, la plateforme tabac-info-service, les consultations de tabacologie. La recommandation du sevrage par les professionnels de santé est également demandée ainsi que l'éventuelle mesure du Monoxyde de Carbone expiré. Nous avons également recherché par quel professionnel de santé leur sevrage avait été suivi. Une partie concerne les TSN, le suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale et le recours à des méthodes alternatives d'aide au sevrage, telles que l'acupuncture, l'hypnose ou la cigarette électronique. Une question sur l'allaitement est également demandée.

## CONCLUSION

Notre étude avait pour but d'identifier les obstacles et leviers au sevrage tabagique chez les femmes enceintes et dans le post partum. L'identification de ces freins et leviers permet de mieux comprendre pourquoi les femmes enceintes sont encore nombreuses à fumer durant leur grossesse ou à rechuter en post partum malgré les interventions existantes. Il est donc indispensable de tenir compte de ces déterminants lors de la mise en œuvre de stratégies de sevrage tabagique. Les femmes doivent se sentir soutenues dans leur démarche et encadrées. C'est pourquoi, les professionnels de santé tels que les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et médecins généralistes, qui ont un contact régulier avec les patientes enceintes fumeuses sont dans une position privilégiée pour aborder le tabagisme, motiver et encourager un arrêt du tabac pendant et après la grossesse. Il ne faut pas négliger les interventions actuelles comme les traitements de substitutions nicotiques, ou encore la thérapie cognitivo-comportementale. Il est également important d'étudier d'autres nouvelles stratégies potentielles telles que les incitations financières, les technologies mobiles et la cigarette électronique mais des preuves supplémentaires sont nécessaires afin de certifier leur efficacité et leur sécurité. Le tabagisme est un problème de santé publique majeur qu'il faut considérer comme une potentielle pathologie obstétricale et le combattre par une prise en charge pluridisciplinaire.

Enfin, ces stratégies doivent être mises en place le plus tôt possible, bien avant la grossesse. Le sevrage tabagique ne s'applique pas qu'aux femmes enceintes, il faut également cibler les jeunes filles, car ce sont les femmes enceintes de demain. On a pu observer une amélioration de la prévalence du tabagisme en France chez les jeunes filles âgées de 18 à 24 ans avec 40 % en 2010 contre 29 % en 2017, ces résultats sont encourageants, mais restent encore élevés (3). Des actions de prévention vis-à-vis des conséquences du tabagisme seraient potentiellement sensibilisantes pour les jeunes filles.

## **GLOSSAIRE**

**INPES** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**CO** : Monoxyde de Carbone

**HbCO** : carboxyhémoglobine

**TSN** : traitements du substitution nicotiniques

**TCC** : thérapie cognitive et comportementale

**PS** : professionnels de santé

**FE** : femmes enceintes

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

## BIBLIOGRAPHIE

1. Josseran L. Le tabagisme en France : quelle est la situation ? Rev Pneumol Clin. 1 juin 2018;74(3):124-32.
2. Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Smoking-attributable mortality in France. Latest estimates and trend, 2000-2013. Bull Epidemiol Hebd. 6 oct 2016;2016:528-40.
3. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard J, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd SPF [Internet]. 15 févr 2018; Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html)
4. Underner M, Pourrat O, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. Sevrage tabagique au cours de la grossesse. 23 nov 2017 [cité 7 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1180176/resultatrecherche/13>
5. Bertrand M-L, Vegezzi M-P, Ecoe R, Dietsch J. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin ? - Tabac et grossesse : rôle des gynécologues obstétriciens et de l'équipe obstétricale. 10 avr 2008 [cité 8 déc 2017];
6. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. INSERM; 2017 oct.
7. Andler R, Corgordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Pasquereau A, et al. BAROMÈTRE SANTÉ 2017 ALCOOL ET TABAC Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. INPES; 2017.
8. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. Actual Pharm. 1 nov 2016;55(560):22-5.
9. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guibert J. Tabac, fertilité et grossesse. 9 mars 2007 [cité 19 janv 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/59459/resultatrecherche/1>
10. Pereira PP da S, Da Mata FAF, Figueiredo ACG, de Andrade KRC, Pereira MG. Maternal Active Smoking During Pregnancy and Low Birth Weight in the Americas: A Systematic Review and Meta-analysis. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. 1 mai 2017;19(5):497-505.
11. Moore E, Blatt K, Chen A, Van Hook J, Defranco EA. Relationship of trimester specific smoking patterns and risk of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. juill 2016;215(1):109.e1-109.e6.
12. Heilbronner C. Quelles sont les conséquences à court, moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse ? J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 avr 2005;34:390-446.

13. 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.* 1 avr 2005;34:135-45.
14. Marpeau L. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? - Tabagisme et complications gravidiques. /data/revues/03682315/00340HS1/130/ [Internet]. 10 avr 2008 [cité 4 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/138479>
15. Murphy DJ, Dunney C, Mullally A, Adnan N, Deane R. Population-Based Study of Smoking Behaviour throughout Pregnancy and Adverse Perinatal Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* sept 2013;10(9):3855-67.
16. Håberg SE, Stigum H, Nystad W, Nafstad P. Effects of pre- and postnatal exposure to parental smoking on early childhood respiratory health. *Am J Epidemiol.* 15 sept 2007;166(6):679-86.
17. Berlin I. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? - Tabagisme et complications gravidiques. *Rev Mal Respir.* 1 juin 2018;35(6):686-93.
18. Zacharasiewicz A. Maternal smoking in pregnancy and its influence on childhood asthma. *ERJ Open Res* [Internet]. 29 juill 2016 [cité 4 janv 2019];2(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034599/>
19. Zhang R-P, Zhao W-Z, Chai B-B, Wang Q-Y, Yu C-H, Wang H-Y, et al. The effects of maternal cigarette smoking on pregnancy outcomes using assisted reproduction technologies: An updated meta-analysis. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 nov 2018;47(9):461-8.
20. Merritt TA, Mazela J, Adamczak A, Merritt T. The impact of second-hand tobacco smoke exposure on pregnancy outcomes, infant health, and the threat of third-hand smoke exposure to our environment and to our children. *Przegl Lek.* 2012;69(10):717-20.
21. Ncube CN, Mueller BA. Daughters of Mothers Who Smoke: A Population-based Cohort Study of Maternal Prenatal Tobacco use and Subsequent Prenatal Smoking in Offspring. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2017;31(1):14-20.
22. Lotfipour S, Leonard G, Perron M, Pike B, Richer L, Séguin JR, et al. Prenatal exposure to maternal cigarette smoking interacts with a polymorphism in the  $\alpha 6$  nicotinic acetylcholine receptor gene to influence drug use and striatum volume in adolescence. *Mol Psychiatry.* janv 2010;15(1):6-8.
23. Dias-Damé JL, Cesar JA. Disparities in prevalence of smoking and smoking cessation during pregnancy: a population-based study. *BioMed Res Int.* 2015;2015:345430.
24. Silveira MF, Matijasevich A, Menezes AMB, Horta BL, Santos IS, Barros AJD, et al. Secular trends in smoking during pregnancy according to income and ethnic group: four population-based perinatal surveys in a Brazilian city. *BMJ Open.* 1 févr 2016;6(2):e010127.
25. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby A-C, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 25 juin 2014;14(1):213.

26. Guignard R, Richard J, Pasquereau A, Andler A, Arwidson P, Smadja O. TENTATIVES D'ARRÊT DU TABAC AU DERNIER TRIMESTRE 2016 ET LIEN AVEC MOIS SANS TABAC : PREMIERS RÉSULTATS OBSERVÉS DANS LE BAROMÈTRE SANTÉ 2017. Bull Epidémiol Hebd INPES [Internet]. 2018; Disponible sur: . [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_6.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html)
27. Delacroix M. Conférence de consensus - Grossesse et tabac. 10 avr 2008 [cité 30 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/138468/resultatrecherche/1>
28. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cité 6 janv 2019];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/abstract>
29. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [cité 17 oct 2018];(12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010078.pub2/abstract>
30. Nanovskaya TN, Oncken C, Fokina VM, Feinn RS, Clark SM, West H, et al. Bupropion sustained release for pregnant smokers: a randomized, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol. avr 2017;216(4):420.e1-420.e9.
31. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 14 2017;2:CD001055.
32. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. BMC Med Res Methodol. 16 avr 2008;8(1):21.
33. Wen K-Y, Miller SM, Roussi P, Belton TD, Baman J, Kilby L, et al. A content analysis of self-reported barriers and facilitators to preventing postpartum smoking relapse among a sample of current and former smokers in an underserved population. Health Educ Res. févr 2015;30(1):140-51.
34. Flemming K, McCaughan D, Angus K, Graham H. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. J Adv Nurs. juin 2015;71(6):1210-26.
35. Boucher J, Konkle ATM. Understanding Inequalities of Maternal Smoking—Bridging the Gap with Adapted Intervention Strategies. Int J Environ Res Public Health [Internet]. mars 2016 [cité 6 janv 2019];13(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808945/>
36. Campbell KA, Fergie L, Coleman-Haynes T, Cooper S, Lorencatto F, Ussher M, et al. Improving Behavioral Support for Smoking Cessation in Pregnancy: What Are the Barriers to Stopping and Which Behavior Change Techniques Can Influence Them? Application of Theoretical Domains Framework. Int J Environ Res Public Health. févr 2018;15(2):UNSP 359.

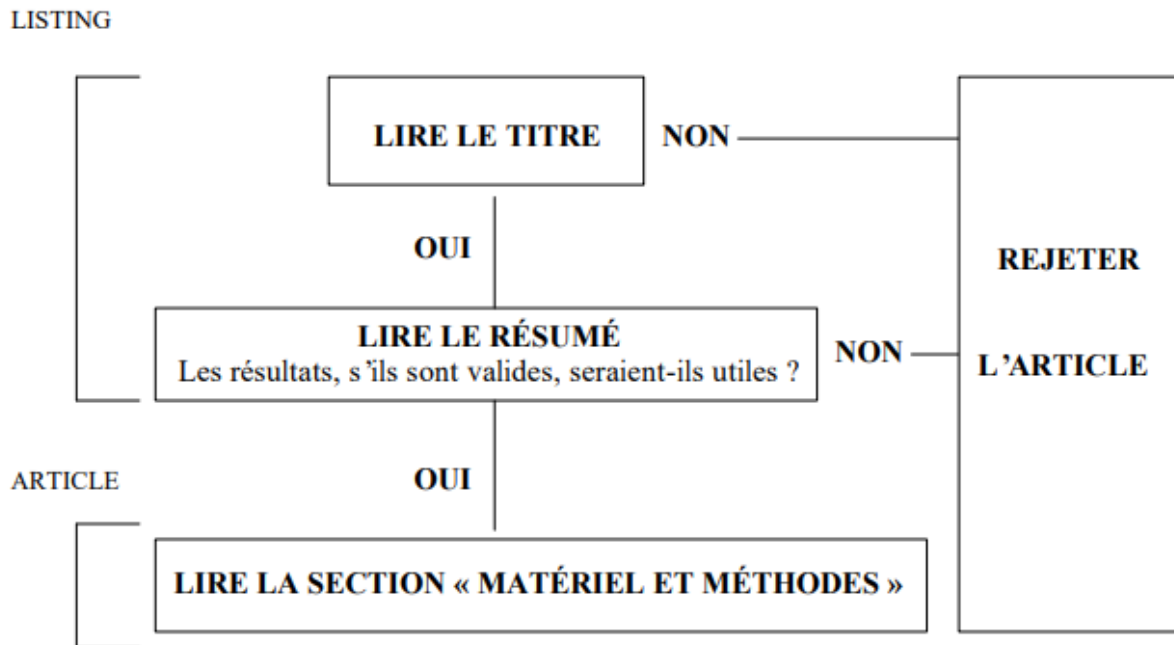
37. Barnett MJ, Fealy S, Wilson A. Barriers and enablers for smoking cessation amongst pregnant women: An Umbrella Review. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2 nov 2018;
38. Constantine NA, Slater JK, Carroll JA, Antin TMJ. Smoking Cessation, Maintenance, and Relapse Experiences Among Pregnant and Postpartum Adolescents: A Qualitative Analysis. *J Adolesc Health*. 1 août 2014;55(2):216-21.
39. Notley C, Blyth A, Craig J, Edwards A, Holland R. Postpartum smoking relapse--a thematic synthesis of qualitative studies. *Addict Abingdon Engl*. nov 2015;110(11):1712-23.
40. Riaz M, Lewis S, Naughton F, Ussher M. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2018;113(4):610-22.
41. Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Sinclair L, Bauld L. Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 31 mars 2016;16:290.
42. Bovill M, Gruppetta M, Cadet-James Y, Clarke M, Bonevski B, Gould GS. Wula (Voices) of Aboriginal women on barriers to accepting smoking cessation support during pregnancy: Findings from a qualitative study. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. févr 2018;31(1):10-6.
43. Morgan H, Hoddinott P, Thomson G, Crossland N, Farrar S, Yi D, et al. Benefits of Incentives for Breastfeeding and Smoking cessation in pregnancy (BIBS): a mixed-methods study to inform trial design. *Health Technol Assess Winch Engl*. avr 2015;19(30):1-522, vii-viii.
44. Flemming K, Graham H, McCaughan D, Angus K, Bauld L. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 3 sept 2015;15:849.
45. Naughton F, Hopewell S, Sinclair L, McCaughan D, McKell J, Bauld L. Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnancy and in the post-partum period: The health care professionals' perspective. *Br J Health Psychol*. 1 sept 2018;23(3):741-57.
46. Colomar M, Tong VT, Morello P, Farr SL, Lawsin C, Dietz PM, et al. Barriers and Promoters of an Evidenced-Based Smoking Cessation Counseling During Prenatal Care in Argentina and Uruguay. *Matern Child Health J*. juill 2015;19(7):1481-9.
47. Passey ME, Sanson-Fisher RW, Stirling JM. Supporting Pregnant Aboriginal and Torres Strait Islander Women to Quit Smoking: Views of Antenatal Care Providers and Pregnant Indigenous Women. *Matern Child Health J*. 2014;18(10):2293-9.
48. El-Mohandes AAE, Windsor R, Tan S, Perry DC, Gantz MG, Kiely M. A Randomized Clinical Trial of Trans-Dermal Nicotine Replacement in Pregnant African-American Smokers. *Matern Child Health J*. juill 2013;17(5):897-906.
49. Abroms LC, Johnson PR, Leavitt LE, Cleary SD, Bushar J, Brandon TH, et al. A Randomized Trial of Text Messaging for Smoking Cessation in Pregnant Women. *Am J Prev Med*. 1 déc 2017;53(6):781-90.
50. Cummins SE, Tedeschi GJ, Anderson CM, Zhu S-H. Telephone Intervention for Pregnant Smokers: A Randomized Controlled Trial. *Am J Prev Med*. 1 sept 2016;51(3):318-26.

51. Naughton F, Cooper S, Foster K, Emery J, Leonardi-Bee J, Sutton S, et al. Large multi-centre pilot randomized controlled trial testing a low-cost, tailored, self-help smoking cessation text message intervention for pregnant smokers (MiQuit). *Addict Abingdon Engl.* juill 2017;112(7):1238-49.
52. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Zhuo Y, Rusczyk M, Maisto SA, Lucke JF, et al. Smoking Cessation for Pregnant Smokers: Development and Pilot Test of an Emotion Regulation Treatment Supplement to Standard Smoking Cessation for Negative Affect Smokers. *Nicotine Tob Res.* mai 2017;19(5):578-84.
53. Ussher M, Aveyard P, Coleman T, Straus L, West R, Marcus B, et al. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: two feasibility studies. *BMC Public Health.* 23 sept 2008;8:328.
54. Hopman P, Springvloed L, de Josselin de Jong S, van Laar M. Quit-smoking counselling in Dutch midwifery practices: Barriers to the implementation of national guidelines. *Midwifery.* 1 avr 2019;71:1-11.
55. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking Behaviour before, during, and after Pregnancy: The Effect of Breastfeeding. *Sci World J [Internet].* 12 mars 2012 [cité 10 janv 2019];2012. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317547/>
56. Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, et al. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ.* 27 janv 2015;350:h134.
57. Sloan M, Campbell KA, Bowker K, Coleman T, Cooper S, Brafman-Price B, et al. Pregnant Women's Experiences and Views on an « Opt-Out » Referral Pathway to Specialist Smoking Cessation Support: A Qualitative Evaluation. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* mai 2016;18(5):900-5.
58. Oncken C, Ricci KA, Kuo C-L, Dornelas E, Kranzler HR, Sankey HZ. Correlates of Electronic Cigarettes Use Before and During Pregnancy. *Nicotine Tob Res.* mai 2017;19(5):585-90.
59. Wagner NJ, Camerota M, Propper C. Prevalence and Perceptions of Electronic Cigarette Use during Pregnancy. *Matern Child Health J.* août 2017;21(8):1655-61.
60. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 sept 2016;9:CD010216.
61. Bowker K, Orton S, Cooper S, Naughton F, Whitemore R, Lewis S, et al. Views on and experiences of electronic cigarettes: a qualitative study of women who are pregnant or have recently given birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 15 juin 2018;18(1):233.
62. Hernandez F. Cannabis et grossesse Etude de cohorte dans une maternité du centre de Marseille Prévalence de la consommation, aspect socio démographiques et évaluation des connaissances. [Marseille]; 2018.
63. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2014.
64. Haute Autorité de Santé. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». 2014;



# ANNEXES

## ANNEXE I : Grille de sélection des articles (ANAES 2000)



*Figure 1. Les premières étapes de la sélection d'un article médical.*

**ANNEXE II** : Tableau adapté d'évaluation de la qualité du CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (32).

QUESTION	OUI	NON	PAS CLAIR
Cette étude est-elle une recherche qualitative ?			
Les questions de recherche sont-elles clairement énoncées ?			
L'approche qualitative est-elle clairement justifiée ?			
L'approche est-elle appropriée pour la question de recherche ?			
Le contexte de l'étude est-il clairement décrit ?			
Le rôle du chercheur est-il clairement décrit ?			
La méthode d'échantillonnage est-elle clairement décrite ?			
La stratégie d'échantillonnage est-elle appropriée à la question de recherche ?			
La méthode de collecte des données est-elle clairement décrite ?			
La méthode de collecte des données est-elle appropriée à la question de recherche ?			
La méthode d'analyse est-elle clairement décrite ?			
L'analyse est-elle appropriée pour la question de recherche ?			
Les affirmations faites sont-elles étayées par des preuves suffisantes ?			

**ANNEXE III** : grille de lecture des revues de synthèse (ANAES 2000)

<b>GRILLE DE LECTURE DES REVUES DE SYNTHÈSE</b>
---

Titre et auteur de l'article: \_\_\_\_\_

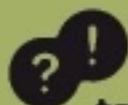
Rev/Année/Vol/Pages \_\_\_\_\_

Thème de l'article :

	Totallement	Partiellement	Pas du tout
. Les objectifs de la revue de synthèse sont clairement exposés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Méthodologie			
2.1. Procédures de sélection			
• L'auteur décrit ses sources de données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères de sélection des études sont pertinents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les critères d'inclusion et d'exclusion des articles sont décrits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les études non publiées sont prises en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Méthode d'analyse			
• Les modalités de la lecture critique sont précisées (lecteurs, grille de lecture... )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur présente la méthode utilisée pour réaliser la synthèse des résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Résultats			
• L'auteur décrit les résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'auteur commente la validité des études choisies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ses conclusions s'appuient sur des données fiables dont les sources sont citées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Applicabilité clinique			
• La revue de synthèse permet de répondre en pratique à la question posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## ANNEXE IV : Test de Fagerström (64).



**tabac-info-service.fr**

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

### ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

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

## ANNEXE V : Test de Richmond



**tabac-info-service.fr**

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

### ÉVALUATION DE LA MOTIVATION : TEST DE RICHMOND R ET AL

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Oui	0
	Non	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Total		

Richmond RL, Kehoe LA, Webster RW. Multivariate models for predicting abstinence following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993; 88 : 1127-35

#### **SCORE $\geq$ 8 :**

Bonne motivation.

#### **SCORE 6-8 :**

Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser et augmenter les côtés positifs de l'arrêt.

#### **SCORE $\leq$ 5 :**

Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage.

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.

Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89 \*.

\* 4,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 8h à 20h.

**ANNEXE VI :** score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examen et de santé).

Les 11 questions du score EPICES	Poids affecté aux réponses
u Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06
u Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
u Vivez-vous en couple ?	-8,28
u Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
u Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins ?	14,80
u Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
u Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
u Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
u Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47
u En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :	
u vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
u vous apporter une aide matérielle ?	-7,10

**ANNEXE VII : QUESTIONNAIRE :**

1. *Quel âge avez-vous ?* ..... Ans

2. *Quel est votre niveau d'études ?*

- Brevet des collèges
- CAP / BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- Niveau d'études supérieures ≤ BAC +2
- Niveau d'études supérieures > BAC +2

3. *Quelle est votre profession ?*

- Agricultrice exploitante
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Employée
- Étudiant
- Ouvrière
- Sans emploi

4. *Vivez-vous en couple ?*

OUI  NON

5. *Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?*

OUI  NON

*(Assistante sociale, aide sociale, éducateur spécialisé, ...)*

6. *Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? (Mutuelle)*

OUI  NON

7. *Etes-vous propriétaire de votre logement ?* OUI  NON
8. *Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (Alimentation, loyer, EDF, ...) ?*  
OUI  NON
9. *Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?*  
OUI  NON
10. *Etes-vous allée au spectacle au cours des 12 derniers mois (cinéma, théâtre, concert, ...) ?*  
OUI  NON
11. *Etes-vous partie en vacances au cours des 12 derniers mois ?*  
OUI  NON
12. *Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents et vos enfants ?*  
OUI  NON
13. *En cas de difficulté, y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoins ?*  
OUI  NON
14. *En cas de difficulté, il y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide ?*  
OUI  NON
15. *Combien d'enfant(s) avez-vous? .....*
16. *Avez-vous des antécédents de Fausse couche ?* OUI  NON
17. *Avez-vous des antécédents de Grossesse extra-utérine ?* OUI  NON



18. Avez-vous des antécédents de :

- Dépression ? OUI  NON
- Trouble bipolaire ? OUI  NON
- Schizophrénie ? OUI  NON
- Trouble anxieux ? OUI  NON

19. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? .....ans

20. Depuis combien d'années fumez-vous régulièrement ? .....ans

21. Avez-vous déjà essayé sérieusement d'arrêter de fumer ?

OUI  NON

22. En début de grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne ?

- ≤ 10
- 11 à 20
- 21 à 30
- ≥ 31

23. En début de grossesse, dans quel délai après le réveil fumiez-vous votre première cigarette ?

- < 5min
- 6 à 30 min
- 31 à 60 min
- > 60min

24. En début de grossesse, aviez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup

25. *Si vous avez arrêté de fumer, à quel terme était-ce ?*

- 1er trimestre
- 2e trimestre
- 3e trimestre

26. *Qui fume régulièrement autour de vous ? (plusieurs réponses possibles)*

- Conjoint
- Collègue de travail
- Personne
- Ami
- Parents

27. *Si votre conjoint est fumeur, a-t'il tenté un sevrage pendant votre grossesse ?*

- OUI
- NON

28. *Quelles substances consommez-vous régulièrement ? (Plusieurs réponses possibles)*

- Caféine
- Cocaïne
- Alcool
- Héroïne
- Cannabis
- Médicament psychotrope
- Aucune
- Autre : .....

***Ne répondez aux questions 31 à 37 que si vous êtes fumeuse actuellement, sinon passez directement à la question 38.***

29. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

- ≤ 10       11 à 20       21 à 30       ≥ 31

30. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- < 5min  
 6 à 30 min  
 31 à 60 min  
 > 60min

31. Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- Pas du tout  
 Un peu  
 Moyennement  
 Beaucoup

32. Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

- NON  
 Peut-être  
 Vraisemblablement  
 Certainement

33. Pensez-vous être une ex-fumeuse dans 6 mois ?

- NON

- Peut-être
- Vraisemblablement
- Certainement

34. Si échec du sevrage, pour quelles raisons d'après vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peur du manque                  | <input type="checkbox"/> Manque d'informations |
| <input type="checkbox"/> Peur de prendre du poids        | <input type="checkbox"/> Manque de motivation  |
| <input type="checkbox"/> Peur d'être énervée             | <input type="checkbox"/> Manque de soutien     |
| <input type="checkbox"/> Peur de l'échec<br>nicotiniques | <input type="checkbox"/> Prix des substituts   |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                   |  |

35. Votre grossesse était-elle désirée ? OUI  NON

36. Il y a-t-il eu des complications pendant votre grossesse ? OUI  NON

Si oui, lesquelles ? .....

37. A quel terme avez-vous accouché ?

- < 28 semaines d'aménorrhée (SA)
- 28 à 32 SA
- 32 à 37 SA
- > 37 SA

38. Allaitiez-vous votre nouveau-né ? OUI  NON

39. Votre grossesse a été suivie par ?

- Médecin généraliste

- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme

40. *Vous a-t-on recommandé l'arrêt du tabac pendant la grossesse ?*

OUI  NON

Si oui, qui ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme

41. *Vous a-t-on informé des risques du tabagisme pendant la grossesse ?*

OUI  NON

Si oui, qui ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme

42. *Vous a-t-on informé de l'existence de médecin ou sage-femme tabacologue ?*

OUI  NON

43. *Vous a-t-on informé de l'existence d'application mobile d'aide au sevrage ?*

OUI  NON

*Si oui, les avez-vous utilisées ?*

OUI  NON

44. *Vous a-t-on informé de l'existence du site internet tabac-info-service ?*

OUI  NON

*Si oui, l'avez-vous consulté ?*

OUI  NON

45. Avez-vous accès à des consultations de tabacologie dans votre maternité ?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

46. Par qui votre sevrage du tabac a-t-il été suivi ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Gynécologue-obstétricien
- Sage-femme
- Tabacologue
- Personne

47. Avez-vous déjà eu une mesure de votre taux de Monoxyde de Carbone expiré ?

OUI  NON

48. Avez-vous utilisé des substituts nicotiniques ? OUI  NON

Si oui, pendant combien de temps ?

- < 6 semaines
- 6 à 12 semaines
- > 12 semaines

1) Si oui, avez-vous utilisé des patchs nicotiniques ? OUI  NON

A quelle posologie ?

- 7 mg/24h ou 5 mg/16 h

- 14 mg/24h ou 10 mg/16h
- 21 mg/24h ou 15 mg/16h

2) *Si oui, avez-vous utilisé des Gommes à mâcher ?* OUI  NON

A quelle posologie ?

- 2mg
- 4mg

3) *Si oui, avez-vous utilisé des pastilles ?* OUI  NON

A quelle posologie ?

- 1.5 mg
- 2.5 mg

49. *Avez-vous suivi une Thérapie cognitivo-comportementale ?*

OUI  NON

49. *Avez-vous utilisé des méthodes alternatives ?*

OUI  NON

Si oui, lesquelles ?

- Cigarette-électronique
- Acupuncture
- Hypnose
- homéopathie
- Magnétiseur
- Autre :

.....





## **RESUME :**

Leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post-partum

**Introduction à l'étude :** Malgré les stratégies actuelles de lutte contre le tabagisme et les risques connus du tabagisme gravidique, plus de 30% des femmes fument encore pendant leur grossesse et plus de 80% rechutent dans le post-partum.

**Objectifs de l'étude :** Identifier les leviers et freins au sevrage tabagique chez la femme enceinte et dans le post-partum puis proposer un questionnaire prédisposant à la mise en place d'un futur protocole de recherche.

**Matériels et méthode :** Une revue de la bibliographie a été réalisée à partir de la base de données PubMed. 15 articles publiés entre 2014 et 2019 ont été sélectionnés en anglais.

**Résultats :** Les principaux leviers au sevrage tabagique étaient la perception du risque pour le fœtus, la motivation personnelle, l'influence de l'entourage, le suivi des professionnels de santé, l'allaitement maternel. Cependant certains de ces leviers peuvent agir comme des freins. Les principaux obstacles pour les femmes étaient : un partenaire fumeur, une incohérence et un manque d'informations de la part des professionnels de santé, le tabagisme en tant que moyen de faire face au stress.

**Conclusion de l'étude :** Les leviers et freins varient selon le contexte des femmes. Les interventions efficaces pour arrêter de fumer pendant la grossesse devraient prendre en compte tous les facteurs influençant le tabagisme d'une femme. La mise en place d'un protocole de recherche testant si ces leviers et freins sont identiques chez les femmes enceintes issus de la population de Marseille serait pertinent et permettrait de promouvoir des mesures efficaces de prise en charge du tabagisme.

**Mots-clés :** sevrage tabagique, femmes enceintes, leviers, freins, post-partum.

## **ABSTRACT:**

Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnant women and in the postpartum period.

**Introduction to the study:** Despite current tobacco control strategies and the known risks of pregnancy-related smoking, more than 30% of women still smoke during pregnancy and more than 80% relapse in the postpartum period.

**Objectives of the study:** To identify the barriers and facilitators for smoking cessation in pregnant women and in the postpartum period and then to propose a questionnaire predisposing to the setting up of a future research protocol.

**Materials and Method:** A review of the bibliography was conducted using PubMed database interrogation. 15 articles published between 2014 and 2019 were selected.

**Results:** The main levers for smoking cessation were the perception of risk for the foetus, personal motivation, the influence of acquaintance, the follow-up of health professionals, breastfeeding. However, some of these levers can act as brakes. The main obstacles for women were a smoking partner, inconsistency and lack of information from health professionals, smoking as a means of coping with daily life stress.

**Conclusion of the study:** The barriers and facilitators vary according to the social context of women. Effective interventions to quit smoking during pregnancy should take into account all the factors influencing a woman's smoking. The establishment of a research protocol testing whether these levers and brakes are identical in pregnant women from the population of Marseille would be relevant and will help to promote effective measures of management of smoking.

**Keywords:** smoking cessation, pregnant women, barriers, facilitators, postpartum.